



VOLET C

DECES D'UNE PERSONNE AGEE D'UN AN OU PLUS

(Volet à remplir et à mettre sous enveloppe scellée par le médecin)

1. Type de décès

- cause naturelle
- accident de la circulation
- autre accident
- suicide
- homicide
- sous investigation
- n'a pu être déterminé

2. Si le décès n'est pas dû à une cause naturelle, décrivez les circonstances

.....

.....

.....

Réservé

.....

.....

.....

.....

3. En cas d'accident

3.1 Lieu de l'accident

- voie publique
- domicile
- autres, précisez
- lieu de travail (ou école pour enfants)
- ne sait pas

3.2 Date et heure de l'accident (JJMMAAAA)

• date (JJMMAAAA) / /

• heure (HHMM) h m

4. Cause du décès (1) Délai (2)

I. Maladie ou affection morbide ayant directement provoqué le décès

Enchaînement des phénomènes morbides qui ont conduit à la cause immédiate de décès citée en a). L'affection morbide à l'origine de l'enchaînement est indiquée en dernier lieu "cause initiale"

a) conséquence de :

b) conséquence de :

c) conséquence de :

d) conséquence de :

II. Causes associées

Autres états morbides importants ayant contribué au décès, mais sans rapport avec la maladie ou avec l'état morbide qui l'a provoqué.

e) conséquence de :

f) conséquence de :

g) conséquence de :

(1) Il ne s'agit pas ici du mode de décès, par exemple: défaillance cardiaque, syncope, etc..., mais de la maladie ou traumatisme ou de la complication qui a entraîné la mort. Prière de ne faire figurer qu'une cause par ligne.

(2) Délai approximatif entre le début du processus morbide et le décès (précisez s'il y a lieu en minutes, heures, semaines ou mois, ...)

Réservé

a) b) c) d)

e) f) g)

5. Si la personne décédée est une femme, a-t-elle eu, dans l'année précédant son décès:

5.1 une grossesse

- oui
- non
- ne sait pas

5.2 un accouchement

- oui
- non
- ne sait pas

6. Autopsie/examens complémentaires

- oui, en cours
- oui, prévue
- non
- ne sait pas

7. Le médecin signataire était-il impliqué dans le traitement du décédé ?

- oui
- non

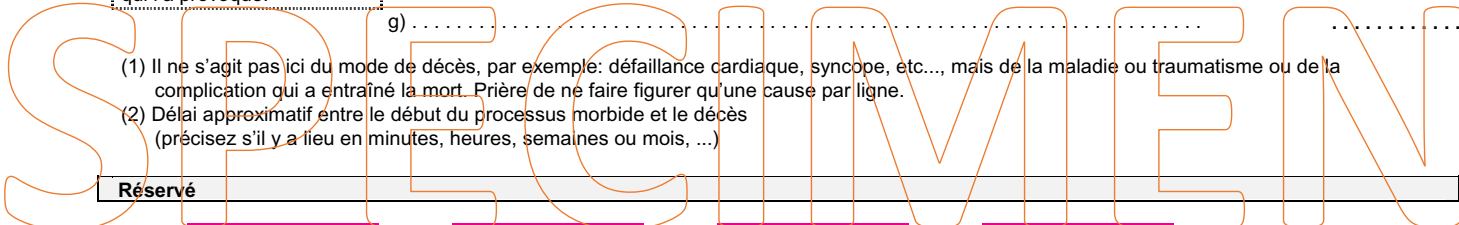
No. dossier médical

Identification du médecin

• No. INAMI

• date (JJMMAAAA) / /

nom, prénom
signature
cachet



Modèle III C

VOLET A

DECLARATION DE DECES D'UNE PERSONNE AGEE D'UN AN OU PLUS

(Volet à remplir par **le médecin** et à conserver par l'administration communale)

Nom et prénom du décédé

Epoux(se) ou veuf(ve) de

Résidence habituelle : commune

SPÉC Rue, no.

Date (JJMMAAAA) et heure (HHMM) du décès / / h m

Adresse du décès : commune

rue, no.

Numéro de l'acte au registre des décès

Sexe du décédé
 • masculin • féminin • indéterminé

Obstacle médico-légal à l'inhumation ou à la crémation (1) oui non

Obstacle au don du corps (2) oui non

Obligation de mise immédiate: • en cercueil hermétique (3) oui non

Obstacle à la pratique éventuelle des opérations suivantes: • crémation (4) oui non

• soins de conservation (5) oui non

• transport avant la mise en bière (6) oui non

Risques d'exposition aux radiations ionisantes (3) oui non

Le docteur en médecine, soussigné, (nom, prénom et no. d'inscription à l'Ordre des Médecins ou no. INAMI)

certifie avoir constaté le décès de la personne désignée ci-dessus le à heure.

Signature et cachet du médecin

- (1) Décès par cause externe, certaine ou probable (accident, suicide, homicide).
- (2) Le défunt présente un risque de contamination visé sous le n° (3).
- (3) A. le défunt présente une des maladies contagieuses suivantes: charbon, choléra, peste, fièvre hémorragique virale, variole, et autres orthopox virozes;
B. le défunt présente un risque de contamination radioactive (cfr. A.R. du 28 février 1963 - M.B. du 16 mai 1963 -; art. 69.4, art. 69.7 et art. 3).
- (4) Les prothèses fonctionnant au moyen d'une pile au lithium ainsi que toute autre prothèse renfermant des radio-éléments doivent être enlevées avant la crémation.
- (5) - cfr (2) et (3);
- mauvais état du corps (putréfaction ou corps déchiqueté);
- certitude ou suspicion de décès par cause externe.
- (6) cfr (2) et (3).

(Volet à remplir par **le médecin**, à vérifier par l'administration communale
et à envoyer au médecin fonctionnaire responsable)

1. Date et heure du décès

• date (JJMMAAAA)

 / /

• heure (HHMM)

 h m

2. Lieu de décès

 • maison privée • voie publique • institution hospitalière • lieu de travail • maison de repos • autres, précisez

3. Sexe du décédé

 • masculin • féminin • indéterminé

SPECIMEN

(Volet à remplir par l'administration communale avec l'aide du déclarant)

1. Commune (ou pays) du décès

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

Code I.N.S. ==>

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

2. Numéro de l'acte au registre des décès

--	--	--	--	--

3. Résidence habituelle du décédé (commune ou pays)

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

Code I.N.S. ==>

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

4. Date de naissance (JJMMAAAA)

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

5. Instruction (niveau le plus élevé achevé ou diplôme)

- pas d'instruction ou primaire inachevé
- primaire
- secondaire inférieur
 - ⇒ professionnel
 - ⇒ technique
 - ⇒ général
- secondaire supérieur
 - ⇒ professionnel
 - ⇒ technique
 - ⇒ général
- supérieur de type court
- supérieur de type long ou universitaire
- ne sait pas
- autres, précisez

6. Situation professionnelle actuelle

- actif(ve)
- étudiant(e)
- chômeur(se)
- pensionné(e)
- invalide
- sans profession
- autres, précisez

7. Etat social dans la dernière profession exercée

- indépendant(e)
- employé(e)
- ouvrier(e)
- aidant(e)
- sans profession
- inconnu
- autre, précisez

8. Profession(s) exercée(s), quelle que soit la situation professionnelle actuelle (en commençant par la plus récente)

• 1.

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

Code I.N.S. ==>

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

• 2.

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

Code I.N.S. ==>

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

• 3.

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

Code I.N.S. ==>

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

9. Nationalité du décédé

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

Code I.N.S. ==>

--	--	--	--

10. Etat civil du décédé

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> • célibataire | <input type="checkbox"/> • divorcé(e) |
| <input type="checkbox"/> • marié(e) | <input type="checkbox"/> • légalement séparé(e) de corps |
| <input type="checkbox"/> • veuf(ve) | <input type="checkbox"/> • ne sait pas |

11. Si la personne décédée était marié(e)

• date de naissance du conjoint survivant (JJMMAAAA)

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

 /

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

 /

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

• date du dernier mariage (JJMMAAAA)

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

 /

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

 /

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

12. Le décédé vivait :

- seul(e)
- dans un ménage privé
- en institution
- autres, précisez