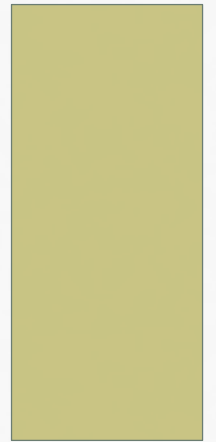


RAPPEL CERTIFICAT

FIHU PÔLE T4



GÉNÉRALITÉS

- But
 - Exigences législatives; obtention d'avantages sociaux; usage privé
- Responsabilité
 - Disciplinaire (Art 28, 29, 50 et 76 CD)
 - Pénale (Art 313-1 et suivants, 441-8, 441-9 NCP)
 - Administrative (Art 413, 471-4 CSC)
 - Civile (en cas de préjudice économique)

GÉNÉRALITÉS

- La rédaction
 - Obligations :
 - Identification du médecin, Signature, date
 - Remis en main propre à celui qui en est l'objet (au représentant légal, s'il s'agit d'un mineur ou d'un incapable majeur)
 - Possibilités :
 - Forme de formulaires pré-établis (formulaires des organismes sociaux, vaccinations...)
 - établis sur papier libre (manuscrits ou dactylographiés)

CERTIFICAT DE DÉCÈS

- Généralités
 - Constat : règles et obligations
 - Obligatoire : code civil (art 78) et des communes (art R 363-18)
 - Objectifs
 - Obligations de Santé Publique (Identification de la pers., Obstacle médico-légale, Opérations funéraires)
 - Accomplissements de certains désirs (Transport du corps, Incinération, Don du corps)
 - 2 types de certificats
 - Certificat spécifique pour les décès néonataux (moins de 28 jours)
 - Certificat de décès survenus à partir du 28ème jour
- Actes de l'état civil
 - Acte de décès
 - Permis d'inhumation

DEUX TYPES DE CERTIFICATS DE DÉCÈS

CERTIFICAT DE DÉCÈS
conforme à l'Arrêté du 24 décembre 1996

cerfa
N° 00000793

DÉPARTEMENT : _____

A remplir par le Médecin

Le docteur en médecine soussigné, certifie que la mort de la personne désignée ci-dessous, survenue le _____ à _____ heures _____ minutes _____ secondes et _____ (voir 1 ou verso) **Important ! bien cocher toutes les lignes par oui ou non**

Code Postal : _____

Nom : _____

Prénoms : _____

Date de naissance : _____

Sexe : M F

Domicile : _____

1. Obstacle médico-légal OUI NON

2. Maladies contagieuses (cf. liste au verso) OUI NON

 - Obstacle aux opérations de conservation OUI NON

 - Mise immédiate en cercueil hermétique OUI NON

3. Recherches de la cause du décès (prelèvement, autopsie) OUI NON

4. Obstacle au transport du corps avant mise en bière OUI NON

5. Mise immédiate en cercueil simple OUI NON

6. Existence d'une prophète fonctionnant au moyen d'une pile OUI NON

7. Date du corps autopsié OUI NON

8. Existence d'une prophète fonctionnant au moyen d'une pile OUI NON

(Se reporter au verso pour les précisions sur les modalités de remplissage)

A _____ le _____
Signature (Non lisible) et Cachet (obligatoire) du médecin

RÉSERVÉ À LA MAIRIE N° D'ORDRE du décès _____

Le numéro d'ordre du décès sur le registre des actes de l'état civil à inscrire ci-dessous doit être reproduit au verso.

A remplir et à clore par le Médecin

Renseignements confidentiels (*)

Code Postal : _____ Commune de décès : _____ Date de décès : _____

Code Postal : _____ Commune de domicile : _____ Date de naissance : _____

Sexe masculin Sexe féminin

Causes du décès

PARTIE I Maladies ou affection(s) morbide(s) ayant directement provoqué le décès *
La dernière ligne remplie doit correspondre à la cause initiale.

a) _____

b) _____

c) _____

d) _____

PARTIE II Autres états morbides, facteurs ou états physiologiques (grossesse...) ayant contribué au décès, mais non mentionnés en Partie I

* Il s'agit de la maladie, du symptôme, de la complication ayant entraîné la mort (et non du mode de décès, ex. : syncope, arrêt cardiaque...)

Informations complémentaires

• Le décès est-il survenu pendant une grossesse (à déclarer, même si cet état n'a pas contribué à la mort) ou moins d'un an après ? Oui Non
Dans ce dernier cas, intervalle entre la fin de cette grossesse et le décès : _____ Mois _____ Jours

• En cas d'accident, préciser le lieu exact de survenue (voir tableau, domicile...): _____ S'agit-il d'un accident de travail (ou présenté tel) ? Oui Non Sans précision

Autopsie : une autopsie a-t-elle été ou sera-t-elle pratiquée ? Non Oui, résultat disponible

Lieu du décès : Logement ou Domicile Établissement public de santé Établissement privé de santé Autre lieu Maison de retraite Vico public

Signature (Non lisible) et Cachet

1. a) Négatives	2. A	3. a) Cerveau	4. A	5. a) Hépatite virale	6. A
b) Positives	B	b) Cœur	B	b) Hépatite	B
c) Pathologie d'origine	C	c) Troubles de la circulation	C	c) Pathologie	C
d) Causes banales	D	d) Infections de la femme	D	d) Anémies	D
e) Autres	E	e) Causes de récidive	E	e) Autres	E

C'est document est joint à son original et à son original, et en copie

CERTIFICAT DE DÉCÈS NÉONATAL
A remplir pour les décès survenus entre la naissance et 27 jours révolus si l'enfant avait un âge gestationnel d'au moins 22 semaines d'aménorrhée ou pondait au moins 500 grammes à la naissance.

cerfa
N° 00000793

DÉPARTEMENT : _____

A remplir par le Médecin

Le docteur en médecine soussigné, certifie que la mort de la personne désignée ci-dessous, survenue le _____ à _____ heures _____ minutes _____ secondes et _____ (voir 1 ou verso) **Important ! bien cocher toutes les lignes par oui ou non**

Code Postal : _____

Nom : _____

Prénoms : _____

Date de naissance : _____

Sexe : M F

Domicile : _____

1. Obstacle médico-légal OUI NON

2. Maladies contagieuses (cf. liste au verso) OUI NON

 - Obstacle aux opérations de conservation OUI NON

 - Mise immédiate en cercueil hermétique OUI NON

3. Recherches de la cause du décès (prelèvement, autopsie) OUI NON

4. Obstacle au transport du corps avant mise en bière OUI NON

5. Mise immédiate en cercueil simple OUI NON

6. Existence d'une prophète fonctionnant au moyen d'une pile OUI NON

7. Date du corps autopsié OUI NON

8. Existence d'une prophète fonctionnant au moyen d'une pile OUI NON

(Se reporter au verso pour les précisions sur les modalités de remplissage)

A _____ le _____
Signature (Non lisible) et Cachet (obligatoire) du médecin

RÉSERVÉ À LA MAIRIE N° D'ORDRE du décès _____

Le numéro d'ordre du décès sur le registre des actes de l'état civil à inscrire ci-dessous doit être reproduit au verso.

A remplir et à clore par le Médecin

Renseignements confidentiels (*)

Code Postal : _____ Commune de décès : _____ Date de décès : _____

Code Postal : _____ Commune de domicile : _____ Date de naissance : _____

Sexe masculin Sexe féminin

Causes du décès

Caractéristiques de l'enfant à la naissance

Sexe : 1. masculin, 2. féminin, 3. indéterminé

Appar à la minute

Âge gestationnel en semaines révolues d'aménorrhée *

Poids de naissance en grammes

Naissance : 1. unique, 2. jumeaux, 3. triple, 4. quadruplé, 5. quintuplé

Nombre d'ordre de l'enfant (si grossesse multiple)

Accouchement

Lieu d'accouchement : 1. maternité, 2. domicile, 3. autre

Présentation : 1. normal, 2. autre céphalique, 3. siège, 4. autre présentation

Début du travail : 1. spontané, 2. déclenché, 3. chirurgien avant travail

Mode d'accouchement : 1. voie basse sans opération, 2. extraction opératoire par voie basse, 3. césarienne

Transfert ou hospitalisation postnatale de l'enfant : 1. oui, 2. non

Mère

Année de naissance

Profession (en clair) *

écrite pendant la grossesse : 1. oui, 2. non en divorce, 3. non autre situation

État matrimonial : 1. célibataire, 2. marié, 3. veuve, 4. divorcée

La mère vit-elle en couple ? 1. oui, 2. non

Nationalité (en clair) *

Nombre total de grossesses (y compris grossesses par césarienne)

Nombre total d'accouchements (y compris accouchements de césarienne) *

Père

Profession (en clair) *

écrite : 1. oui, 2. non en divorce, 3. non autre situation

Causes du décès

• Cause fatale ou néonatale déterminante de la mort :
Affection ayant directement provoqué le décès : _____ due à : _____

• Autre(s) cause(s) fatale(s) ou néonatale(s) associée(s) : _____

• Cause obstétricale ou maternelle déterminante de la mort : _____

• Autre(s) cause(s) obstétricale(s) ou maternelle(s) associée(s) : _____

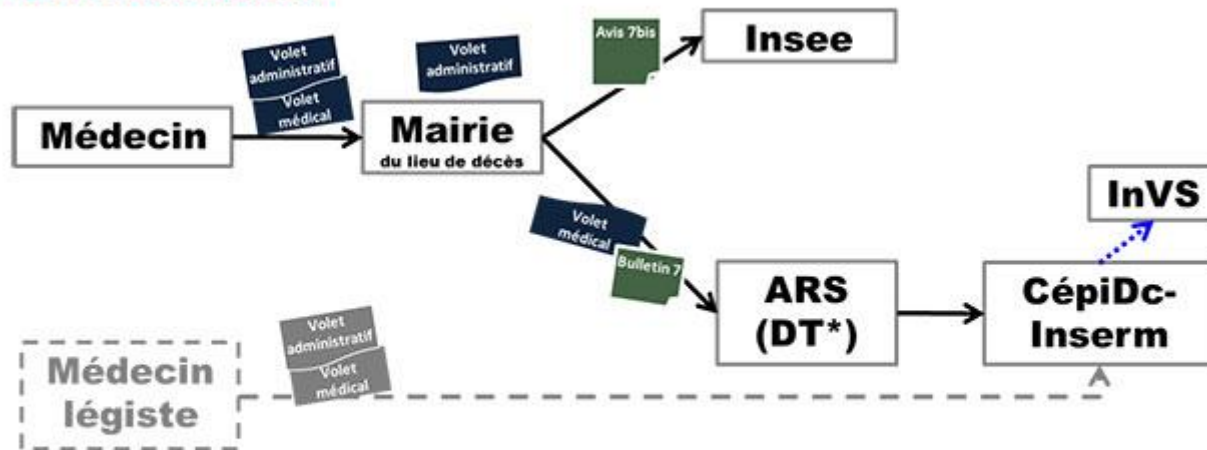
Autopsie : Une autopsie a-t-elle été (ou va-t-elle être) pratiquée ? Oui, résultat disponible Non, résultat disponible

Signature (Non lisible) et Cachet (obligatoire) du médecin

C'est document est joint à son original et à son original, et en copie

CIRCUIT DU CERTIFICAT DE DÉCÈS

CERTIFICAT PAPIER

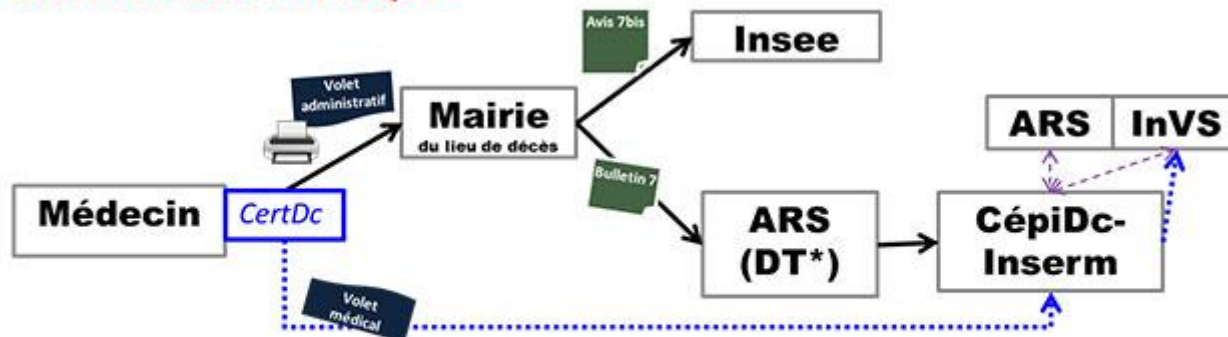


Disponibilité des données : 3 semaines à 4 mois

→ Transmission papier > Flux informatique sécurisé * Délégation territoriale

Inserm

CERTIFICAT ELECTRONIQUE



Disponibilité des données : quasi immédiate

* Délégation territoriale

→ Transmission papier > Flux informatique sécurisé <-----> Accès web

Inserm
CépiDc

CERTIFICAT DE DÉCÈS

- Classification
 - **Mort dite naturelle**
 - Question de la Mort inattendue
 - **Mort violente**
 - mort délictuelle
 - mort suicidaire
 - mort criminelle évidente
 - **Mort suspecte** : cause inconnue, le recours du médecin légiste s'impose.
 - **Cas particuliers** :
 - Mort au cours d'une consultation ou d'un acte médical : prévenir les autorités judiciaires et préciser = mort violente
 - Mort inattendue du nourrisson

CERTIFICAT DE DÉCÈS

- **Obstacle ML**
 - Homicide ou suspicion d'homicide,
 - Mort subite inattendue, mort subite du Nné
 - Violation des droits de l'homme,
 - Suicide ou suspicion de suicide,
 - Mort au cours d'une consultation ou d'un acte médical (suspicion de faute médicale),
 - Accident de transport, de travail ou domestique,
 - Maladie professionnelle, catastrophe naturelle ou technologique,
 - Décès en détention ou associé à des actions de police ou de militaires,
 - Corps non identifié ou restes squelettiques

VIOLENCES

- Certificats coups et blessures
 - **But**
 - Établissement de la matérialité des faits
 - Constatation et description des lésions
 - **Forme :**
 - 1^{ère} partie (facultative) = Dires ou allégations (temps employé = conditionnel),
 - 2^{ème} partie : Examen clinique descriptif le plus précis possible +/- examens complémentaires
 - 3^{ème} partie: discussion conclusion (fixation ITT)
 - **Pas de « avoir constaté des contusions multiples » →**
Trop Vague !

VIOLENCES

- Certificats coups et blessures
 - Fixation de l'ITT \Leftrightarrow **activités élémentaires personnelles**
 - \neq Arrêt de travail
 - Blessures involontaires:
 - ITT > 3 mois = Tribunal Correctionnel ,
 - ITT \leq 3 mois = Tribunal de Police,
 - Blessures volontaires:
 - ITT > 8 jours = Tribunal Correctionnel,
 - ITT \leq 8 jours = Tribunal de Police,
 - Aide à caractériser l'acte pour le magistrat

EXAMEN DE PERSONNE EN GAV

- **Compatibilité / GAV**

- Règles (Sur réquisition)

- Art. 2 CD

- Article 63-3 du CPP

- à la demande de la personne, du procureur, de l'OPJ, de la famille

- obligatoire : ILS (Art 706.29 CPP) mineur (ordonnance du 2 février 1945)

- Objectifs médicaux: aptitude+++ , bilan traumatique, prise en charge sanitaire,

SIGNALEMENT JUDICIAIRE

- Signalement (autorisation)
 - De toute violence (art. 226-14 CP) :
 - sans consentement: personne vulnérable physique ou psychique ou du fait de son âge
 - avec consentement
 - Personne blessée (arme à feu ou blanche)
 - si risque de récidive
 - obstacle médico-légal en cas de décès
 - Personnes détentrices d'une arme (art. 226-14)

AUTRES CERTIFICATS PRÉVUS PAR LA LOI

- Vérification de l'état alcoolique (réquisition)
 - Art. L 355-2 CSP (Loi n° 83-1045 du 08121983)
 - Fiche B (trois fiches)
 - Vérification de l'état alcoolique par dosage de l'alcoolémie
- Certificats mesures de protection juridique (art 431 CC et suivants)

AUTRES CERTIFICATS PRÉVUS PAR LA LOI

- Déclaration de naissance (art.55 CC) et de décès
- Maladies à déclaration obligatoire : déclaration à l'ARS, (art. L 3113-1 CSP, loi du 1er juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire, décret, art R3113-3 du code de la santé publique)
 - 2 catégories : maladie nécessitant une intervention urgente (29 MDO) et maladie nécessitant une surveillance (4 MDO : Hépatite B, VIH, Tétanos, Mésothéliomes)
- Déclaration des accidents de Travail et Maladies Professionnelles, (art. 441-1/2, 461-5/6 C Sécu)

AUTRES CERTIFICATS PRÉVUS PAR LA LOI

- Certificat d'Hospitalisation sans consentement
 - Hospitalisation à la demande d'un tiers (ADT):
art. **L3211-1 CSP**
 - **Demande d'un tiers manuscrite**
 - **2 certificats médicaux < 15 jours dt 1 par 21 médecin n'exerçant pas dans l'établissement receveur**
 - **pièce d'identité patient et tiers**
 - **Signature d'admission du directeur de l'établissement**
 - Certificat ADT en cas de péril imminent art. L3211-1 CSP
 - 1 seul certificat (médecin n'exerçant pas dans l'établissement)

AUTRES CERTIFICATS PRÉVUS PAR LA LOI

- Admission sur décision du représentant de l'Etat (art. L.3213-1 CSP) ou sur décision du Maire (art. L3213-2 CSP)
 - 1 Seul certificat médical émanant éventuellement d'un médecin non psychiatre n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil
 - « nécessité de soins et troubles mentaux compromettant la sûreté publique ou sûreté des personnes
 - Admission signé par le directeur

WWW.MEDILEG.FR

COURS EN LIGNE