附件2

公安部门涉尸事（案）件调查表

填表单位（盖章）： 接警编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **死者**  **基本**  **信息** | **姓名** | |  | | **性别** | | |  | **民族** | |  | | **年龄** |  |
| **有效身份证件**  **类型** | |  | | **证件**  **号码** | | |  | | | | | | |
| **户籍所在地** | |  | | | | **发现地点及所属乡镇/街道** | | | |  | | | |
| **接运时间** | |  | | | | **死亡时间** | | | |  | | | |
| **通知**  **家属**  **情况** | **（是否能联系家属以及能联系到的家属信息）** | | | | | | | | | | | | | |
| **死亡原因调查（在医疗卫生机构内明确为正常死亡遗体无需填写此栏）** | **（调查方式与调查内容）** | | | | | | | | | | | | | |
| **调查意见:（1）正常死亡 □ （2）非正常死亡 □** | | | | | | | | | | | | | |
| **调查**  **人员** |  | | **警号** | |  | | | | **联系**  **电话** | |  | | |
| **备注：1.本表适用于有公安介入调查取证的遗体。**  **2.在医疗卫生机构内死亡的遗体，公安机关调查完毕后，向医疗卫生机构出具此表。**  **3.在医疗卫生机构外死亡的遗体，公安机关调查完毕后，向市殡仪馆出具此表。** | | | | | | | | | | | | | | |