

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTERE DE LA SANTE, DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE
DIRECTION DE LA SANTE 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 : 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 : _____
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 : M ☐ F ☐ 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) (Edème 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 ☐