

DÉPARTEMENT :

CERTIFICAT DE DÉCÈS

conforme à l'Arrêté du 24 décembre 1996

A remplir par le Médecin

COMMUNE DE DÉCÈS :

Le docteur en médecine soussigné, certifie que la mort de la personne désignée ci-contre, survenue le _____ à _____ heure _____ est réelle et constante (voir 1 au verso)

Code Postal

Obstacle médico-légal (voir 2 au verso) OUI NON

NOM :

Obstacle à la mise en bière immédiate (voir 3 au verso) OUI NON

Prénoms :

- dans un cercueil hermétique (voir 4 au verso) OUI NON

Date de naissance :

Sexe :

dans un cercueil simple (voir 5 au verso) OUI NON

Domicile :

Obstacle au don du corps (voir 6 au verso) OUI NON

Prélèvement en vue de rechercher la cause du décès (voir 7 au verso) OUI NON

Présence de prothèse fonctionnant au moyen d'une pile (voir 8 au verso) OUI NON

Important : bien cocher toutes les lignes par oui ou non

A _____ le _____

Signature (Nom lisible) et Cachet (obligatoire) du médecin

RÉSERVÉ A LA MAIRIE

Le numéro d'ordre du décès sur le registre des actes de l'état civil à inscrire ci-contre doit être reproduit au verso.

N° D'ORDRE du décès

--	--	--	--	--	--

A conserver dans la mairie du lieu d'implantation de la chambre funéraire

A remplir et à clore par le Médecin

Renseignements confidentiels et anonymes

Code Postal : _____ Commune de décès : _____

Date de décès : _____

1. Sexe masculin

Code Postal : _____ Commune de domicile : _____

Date de naissance : _____

2. Sexe féminin

Causes du décès

PARTIE I

Maladie(s) ou affection(s) morbide(s) ayant directement provoqué le décès *

La dernière ligne remplie doit correspondre à la cause initiale.

Intervalle entre le début du processus morbide et le décès (heures, jours, mois ou ans)

a) _____

due à ou consécutive à : b) _____

due à ou consécutive à : c) _____

due à ou consécutive à : d) _____

* Il s'agit de la maladie, du traumatisme, de la complication, ayant entraîné la mort (et non du mode de décès, ex. : syncope, arrêt cardiaque...)

PARTIE II

Autres états morbides, facteurs ou états physiologiques (grossesse...) ayant contribué au décès, mais non mentionnés en Partie I

Informations complémentaires

• Le décès est-il survenu pendant une **grossesse** (à déclarer, même si cet état n'a pas contribué à la mort) ou moins d'un an après ? 1. Oui 2. Non

Dans ce dernier cas, intervalle entre la fin de cette grossesse et le décès : _____ Mois _____ Jours

• En cas d'**accident**, préciser le lieu exact de survenue (voie publique, domicile...) :

S'agit-il d'un accident du travail (ou présumé tel) ? :

1. Oui 2. Non 3. Sans précision

Autopsie : une autopsie a-t-elle été ou sera-t-elle pratiquée ?

Lieu du décès :

1. Non 2. Oui, résultat disponible

1. Domicile

2. Hôpital

3. Clinique privée

3. Oui, résultat non disponible

4. Hospice, maison de retraite

5. Voie publique

6. Autre lieu

Signature (Nom lisible) et Cachet (obligatoire) du médecin

Exemples

	Intervalle		Intervalle		Intervalle
I. a) Septicémie	3 h	I. a) Coma	12 h	I. a) Hémorragie cérébrale	1 h
b) Péritonite	18 h	b) Oedème cérébral	18 h	b) Hypertension	15 a
c) Perforation d'ulcère	3 j	c) Traumatisme crânien	2 j	c)	
d) Ulcère duodénal	?	d) Accident de la route	2 j	d)	
II. Alcoolisme	?	II.		II. Cancer du sein récidivé	-
I. a) Toxoplasmose cérébrale	20 j	I. a) Noyade	-	I. a) Détresse respiratoire	5 mn
b) Sida	7 m	b) Suicide	-	b) Embolie pulmonaire	5 mn
c)		c)		c) Phlébite	?
d)		d)		d) Accouchement	16 j
II. Kaposi, Tuberculose	-	II. Toxicomanie	-	II. Varices	-

Ce document ne peut être communiqué à quiconque ni en original, ni en copie