

INFORMATIONS RELATIVES À L'ENFANT

Commune de décès :	Code postal :	Date et heure de décès :	Sexe : <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> indéterminé
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> à <input type="text"/> h <input type="text"/>	
Commune de domicile :	Code postal :	Date et heure de naissance* :	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> à <input type="text"/> h <input type="text"/>	

Apgar à 1 minute : Âge gestationnel en semaines révolues d'aménorrhée : Poids de naissance en grammes :

INFORMATIONS RELATIVES À L'ACCOUCHEMENT

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

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

Lieu d'accouchement : 1. établissement de santé 2. domicile 3. autre

Présentation : 1. sommet 2. autre céphalique 3. siège 4. autre

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

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

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

INFORMATIONS RELATIVES AUX PARENTS (inscrire le code approprié)

MÈRE Année de naissance :

Nationalité (en clair) :

Profession* (en clair) :

exercée pendant la grossesse : 1. oui 2. non 3. chômage 4. autre situation

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

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

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

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

PÈRE Profession* (en clair) :

exercée pendant la grossesse : 1. oui 2. non 3. chômage 4. autre situation

CAUSES DU DÉCÈS (*Lire les instructions de remplissage en annexe)

CAUSE FŒTALE OU NÉONATALE* déterminante de la mort – 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...).

a)

due à ou consécutive à : b)

due à ou consécutive à : c)

Autre(s) cause(s) fœtale(s) ou néonatale(s) associées :

CAUSE OBSTÉTRICALE OU MATERNELLE* déterminante de la mort :

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

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

LIEU DU DÉCÈS

Domicile (du défunt ou autre)

Établissement de santé public Voie publique

Établissement de santé privé Autre lieu ou indéterminé

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.

MORT INATTENDUE DU NOURRISSON S'agit-il d'un décès brutal et inattendu*?

oui non ne sait pas

* décès non traumatique du nourrisson avec mode de survenue brutal (en moins d'une heure ou probablement) et inattendu.

SIGNATURE *Nom lisible et cachet obligatoire du médecin*

CIRCONSTANCES APPARENTES DU DÉCÈS

Mort naturelle Faits de guerre

Accident Complications de soins médicaux, chirurgicaux

Atteinte à la vie de l'enfant Investigations en cours Indéterminées