

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

CERTIFICAT MEDICAL DE DECES

A 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 :

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 :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Domicile | <input type="checkbox"/> Structure de santé publique |
| <input type="checkbox"/> Structure de santé privée | <input type="checkbox"/> Voie publique |
| <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) : | |

Réserve à la commune
N° d'ordre d'acte de décès inscrit sur le registre des actes de l'état civil :
Ce numéro doit être reproduit au verso de ce certificat.

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

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

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 :

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 :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Domicile | <input type="checkbox"/> Structure de santé publique |
| <input type="checkbox"/> Structure de santé privée | <input type="checkbox"/> Voie publique |
| <input type="checkbox"/> 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)

Événements morbides ayant précédé le décès

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 1.

.....

.....

Date Cachet et signature du médecin

La dernière cause (d) doit correspondre à la cause initiale, il ne s'agit pas ici du mode de décès, par exemple : arrêt cardiorespiratoire, syncope, mais de la maladie ou du traumatisme qui a entraîné la mort.

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 1 et préciser cet état clairement.

Exemples sur les causes directes et les événements morbides ayant précédé le décès :

- a) Embolie pulmonaire.
- b) Fracture pathologique.
- c) Cancer secondaire du fémur.
- d) Cancer du sein.

- a) Septicémie.
- b) Péritonite.
- c) Perforation d'ulcère.
- d) Ulcère duodénal.
- e) Alcoolisme.

- a) Déresse respiratoire.
- b) Embolie pulmonaire.
- c) Phlébite.
- d) Accouchement.
- e) Varices.

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

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

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

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 Non
 -- Mise immédiate en cercueil hermétique en raison du risque de contamination Oui Non
 -- Existence d'une prothèse fonctionnant avec « pile » Oui Non

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

CERTIFICAT MEDICAL DE DECES

A 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.

A NE PAS OUVRIR