

## CERTIFICAT DE DÉCÈS

### Médecin traitant

Nom et prénom de la personne décédée	Date de naissance <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">A</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">M</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">J</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table>	A	M	J			
A	M	J					
Domicile au moment du décès	Date de décès <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">A</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">M</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">J</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table>	A	M	J			
A	M	J					
Est-ce que la personne décédée fumait ? <input type="checkbox"/> OUI <sup>(1)</sup> <input type="checkbox"/> NON <sup>(2)</sup>							
<sup>(1)</sup> Si OUI, depuis quand fumait-elle ? _____ A-t-elle déjà cessé de fumer ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, durant quelle période ? _____							
<sup>(2)</sup> Si NON, a-t-elle déjà fumé ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, durant quelle période ? _____							
Si décédée dans un hôpital ou une institution, en donner le nom							

### CAUSE DU DÉCÈS

Maladie, blessure ou condition ayant directement causé le décès	Date du début de la maladie <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">A</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">M</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">J</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table>	A	M	J									
A	M	J											
Causes antécédentes (états pathologiques ayant éventuellement conduit à l'état précité)	Date du début de la maladie <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">A</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">M</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">J</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table>	A	M	J									
A	M	J											
Maladie ou état morbide provoqué par ou consécutif à	Date du début de la maladie <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">A</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">M</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">J</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table>	A	M	J									
A	M	J											
Pour la dernière maladie - date des premiers soins <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">A</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">M</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">J</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table>	A	M	J				Pour la dernière maladie - date des derniers soins <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">A</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">M</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">J</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table>	A	M	J			
A	M	J											
A	M	J											
Le décès est-il dû à : <input type="checkbox"/> un accident <input type="checkbox"/> un suicide <input type="checkbox"/> un homicide Si oui, décrivez brièvement :													
Y a-t-il eu enquête du coroner ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Y a-t-il eu autopsie ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, indiquez par qui et donner les constatations													

Avez-vous traité la personne décédée ou vous a-t-elle consulté au cours <b>des 5 années précédant</b> la dernière maladie ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, indiquer les dates	Dates <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">A</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">M</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">J</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table>	A	M	J				Diagnostics alors posés :
	A	M	J					
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">A</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">M</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">J</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table>	A	M	J					
A	M	J						
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">A</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">M</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">J</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table>	A	M	J					
A	M	J						

À votre connaissance, au cours des **5 dernières années**, la personne décédée a-t-elle été traitée par d'autres médecins ou dans un hôpital ou autre institution ?  oui  non

Nom du médecin	Nom de l'hôpital ou de l'institution						
Date <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">A</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">M</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">J</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table>	A	M	J				Diagnostic
A	M	J					
Nom du médecin	Nom de l'hôpital ou de l'institution						
Date <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">A</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">M</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">J</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table>	A	M	J				Diagnostic
A	M	J					

Signé à \_\_\_\_\_ ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Signature du médecin traitant

\_\_\_\_\_  
Nom du médecin (en caractère d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Adresse du médecin traitant