

CERTIFICAT DE DÉCÈS NÉONATAL

A remplir pour les décès néonataux entre la naissance et 27 jours révolus si l'enfant avait un âge gestationnel d'au moins 22 semaines d'aménorrhée ou pesait au moins 500 grammes à la naissance.

DÉPARTEMENT : _____

conforme à l'Arrêté du 24 décembre 1996

A remplir par le Médecin

COMMUNE :

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 : _____

NOM :

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

Prénoms :

Obligation de mise en bière immédiate (voir 3 au verso) OUI NON

Date de naissance :

Sexe _____

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

Domicile :

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

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 (voir instructions de remplissage ci-contre)*

Code Postal

Commune de décès

Code Postal

Commune de domicile

Date de décès

Date de naissance

Caractéristiques de l'enfant à la naissance

Sexe : 1. masculin, 2. féminin, 3. indéterminé

Apgar à 1 minute

Age gestationnel en semaines révolues d'aménorrhée *

Poids de naissance en grammes

Naissance : 1. unique, 2. gémellaire, 3. triple, 4. quadruple, 5. quintuple

Numéro d'ordre de l'enfant (si grossesse multiple)

Accouchement

Lieu d'accouchement : 1. maternité, 2. domicile, 3. autre

Présentation : 1. sommet, 2. autre céphalique, 3. siège, 4. autre présentation

Début du travail : 1. spontané, 2. déclenché, 3. césarienne avant travail

Mode d'accouchement * : 1. voie basse non opératoire,

2. extraction opératoire par voie basse, 3. césarienne

Transfert ou hospitalisation particulière de l'enfant * : 1. oui, 2. non

Mère

Année de naissance

Profession (en clair) * : _____

exercée pendant la grossesse : 1. oui, 2. non au chômage,

3. non autre situation

État matrimonial : 1. célibataire, 2. mariée, 3. veuve, 4. divorcée

La mère vit-elle en couple ? 1. oui, 2. non

Nationalité (en clair) : _____

Nombre total de grossesses (y compris grossesse pour cet enfant)

Nombre total d'accouchements (y compris accouchement de cet enfant) *

Père

Profession (en clair) * : _____

exercée : 1. oui, 2. non au chômage,

3. non autre situation

Causes du décès

• Cause fœtale ou néonatale déterminante de la mort :

Affection ayant directement provoqué le décès : _____
due à : _____

• Autre(s) cause(s) fœtale(s) ou néonatale(s) associée(s) :

• Cause obstétricale ou maternelle déterminante de la mort :

• Autre(s) cause(s) obstétricale(s) ou maternelle(s) associée(s) :

Autopsie :

Une autopsie a-t-elle été (ou va-t-elle être) pratiquée ?

1. non, 2. oui, résultat non disponible

3. oui, résultat disponible

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