

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTERE DE LA SANTE, DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

CERTIFICAT MEDICAL DE DECES

À remplir par le médecin

Commune de décès : _____
Wilaya de décès : _____
Nom : _____ Prénom : _____
(En cas de non identification du défunt, mettre la mention : **corps non identifié (CNI)**)
Sexe : M ☐ F ☐
Fils/Fille de : _____ et de : _____
Date et lieu de naissance : _____ à : _____
Date du Décès : _____ Age (en année) : _____ ans
(Enfant de moins d'un (1) an, préciser l'âge en mois ; Moins d'un (1) mois, préciser l'âge en jours : _____ mois, ou _____ Jours)
Lieu du décès :
☐ Domicile ☐ Structure de santé publique
☐ Structure de santé privée ☐ Voie publique
☐ Autre (à préciser) : _____

Réserve à la commune
N° d'ordre d'acte de décès inscrit sur le registre des actes de l'état civil : _____

Signalement médico-légal-A remplir par le médecin (cocher la case adéquate)

- ☐ Obstacle médico-légal à l'inhumation (en raison du caractère violent, indéterminé ou suspect de la mort ou corps non identifié) ☐ Mise immédiate en cercueil hermétique en raison du risque de contagion
☐ Existence d'une prothèse fonctionnant au moyen d'une pile

Coller ici

Coller ici

Coller ici

Coller ici

Coller ici

Coller ici

Coller ici

Coller ici

A remplir et à clore par le médecin

Commune de décès : _____
Wilaya de décès : _____
Commune de résidence : _____
Wilaya de résidence : _____
Date de naissance : _____ Date de décès : _____
Sexe : M ☐ F ☐ Age (en année) : _____ ans,
(Enfant moins d'un (1) an, préciser l'âge en mois ; Moins d'un (1) mois, préciser l'âge en jours : _____ mois, ou _____ Jours).
Lieu de décès :
☐ Domicile ☐ Structure de santé publique ☐ Structure de santé privée
☐ voie publique ☐ Autre (à préciser) : _____

Cause directe et événements morbides ayant précédé le décès.

Partie I : Maladie(s) ou affection(s) morbide (s) ayant directement provoqué le décès

Cause directe a) _____
due à ou consécutive à : b) _____
due à ou consécutive à : c) _____
due à ou consécutive à : d) _____

Partie II : Autres états morbides ayant pu contribuer au décès, non mentionnés en partie I.

Date..... Cachet et signature du médecin

La dernière cause (d) doit correspondre à la cause initiale (première maladie ayant évolué vers la cause directe en (a). LA CAUSE INITIALE est la maladie ou du traumatisme qui a entraîné la mort. Il ne s'agit pas du mode de décès, par exemple : arrêt cardiorespiratoire, syncope, choc, fièvre suite à sa maladie sans préciser le diagnostic qui a évolué progressivement ou subitement vers le décès.

Dans le cas de décès maternel : (femme décédée durant une grossesse, un avortement, un accouchement ou dans les 42 jours après un accouchement ou un avortement) remplir correctement la partie I et préciser cet état clairement

Quelques exemples :

- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|
| a) Embolie pulmonaire. | a) Septicémie. | a) Détresse respiratoire | a) Coma |
| b) Fracture pathologique. | b) Péritonite. | b) Embolie pulmonaire | b) Œdème cérébral |
| c) Cancer secondaire du fémur. | c) Perforation d'ulcère. | c) Phlébite | c) Trauma crânien |
| d) Cancer du sein. | d) Ulcère duodénal | d) Accouchement. | d) Accident de la route |
| | e) Alcoolisme. | e) Varices. | |

Le docteur en médecine soussigné, certifie que la mort de la personne désignée ci-contre, survenue
Le _____
À _____ Heure(s)
Est réelle et constante de
☐ Cause naturelle
☐ Cause violente
☐ Cause indéterminée
A _____
Le _____
Signature et cachet du médecin

1. Nature de la mort : Naturelle I---I
accident I----I auto induite I---I agression I----I
indéterminée I----I
Autre (à préciser) ----- I---I

2. Mortinatalité, périnatalité

- Grossesse multiple Oui I----I Non I---I
- Mort-né ? Oui I----I Non I---I
- Age gestationnel (en semaines) I----I
- Poids à la naissance (en grammes) I----I
- Age de la mère (années) I-----I
- Si décès périnatal, préciser l'état morbide de la mère ayant pu affecter le nouveau-né au moment du décès -----I

3. Décès maternel ? Oui I / Non I /

- Le décès a eu lieu durant la grossesse ? Oui I---I Non I---I
- Le décès a eu lieu pendant l'accouchement/avortement ? Oui I---I Non I---I
- Dans les 42 jours après la gestation I---I
- Indéterminé I---I

4. Signalement médico-légal :

- Obstacle médico-légal à l'inhumation (en raison du caractère violent, indéterminé ou suspect de la mort ou corps non identifié). Oui I---I Non I---I
- Mise immédiate en cercueil hermétique en raison du risque de contamination Oui I---I Non I---I
- Existence d'une prothèse fonctionnant avec « pile » Oui I---I Non I---I

5. Y a-t-il intervention chirurgicale 4 semaines avant le décès Oui I---I Non I---I

CERTIFICAT MEDICAL DE DECES

À renseigner par le service de l'état civil de la commune

Wilaya :

Commune :

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

N° d'ordre d'acte de décès inscrit sur le registre des actes de l'état civil

Cette partie confidentielle doit être adressée fermée à la

Direction de la Santé et de la Population de Wilaya.

À NE PAS OUVRIR