

---

**CERTIFICAT MEDICAL DE DECES**

Ce rapport doit être rempli par le médecin qui a soigné le défunt durant sa dernière maladie ou après sa blessure. Prière de répondre à chaque question.

---

1. Non complet du décédé.....  
Domicile à la date du décès.....  
Date du décès.....  
Lieu du décès (si hôpital, prière d'indiquer le nom).....

---

2. Cause du décès (n'indiquer qu'une cause pour A, B,C. Maladie ou circonstance ayant réellement causé la mort (ceci ne concerne pas la manière de mourir comme p ex. l'arrêt cardiaque, l'asthénie etc., mais plutôt la maladie, la blessure ou la complication qui causèrent la mort

Intervalle entre l'attaque et le décès  
a).....  
.....

a).....  
Antécédent médicaux (conditions pathologiques, s'il y a lieu, favorisant la cause (a) ci-dessus  
b) dû à (ou comme conséquence de) b).....  
c) dû à (ou comme conséquence de) c).....

D'autres conditions significatives (contribuant au décès, mais n'ayant pas une relation directe avec la circonstance ayant causé la décès.

3 . Dates du premier et du dernier traitement durant la dernière Maladie.....  
Depuis quand avez-vous connu le défunt ?.....

---

4. Si le décès est dû à un accident, un suicide ou un homicide, prière de préciser (brève description).....

5. A-t-on procédé à une enquête ? Oui/Non. A-t-on fait une autopsie ? Oui/Non.

---

6. Avez-vous eu le défunt en traitement durant les cinq dernières années précédent la dernière maladie ?

Est-ce que, à votre connaissance le défunt a été faire un autre traitement auprès d'un autre médecin ou dans un hôpital pendant les cinq dernières années ? Oui/Non.

Dans l'affirmative compléter le tableau suivant :

Médecin ou hôpital	Adresse	Nature de la maladie ou de la blessure	Dates

Date

Signature (Docteur)