

**VOLET MÉDICAL À remplir et à clore par le médecin ayant constaté le décès – Renseignements confidentiels et anonymes**

**INFORMATIONS RELATIVES AU DÉFUNT**

Commune de décès :

Code postal :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

Commune de domicile :

Code postal :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

Date de décès :  date réelle OU  hypothèse

--	--	--	--	--	--

Date de naissance :

--	--	--	--	--	--

Sexe :

masculin

féminin

**CAUSES DU DÉCÈS**

**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, mois ou ans*

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, facteurs ou états physiologiques (grossesse...) ayant contribué au décès, mais non mentionnés en Partie I**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (cocher la case appropriée pour chaque point)**

**LIEU DU DÉCÈS**

- Domicile (du défunt ou autre)
- EHPAD, maison de retraite
- Voie publique

- Établissement de santé public
- Établissement de santé privé
- Établissement pénitentiaire
- Autre lieu ou indéterminé

**MORT SUBITE** S'agit-il d'un décès brutal et inattendu, évocateur de mort subite\* ?

- oui       non       ne sait pas

\* décès non traumatique (adulte, enfant, nourrisson) avec mode de survenue brutal (en moins d'une heure ou probablement) et inattendu (exclusion des maladies chroniques au stade terminal)

**CIRCONSTANCES APPARENTES DU DÉCÈS**

- Mort naturelle       Faits de guerre
- Accident       Complications de soins médicaux, chirurgicaux
- Suicide       Investigations en cours
- Atteinte à la vie d'autrui       Indéterminées

**EN CAS DE MORT VIOLENTE** (accidentelle, délictuelle, suicidaire, criminelle)

Précisez le lieu de survenue de l'événement déclencheur :

- Domicile       Lieu de sport       Voie publique
- Commerce       Local industriel, chantier       Exploitation agricole
- Établissement accueillant du public       Autre lieu ou indéterminé

**GROSSESSE** La femme décédée était-elle enceinte ?

- non, pas au cours de l'année précédant le décès       pas au moment du décès, mais grossesse terminée depuis 42 jours ou moins       pas au moment du décès, mais grossesse terminée depuis plus de 42 jours et moins d'1 an
- oui, au moment du décès       ne sait pas

La grossesse a-t-elle contribué au décès ?  oui       non       ne sait pas

**ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE** Le décès est-il survenu lors d'une activité professionnelle\* ?

- oui       non       ne sait pas

\* toute activité source de revenu (y compris au domicile), les trajets domicile-travail, les déplacements professionnels, etc.

**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

Si oui, un volet médical complémentaire sera établi ultérieurement par le médecin ayant réalisé le diagnostic des causes de décès

**SIGNATURE** Nom lisible et cachet obligatoire du médecin