

CERTIFICAT DE DÉCÈS

Médecin traitant

Nom et prénom de la personne décédée	Date de naissance <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">A</td> <td style="width: 10%;">M</td> <td style="width: 10%;">J</td> </tr> <tr> <td> _ </td> <td> _ </td> <td> _ </td> </tr> </table>	A	M	J	_	_	_
A	M	J					
_	_	_					
Domicile au moment du décès	Date de décès <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">A</td> <td style="width: 10%;">M</td> <td style="width: 10%;">J</td> </tr> <tr> <td> _ </td> <td> _ </td> <td> _ </td> </tr> </table>	A	M	J	_	_	_
A	M	J					
_	_	_					
Est-ce que la personne décédée fumait ? <input type="checkbox"/> OUI ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> NON ⁽²⁾							
⁽¹⁾ 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 ? _____							
⁽²⁾ 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%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">A</td> <td style="width: 10%;">M</td> <td style="width: 10%;">J</td> </tr> <tr> <td> _ </td> <td> _ </td> <td> _ </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%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">A</td> <td style="width: 10%;">M</td> <td style="width: 10%;">J</td> </tr> <tr> <td> _ </td> <td> _ </td> <td> _ </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%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">A</td> <td style="width: 10%;">M</td> <td style="width: 10%;">J</td> </tr> <tr> <td> _ </td> <td> _ </td> <td> _ </td> </tr> </table>	A	M	J	_	_	_						
A	M	J											
_	_	_											
Pour la dernière maladie - date des premiers soins <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">A</td> <td style="width: 10%;">M</td> <td style="width: 10%;">J</td> </tr> <tr> <td> _ </td> <td> _ </td> <td> _ </td> </tr> </table>	A	M	J	_	_	_	Pour la dernière maladie - date des derniers soins <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">A</td> <td style="width: 10%;">M</td> <td style="width: 10%;">J</td> </tr> <tr> <td> _ </td> <td> _ </td> <td> _ </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 des 5 années précédant la dernière maladie ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, indiquer les dates	Dates <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">A</td> <td style="width: 10%;">M</td> <td style="width: 10%;">J</td> </tr> <tr> <td> _ </td> <td> _ </td> <td> _ </td> </tr> </table>	A	M	J	_	_	_	Diagnostiques alors posés :
	A	M	J					
	_	_	_					
<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">A</td> <td style="width: 10%;">M</td> <td style="width: 10%;">J</td> </tr> <tr> <td> _ </td> <td> _ </td> <td> _ </td> </tr> </table>	A	M	J	_	_	_		
A	M	J						
_	_	_						
<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">A</td> <td style="width: 10%;">M</td> <td style="width: 10%;">J</td> </tr> <tr> <td> _ </td> <td> _ </td> <td> _ </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%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">A</td> <td style="width: 10%;">M</td> <td style="width: 10%;">J</td> </tr> <tr> <td> _ </td> <td> _ </td> <td> _ </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%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">A</td> <td style="width: 10%;">M</td> <td style="width: 10%;">J</td> </tr> <tr> <td> _ </td> <td> _ </td> <td> _ </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