

**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 :  
☐ Domicile ☐ Structure de santé publique  
☐ Structure de santé privée ☐ Voie publique  
☐ Autre (à préciser) : .....

**Réservé 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 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 : 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) : .....

**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.         | 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.               |                          |

**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**