

CERTIFICAT		VOLET ADMINISTRATIF À remplir par le professionnel de santé ayant constaté le décès	
Je soussigné(e) M. _____, professionnel de santé, certifie que le décès de la personne désignée ci-dessous, est réel et constant.		<i>Le nom du professionnel de santé doit être lisible, en majuscules</i>	
Date et heure (réelle ou estimée) de la mort : _____ / _____ / _____ à _____ h _____		(voir au verso 1)	
À défaut (impossibilité à établir), date et heure du constat de décès : _____ / _____ / _____ à _____ h _____			
INFORMATIONS D'ÉTAT CIVIL		INFORMATIONS FUNÉRAIRES	
COMMUNE DE DÉCÈS : _____		Obstacle médico-légal (voir au verso 2) : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Code postal [] [] [] [] [] []		<i>Même en ce cas, renseigner au mieux l'ensemble du certificat de décès.</i>	
NOM : _____		Obligation de mise en bière immédiate dans les plus brefs délais (voir au verso 5) :	
Prénoms : _____		- dans un cercueil hermétique : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Date de naissance : _____ / _____ / _____ Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		- dans un cercueil simple : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Domicile : _____		Obligation de mise en bière avant transport du corps (voir au verso 5) : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
		Obstacle aux soins de conservation (voir au verso 5) : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
		Recherche de la cause du décès demandée (ou demande en cours) : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
		prélèvement, examen ou autopsie médicale (voir au verso 3)	
		Présence identifiée, au moment du décès, d'une prothèse fonctionnant au moyen d'une pile devant faire l'objet d'une explantation (voir au verso 4) : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
		Si prothèse présente, enlèvement de prothèse déjà effectué par le médecin : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
RÉSERVÉ À LA MAIRIE <i>Numéros à reproduire au verso.</i>		SIGNATURE À _____, le _____ <i>et cachet obligatoire du professionnel de santé</i>	
N° d'acte [] [] [] [] [] []			
N° d'ordre du décès [] [] [] [] [] []			

Volet 1 à conserver par l'opérateur funéraire

Réf. 503 202 - Berger-Levrault (2409)

VOLET MÉDICAL À remplir et à clore par le professionnel de santé ayant constaté le décès - Renseignements confidentiels et anonymes (*instructions en annexe)			
INFORMATIONS RELATIVES À L'ENFANT			
Commune de décès : [] [] [] [] [] []	Code postal : [] [] [] [] [] []	Date de décès : <input type="checkbox"/> date réelle OU <input type="checkbox"/> constatée [] [] [] [] [] [] à [] h [] []	Sexe : <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> indéterminé
Commune de domicile : [] [] [] [] [] []	Code postal : [] [] [] [] [] []	Date et heure de naissance* : [] [] [] [] [] [] à [] h [] []	
CAUSES DU DÉCÈS (*Lire les instructions de remplissage en annexe)			
PARTIE I	Maladie(s) ou affection(s) morbide(s) ayant directement provoqué le décès. Il s'agit de la maladie, du traumatisme, de l'intoxication, de la complication ayant entraîné la mort (et non du mécanisme de décès comme une syncope, un arrêt cardiaque...)		Intervalle entre le début du processus morbide et le décès <i>En heures, jours ou mois</i>
due à ou consécutive à : a) _____	_____		_____
due à ou consécutive à : b) _____	_____		_____
due à ou consécutive à : c) _____	_____		_____
due à ou consécutive à : d) _____	_____		_____
<i>La dernière ligne remplie doit correspondre à la cause initiale</i>			
PARTIE II	Autres états morbides, causes obstétricales, causes maternelles ou états physiologiques ayant contribué au décès mais non mentionnés en partie I		

INFORMATIONS RELATIVES À LA NAISSANCE ET À L'ACCOUCHEMENT		INFORMATIONS RELATIVES À LA MÈRE	
Poids de naissance en grammes : [] [] [] [] [] []	Début du travail : <input type="checkbox"/> Spontané <input type="checkbox"/> Déclenché <input type="checkbox"/> Césarienne avant travail	Année de naissance : [] [] [] [] [] []	
Âge gestationnel en semaines révolues d'aménorrhée : [] [] []	Mode d'accouchement* : <input type="checkbox"/> Voie basse non instrumentale <input type="checkbox"/> Extraction instrumentale par voie basse <input type="checkbox"/> Césarienne	Nombre total de grossesses, y compris grossesse pour cet enfant : [] [] []	
Lieu d'accouchement : <input type="checkbox"/> Maison de naissance <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Établissement de santé <input type="checkbox"/> Autre	Numéro d'ordre de l'enfant si grossesse multiple : [] [] [] []	Nombre total d'accouchements, y compris accouchement pour cet enfant* : [] [] []	
Naissance : <input type="checkbox"/> unique <input type="checkbox"/> gémellaire <input type="checkbox"/> triple <input type="checkbox"/> quadruple <input type="checkbox"/> quintuple ou plus	Appar à 1 minute : [] [] [] []	La mère vit-elle en couple ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Présentation : <input type="checkbox"/> Sommet <input type="checkbox"/> Siège <input type="checkbox"/> Autre céphalique <input type="checkbox"/> Autre	Appar à 5 minutes : [] [] [] []		
Hospitalisation dans les suites immédiates de la naissance* : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (cocher la case appropriée pour chaque point - *Lire les instructions de remplissage en annexe)	
LIEU DU DÉCÈS <input type="checkbox"/> Domicile (du défunt ou autre) <input type="checkbox"/> Maison de naissance <input type="checkbox"/> Voie publique <input type="checkbox"/> Établissement de santé privé <input type="checkbox"/> Établissement de santé public <input type="checkbox"/> Autre lieu ou indéterminé	RECHERCHE DE LA CAUSE DU DÉCÈS Une recherche de la cause du décès a-t-elle été demandée ? <input type="checkbox"/> oui, recherche médicale <input type="checkbox"/> oui, recherche médico-légale <input type="checkbox"/> non
MORT INATTENDUE DU NOURRISSON S'agit-il d'un décès brutal et inattendu* ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas	SIGNATURE <i>Nom lisible et cachet obligatoire du professionnel de santé</i>
Le décès est-il consécutif à une Limitation ou à un Arrêt des Thérapeutiques Actives (LATA) ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
CIRCONSTANCES APPARENTES DU DÉCÈS <input type="checkbox"/> Mort naturelle <input type="checkbox"/> Faits de guerre <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Atteinte volontaire à la vie de l'enfant <input type="checkbox"/> Complications de soins médicaux, chirurgicaux <input type="checkbox"/> Investigations en cours <input type="checkbox"/> Indéterminées	