Coller ici / Coller ici / Coller ici / Coller ici / Coller ici / Coller ici / Coller ici

A remplir et à clore par le Médecin

Renseignements confidentiels (voir instructions de remplissage ci-contre)*

Code Postal — Commune de décès

Code Postal — Commune de domicile

Date de décès — à — h — mn

Date de naissance — à — h — mn

Caractéristiques de l'enfant à la naissance

Sexe : **1.** masculin, **2.** féminin, **3.** indéterminé

Apgar à 1 minute

Age gestationnel en semaines révolues d'aménorrhée *

Poids de naissance en grammes

Naissance : **1.** unique, **2.** gémellaire, **3.** triple, **4.** quadruple, **5.** quintuple

Numéro d'ordre de l'enfant (si grossesse multiple)

Accouchement

Lieu d'accouchement : **1.** maternité, **2.** domicile, **3.** autre

Présentation : **1.** sommet, **2.** autre céphalique **3.** siège, **4.** autre présentation

Début du travail : **1.** spontané, **2.** déclenché, **3.** césarienne avant travail

Mode d'accouchement * : **1.** voie basse non opératoire,
2. extraction opératoire par voie basse, **3.** césarienne

Transfert ou hospitalisation particulière de l'enfant * : **1.** oui, **2.** non

Mère

Année de naissance

Profession (en clair) * : _____

exercée pendant la grossesse : **1.** oui, **2.** non au chômage,
3. non autre situation

État matrimonial : **1.** célibataire, **2.** mariée, **3.** veuve, **4.** divorcée

La mère vit-elle en couple ? **1.** oui, **2.** non

Nationalité (en clair) : _____

Nombre total de grossesses (y compris grossesse pour cet enfant)

Nombre total d'accouchements (y compris accouchement de cet enfant) *

Père

Profession (en clair) * : _____

exercée : **1.** oui, **2.** non au ch™mage,
3. non autre situation

Causes du décès

- **Cause fœtale ou néonatale déterminante de la mort :**

Affection ayant directement provoqué le décès : _____

due à : _____

- **Autre(s) cause(s) fœtale(s) ou néonatale(s) associée(s) :**

_____

SPECIMEN

- **Cause obstétricale ou maternelle déterminante de la mort :**

_____

- **Autre(s) cause(s) obstétricale(s) ou maternelle(s) associée(s) :**

_____

Autopsie :

Une autopsie a-t-elle été (ou va-t-elle être) pratiquée ?

1. non, **2.** oui, résultat non disponible

3. oui, résultat disponible

Signature *(Nom lisible) et* ***Cachet*** *(obligatoire) du médecin*

Ce document ne peut ê tæ communiqué à quiconque ni en original, ni en copie