

**REMARQUE — SI DES FRAIS S'APPLIQUENT POUR FAIRE REMPLIR CE FORMULAIRE, ILS SONT À LA CHARGE DU DEMANDEUR.**

|                                      |  |   |   |   |
|--------------------------------------|--|---|---|---|
| Nom et prénom de la personne décédée |  | Date du décès   |   |   |
|                                      |  | A   | M | J |
| Domicile au moment du décès          |  | Lieu du décès   |   |   |
| Date de naissance                    |  | Si cette personne est décédée dans un hôpital ou une institution, en donner le nom. |   |   |
| A M J                                |  |   |   |   |

**CAUSES DU DÉCÈS**

Indiquez une seule cause pour chaque paragraphe A ■ B ■ et C ■.

**A ■ Maladie, blessure ou condition ayant directement causé le décès**

|            |                             |
|------------|-----------------------------|
| <b>A ■</b> | Date du début de la maladie |
|            | A M J                       |

**B ■ Causes antécédentes**

(États pathologiques ayant éventuellement conduit à l'état précité)

|            |                             |
|------------|-----------------------------|
| <b>B ■</b> | Date du début de la maladie |
|            | A M J                       |

**C ■ Maladie ou état morbide provoqués par ou consécutifs à**

|            |                             |
|------------|-----------------------------|
| <b>C ■</b> | Date du début de la maladie |
|            | A M J                       |

**AUTRES ÉTATS MORBIDES IMPORTANTS** (ayant contribué au décès, mais sans rapport avec la maladie ou avec l'état morbide qui l'a provoqué)

|                                 |                         |  |
|---------------------------------|-------------------------|--|
| <b>POUR LA DERNIÈRE MALADIE</b> | Date des premiers soins | Spécifiez si le décès est dû à : <input type="checkbox"/> un accident <input type="checkbox"/> un suicide <input type="checkbox"/> un homicide |
|                                 | A M J                   |  |
|                                 | Date des derniers soins | Décrivez brièvement :  |
|                                 | A M J                   |  |

**Y a-t-il eu enquête?**  Oui  Non

**Y a-t-il eu autopsie?**  Oui  Non Si oui, par qui et donnez les constatations :

|  |       |                             |
|--|-------|-----------------------------|
| Avez-vous traité la personne décédée ou vous a-t-elle consulté au cours des <b>5 années précédant</b> la dernière maladie?<br><input type="checkbox"/> Oui, indiquez les dates<br><input type="checkbox"/> Non | Dates | Diagnostiques alors posés : |
|  | A M J |                             |
|  | A M J |                             |

À votre connaissance, au cours des **5 dernières années**, la personne décédée a-t-elle été traitée par d'autres médecins, ou dans un hôpital ou autre institution?  Oui  Non

|                |       |                                      |  |
|----------------|-------|--------------------------------------|--|
| Nom du médecin |       | Nom de l'hôpital ou de l'institution |  |
| Date           | A M J | Diagnostiques ▶                      |  |
| Nom du médecin |       | Nom de l'hôpital ou de l'institution |  |
| Date           | A M J | Diagnostiques ▶                      |  |

**Usage de tabac**

1. Est-ce que la personne décédée fumait?  Oui  Non  
2. Si non, a-t-elle déjà fumé?  Oui  Non

3. Si oui, à quelle date a-t-elle cessé de fumer? A M J

Signature du médecin

Le A M J

Nom du médecin (en caractères d'imprimerie)

Adresse