

1. Renseignements de la personne décédée

Nom :	Prénom :	Date de naissance : _____ Jour Mois Année
Adresse au moment du décès :		
Lieu du décès (si le décès a eu lieu dans un hôpital ou une institution :	Date du décès : _____ Jour Mois Année	
Dans le cas d'un enfant mort-né, prière d'indiquer le poids _____ (en grammes) et le nombre de semaines dans la grossesse _____ .	Nom de la mère : _____ Nom du père : _____	

2. Cause du décès

(Afin de recueillir des statistiques internationales exactes sur la classification des maladies, traumatismes et causes de décès, inscrivez une seule cause pour A, B et C).

	Intervalle entre l'apparition de la maladie et le décès	
A) Maladie ou troubles médicaux causant directement le décès (ne signifie pas la façon dont la personne est décédée, comme la défaillance cardiaque, l'asthénie, etc., mais plutôt la maladie même, la blessure ou la complication qui a occasionné la mort) :		
B) Cause antécédente (condition morbide, le cas échéant, menant à la cause (A) ci-dessus; indiquer la cause originale) :		
C) Troubles médicaux significatifs (contribuant à la mort, mais sans rapport à (A) ou (B) ci-dessus) :		
Date à laquelle sont apparus les premiers symptômes de la maladie ou les troubles médicaux liés à (A) ou (B) ci-dessus :		
(A) _____ Jour Mois Année	(B) _____ Jour Mois Année	(C) _____ Jour Mois Année
Date à laquelle ont été diagnostiqués les troubles médicaux ou la maladie se rapportant à (A) ou à (B) ci-dessus :		
(A) _____ Jour Mois Année	(B) _____ Jour Mois Année	(C) _____ Jour Mois Année
Si la mort est le résultat d'un accident, d'un suicide ou d'un homicide, veuillez préciser et fournir une brève description.		
Y a-t-il eu une enquête? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
A-t-on fait une autopsie? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, veuillez indiquer le nom de la personne qui l'a effectuée et les résultats.		
Avez-vous traité ou conseillé la personne décédée au cours des trois dernières années, avant sa dernière maladie? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
À votre connaissance, la personne décédée a-t-elle été traitée par un autre médecin ou dans un hôpital ou institution quelconque au cours des trois dernières années? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Si vous avez répondu « oui » à l'une ou l'autre question, veuillez indiquer le nom du médecin ou de l'hôpital et la nature de la maladie ou la blessure.		

3. Médecin Traitant

Nom _____ <small>Prière d'écrire en lettres moulées et/ou de joindre une carte d'affaires</small>	Date <u> </u> jj <u> </u> mm <u> </u> aaaa
Adresse _____	Signature _____