附件1

遗体接运表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **死者信息** | **死者姓名** |  | | **性别** |  | **民族** |  | **年龄** |  |
| **证件类别** |  | | **证件号码** |  | | | | |
| **生前住址** |  | | | | **死亡原因** |  | | |
| **接运地点** |  | | | | **接运时间** |  | | |
| **遗体状况** | **□遗体完整**  **□遗体破损**  **□遗体腐败**  **□其他** | | | | **遗物记录** |  | | | |
| **遗体类型** | **一、在医疗卫生机构内死亡的**  □1.在医疗卫生机构内非正常死亡的  □2.姓名清楚，但无法联系到家属、单位或其他组织的  □3.姓名不详、身份不明的  □4.医疗卫生机构不能确定是否属正常死亡的  **二、在医疗卫生机构外死亡的**  □1.在医疗卫生机构外非正常死亡的  □2.现场不能确定是否属正常死亡的 | | | | | | | | |
| **家属或证明人（签名）** | | |  | | **与死者关系** |  | **联系电话** |  | |
| **经办单位** |  | | | **联系电话（移动/固话）** | | |  | | |
| **医疗卫生机构** | | | | | **公安部门** | | | | |
| **意见：**  **医生（签名）：**  **（单位盖章）**  **年 月 日** | | | | | **意见：**  **民警（签名）：**  **警号：**  **（单位盖章）**  **年 月 日** | | | | |
| **殡仪馆** | | **条形码：**  **接运人员签名：** | | | | | | | |
| **备注：1.市殡仪馆原则上凭《居民死亡医学证明（推断）书》接运遗体。**  **2.确属不能现场出具《居民死亡医学证明（推断）书》的，市殡仪馆可凭此表原件收殓接运遗体。**  **3.此表由经办医疗卫生机构或公安部门打印填写，并经经办单位盖章后方可有效。**  **4.自遗体接运后90日内，经办单位开具《居民死亡医学证明（推断）书》，并将第四联交市殡仪馆。** | | | | | | | | | |