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 :

Commune de domicile : Code postal :

Date de décès : ☐ date réelle OU ☐ constatée

à h

Date et heure de naissance* :

à h

Sexe :

☐ masculin

☐ féminin

☐ indéterminé

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 *En heures, jours ou mois*

a)

due à ou consécutive à : **b)**

due à ou consécutive à : **c)**

due à ou consécutive à : **d)**

La dernière ligne remplie doit correspondre à la cause initiale

PARTIE II Autres états morbides, causes obstétricales, causes maternelles ou états physiologiques ayant contribué au décès mais non mentionnés en partie 1

INFORMATIONS RELATIVES À LA NAISSANCE ET À L'ACCOUCHEMENT

Poids de naissance en grammes :

Âge gestationnel en semaines révolues d'aménorrhée :

Lieu d'accouchement : ☐ Maison de naissance ☐ Domicile ☐ Établissement de santé ☐ Autre

Naissance : ☐ unique ☐ gémellaire ☐ triple ☐ quadruple ☐ quintuple ou plus

Présentation : ☐ Sommet ☐ Siège ☐ Autre céphalique ☐ Autre

Hospitalisation dans les suites immédiates de la naissance* : ☐ oui ☐ non

Début du travail : ☐ Spontané ☐ Déclenché ☐ Césarienne avant travail

Mode d'accouchement* : ☐ Voie basse non instrumentale ☐ Extraction instrumentale par voie basse ☐ Césarienne

Numéro d'ordre de l'enfant si grossesse multiple :

Apgar à 1 minute :

Apgar à 5 minutes :

INFORMATIONS RELATIVES À LA MÈRE

Année de naissance :

Nombre total de grossesses, y compris grossesse pour cet enfant :

Nombre total d'accouchements, y compris accouchement pour cet enfant*

La mère vit-elle en couple ? ☐ oui ☐ non

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES *(cocher la case appropriée pour chaque point – *Lire les instructions de remplissage en annexe)*

LIEU DU DÉCÈS ☐ Domicile (du défunt ou autre) ☐ Maison de naissance ☐ Voie publique ☐ Établissement de santé privé ☐ Établissement de santé public ☐ Autre lieu ou indéterminé

MORT INATTENDUE DU NOURRISSON S'agit-il d'un décès brutal et inattendu*? ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Le décès est-il consécutif à une Limitation ou à un Arrêt des Thérapeutiques Actives (LATA) ? ☐ oui ☐ non

CIRCONSTANCES APPARENTES DU DÉCÈS ☐ Mort naturelle ☐ Faits de guerre ☐ Accident ☐ Atteinte volontaire à la vie de l'enfant ☐ Complications de soins médicaux, chirurgicaux ☐ Investigations en cours ☐ Indéterminées

RECHERCHE DE LA CAUSE DU DÉCÈS

Une recherche de la cause du décès a-t-elle été demandée ? ☐ oui, recherche médicale ☐ oui, recherche médico-légale ☐ non

SIGNATURE *Nom **lisible** et cachet obligatoire du professionnel de santé*

SPECIMEN

Ce volet n'est destiné qu'aux personnes autorisées pour des motifs de santé publique (cf. art. L. 2223-42 du Code général des collectivités territoriales).

Le certificat peut être saisi électroniquement à l'adresse suivante **https://certdc.inserm.fr**