

VOLET ADMINISTRATIF À remplir par le professionnel de santé ayant constaté le décès

Je soussigné(e) M. _____, professionnel de santé, certifie que le décès de la personne désignée ci-dessous, est réel et constant. (Nom lisible en majuscules) (voir au verso 1)

Date et heure (réelle ou estimée) de la mort : _____ à _____ h
À défaut (impossibilité à établir), date et heure du constat de décès : _____ à _____ h

INFORMATIONS D'ÉTAT CIVIL

COMMUNE DE DÉCÈS : _____

Code postal [] [] [] [] [] []

NOM de naissance : _____

NOM d'usage : _____

Prénoms : _____

Date de naissance : _____/_____/_____ Sexe : M F

Domicile : _____

RÉSERVÉ
À LA MAIRIE

Numéros à reproduire au verso.

N° d'acte

N° d'ordre du décès

INFORMATIONS FUNÉRAIRES Cocher chaque ligne par oui ou par non

Obstacle médico-légal (voir au verso 2) : oui non
Même en ce cas, renseigner au mieux l'ensemble du certificat de décès.Obligation de mise en bière dans les plus brefs délais (voir au verso 5) :
- dans un cercueil hermétique : oui non
- dans un cercueil simple : oui nonObligation de mise en bière avant transport du corps (voir au verso 5) : oui nonObstacle aux soins de conservation (voir au verso 5) : oui nonObstacle au don du corps à la science (voir au verso 5) : oui nonRecherche de la cause du décès demandée (ou demande en cours)
par prélèvement, examen ou autopsie médicale (voir au verso 3) : oui nonSi transport du corps nécessaire, délai de (voir au verso 3) : 48 h 72 hPrésence identifiée, au moment du décès, d'une prothèse fonctionnant
au moyen d'une pile devant faire l'objet d'une explantation (voir au verso 4) : oui nonSi prothèse présente, enlèvement de prothèse déjà effectué par le médecin : oui non

SIGNATURE À _____, le _____

et cachet obligatoire du professionnel de santé

Volet 1 à conserver par l'opérateur funéraire

Réf. 503 201 - Berger-Levrault (2409)

VOLET MÉDICAL À remplir et à clore par le professionnel de santé ayant constaté le décès - Renseignements confidentiels et anonymes

INFORMATIONS RELATIVES AU DÉFUNT

Commune de décès : [] [] [] [] [] []

Code postal : [] [] [] [] [] []

Commune de domicile : [] [] [] [] [] []

Code postal : [] [] [] [] [] []

Date de décès : date réelle OU constatée

Date de naissance : [] [] [] [] [] []

Sexe :

 masculin féminin

CAUSES DU DÉCÈS

PARTIE I

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

Il s'agit de la maladie, du traumatisme, de l'intoxication, de la complication ayant entraîné la mort (et non du mécanisme de décès comme une syncope, un arrêt cardiaque...).

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

a) _____

due à ou consécutive à : b) _____

due à ou consécutive à : c) _____

due à ou consécutive à : d) _____

La dernière ligne remplie doit correspondre à la cause initiale

PARTIE II

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

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (cocher la case appropriée pour chaque point)

LIEU DU DÉCÈS

- Domicile (du défunt ou autre) Établissement de santé public
 EHPAD, maison de retraite Établissement de santé privé
 Voie publique Établissement pénitentiaire
 Autre lieu ou indéterminé

MORT SUBITE S'agit-il d'un décès brutal et inattendu, évocateur de mort subite* ?

 oui non ne sait pas

* décès non traumatique (adulte, enfant, nourrisson) avec mode de survenue brutal (en moins d'une heure ou probablement) et inattendu (exclusion des maladies chroniques au stade terminal)

CIRCONSTANCES APPARENTES DU DÉCÈS

- Mort naturelle Faits de guerre
 Accident Complications de soins médicaux, chirurgicaux
 Suicide Investigations en cours
 Atteinte volontaire à la vie d'autrui Indéterminées

EN CAS DE MORT VIOLENTE (accidentelle, délictuelle, suicidaire, criminelle)

Précisez le lieu de survenue de l'événement déclencheur :

- Domicile Lieu de sport Voie publique
 Commerce Local industriel, chantier Exploitation agricole
 Établissement accueillant du public Autre lieu ou indéterminé

GROSSESSE La femme décédée était-elle enceinte ?

- non, pas au cours de l'année précédant le décès pas au moment du décès, mais grossesse terminée depuis plus de 42 jours ou moins pas au moment du décès, mais grossesse terminée depuis plus de 42 jours et moins d'1 an
 oui, au moment du décès ne sait pas

La grossesse a-t-elle contribué au décès ? oui non ne sait pas

ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE Le décès est-il survenu lors d'une activité professionnelle* ?

 oui non ne sait pas

* toute activité source de revenu (y compris au domicile), les trajets domicile-travail, les déplacements professionnels, etc.

RECHERCHE DE LA CAUSE DU DÉCÈS

Une recherche de la cause du décès a-t-elle été demandée ?

 oui, recherche médicale oui, recherche médico-légale non

Si oui, un volet médical complémentaire sera établi ultérieurement par le médecin ayant réalisé le diagnostic des causes de décès

SIGNATURE Nom lisible et cachet obligatoire du professionnel de santé