

Note : Dans le présent document, le genre masculin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte.

Section A – Informations sur le défunt	
1. Prénom du défunt _____	Nom _____
2. Date du décès J J M M A A A A	3. Date de naissance J J M M A A A A
4. Résidence au décès _____	5. Lieu au décès _____
6. Si décédé dans un hôpital ou institution, donnez le nom _____	

Section B – Informations sur les causes du décès	
Causes de décès (Indiquez une seule cause pour chaque paragraphe 1, 2, 2A et 2B)	Intervalle entre le début étiologique et le décès
<p>1. Maladie ou état morbide ayant directement provoqué le décès (il ne s'agit pas ici du mode de décès par exemple de défaillance cardiaque, syncope, etc., mais de la maladie, de la lésion ou de la complication qui a entraîné la mort.)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>
<p>2. Causes antécédentes (états morbides ayant, éventuellement, conduit à l'état précité, l'état morbide initial étant indiqué en dernier.)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>
<p>a) Provoqué par ou consécutif</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>
<p>b) Provoqué par ou consécutif</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>
<p>3. Autres états morbides importants (ayant contribué au décès, mais sans rapport avec la maladie ou avec l'état morbide qui l'a provoqué.)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>

Section C – Informations complémentaires sur les causes du décès

1. Date des premiers soins pour la dernière maladie | J | J | M | M | A | A | A | A |
2. Date des derniers soins pour la dernière maladie | J | J | M | M | A | A | A | A |
3. Quelle est la cause du décès? Accident Suicide Homicide Cause naturelle

Décrivez brièvement si le décès n'est pas dû à une cause naturelle.

4. Y a-t-il eu enquête? Non Oui
Si oui, par qui _____
Donnez les constatations _____
5. Y a-t-il eu autopsie? Non Oui
Si oui, par qui _____
Donnez les constatations _____
6. Avez-vous traité le défunt ou vous a-t-il consulté au cours des trois années précédant la dernière maladie? Non Oui
7. À votre connaissance, au cours des trois dernières années, le défunt a-t-il été traité par d'autres médecins, ou dans un hôpital ou autre institution?
 Non Oui

Si vous avez répondu oui à la question 6 et/ou 7, donnez les détails suivants :

Médecins	Hôpital ou institution	Nature de la maladie ou lésion	Date de la consultation
_____	_____	_____	J J M M A A A A
_____	_____	_____	J J M M A A A A
_____	_____	_____	J J M M A A A A

Section D – Signature du médecin

1. Prénom du médecin _____ Nom _____
 2. Adresse _____ Téléphone | | | | | | | | - | | | | | | | |
Ville _____ Province _____ Pays _____ Code postal | | | | | | | |
- X** _____ | J | J | M | M | A | A | A | A |
Signature du médecin