# CERTIFICAT DE DÉCÈS

**DÉPARTEMENT :**

**conforme à l'Arrêté du 24 décembre 1996**

cerfa N° 00000*03

## A remplir par le Médecin

**COMMUNE DE DÉCÈS :**

Code Postal
Nom :
Prénoms :
Date de naissance :
Sexe : M ☐ F ☐
Domicile :

Le docteur en médecine soussigné, certifie que la mort de la personne désignée ci-contre, survenue le _____ à _____ heure _____ est réelle et constante (voir **I** au verso). **Important : bien cocher toutes les lignes par oui ou non**

| | | |
|---|---|---|
| **2.** Obstacle médico-légal | OUI ☐ | NON ☐ |
| **3.** Maladies contagieuses (cf. liste au verso) | OUI ☐ | NON ☐ |
| – Obstacle aux opérations de conservation | OUI ☐ | NON ☐ |
| – Mise immédiate en cercueil hermétique | OUI ☐ | NON ☐ |
| **4.** Recherche de la cause du décès (prélèvement, autopsie) | OUI ☐ | NON ☐ |
| **5.** Obstacle au transport du corps avant mise en bière | OUI ☐ | NON ☐ |
| **6.** Mise immédiate en cercueil simple | OUI ☐ | NON ☐ |
| **7.** Don du corps autorisé | OUI ☐ | NON ☐ |
| **8.** Existence d'une prothèse fonctionnant au moyen d'une pile | OUI ☐ | NON ☐ |

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

A _____ le _____

***Signature** (Nom lisible) et **Cachet** (obligatoire) du ou des médecin*

**RÉSERVÉ À LA MAIRIE**

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

**N° D'ORDRE du décès**

*Partie à détacher et à conserver dans la mairie du lieu de décès* — *Mod. 883 (08 – 01)*

Coller ici / Coller ici / Coller ici / Coller ici / Coller ici / Coller ici / Coller ici

## A remplir et à clore par le Médecin

*Renseignements confidentiels*

Code Postal : Commune de décès :
Code Postal : Commune de domicile :
Date de décès :
Date de naissance :
☐ Sexe masculin ☐ Sexe féminin

## Causes du décès

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

*Intervalle entre le début du processus morbide et le décès (heures, jours, mois ou ans)*

**a)** _____
*due à ou consécutive à :* **b)** _____
*due à ou consécutive à :* **c)** _____
*due à ou consécutive à :* **d)** _____

SPECIMEN

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

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

## 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 (voie publique, domicile...) :*

*S'agit-il d'un accident du travail (ou présumé tel) ? :* ☐ Oui ☐ Non ☐ Sans précision

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

**Lieu du décès :**
☐ Logement ou Domicile ☐ Établissement public de santé ☐ Établissement privé de santé
☐ Maison de retraite ☐ Voie publique ☐ Autre lieu

***Signature** (Nom lisible) et **Cachet***

**Exemples**

| | Intervalle |
|---|---|
| I. a) Septicémie | 3 h |
| b) Péritonite | 18 h |
| c) Perforation d'ulcère | 3 j |
| d) Ulcère duodénal | ? |
| II. Alcoolisme | ? |

| | Intervalle |
|---|---|
| I. a) Coma | 12 h |
| b) Oedème cérébral | 36 h |
| c) Traumatisme crânien | 2 j |
| d) Accident de la route | 1 j |
| II. | |

| | Intervalle |
|---|---|
| I. a) Noyade | - |
| b) Suicide | - |
| c) | |
| d) | |
| II. Toxicomanie | - |

| | Intervalle |
|---|---|
| I. a) Hémorragie cérébrale | 1 h |
| b) Hypertension | 15 a |
| c) | |
| d) | |
| II. Cancer du sein récidivé | - |

| | Intervalle |
|---|---|
| I. a) Détresse respiratoire | 3 mn |
| b) Embolie pulmonaire | 3 mn |
| c) Phlébite | ? |
| d) Accouchement | 10 j |
| II. Varices | - |

Ce document ne peut être communiqué à quiconque ni en original, ni en copie

Exemplaire Bloque-Lavault (Communication, Nantes)

# CERTIFICAT DE DÉCÈS NÉONATAL

A remplir pour les décès néonatals entre la naissance et 27 jours révolus si l'enfant avait un âge gestationnel d'au moins 22 semaines d'aménorrhée ou pesait au moins 500 grammes à la naissance.

**DÉPARTEMENT :**

**conforme à l'Arrêté du 24 décembre 1996**

cerfa N° 00000*03

## A remplir par le Médecin

**COMMUNE DE DÉCÈS :**

Code Postal
Nom :
Prénoms :
Date de naissance :
Sexe : M ☐ F ☐
Domicile :

Le docteur en médecine soussigné, certifie que la mort de la personne désignée ci-contre, survenue le _____ à _____ heure _____ est réelle et constante (voir **I** au verso). **Important : bien cocher toutes les lignes par oui ou non**

| | | |
|---|---|---|
| **2.** Obstacle médico-légal | OUI ☐ | NON ☐ |
| **3.** Maladies contagieuses (cf. liste au verso) | OUI ☐ | NON ☐ |
| – Obstacle aux opérations de conservation | OUI ☐ | NON ☐ |
| – Mise immédiate en cercueil hermétique | OUI ☐ | NON ☐ |
| **4.** Recherche de la cause du décès (prélèvement, autopsie) | OUI ☐ | NON ☐ |
| **5.** Obstacle au transport du corps avant mise en bière | OUI ☐ | NON ☐ |
| **6.** Mise immédiate en cercueil simple | OUI ☐ | NON ☐ |
| **7.** Don du corps autorisé | OUI ☐ | NON ☐ |
| **8.** Existence d'une prothèse fonctionnant au moyen d'une pile | OUI ☐ | NON ☐ |

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

A _____ le _____

***Signature** (Nom lisible) et **Cachet** (obligatoire) du médecin*

**RÉSERVÉ À LA MAIRIE**

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

**N° D'ORDRE du décès**

*Partie à détacher et à conserver dans la mairie du lieu de décès* — *Mod. 883 (08 – 01)*

Coller ici / Coller ici / Coller ici / Coller ici / Coller ici / Coller ici / Coller ici

## A remplir et à clore par le Médecin

*Renseignements confidentiels (* voir instructions de remplissage ci-contre)*

Code Postal Commune de décès
Code Postal Commune de domicile
Date de décès à h mn
Date de naissance à h mn

**Caractéristiques de l'enfant à la naissance**
Sexe : **1.** masculin, **2.** féminin, **3.** indéterminé
Apgar à 1 minute
Age gestationnel en semaines révolues d'aménorrhée *
Poids de naissance en grammes
Naissance : **1.** unique, **2.** gémellaire, **3.** triple, **4.** quadruple, **5.** quintuple
Numéro d'ordre de l'enfant (si grossesse multiple)

**Accouchement**
Lieu d'accouchement : **1.** maternité, **2.** domicile, **3.** autre
Présentation : **1.** sommet, **2.** autre céphalique **3.** siège, **4.** autre présentation
Début du travail : **1.** spontané, **2.** déclenché, **3.** césarienne avant travail
Mode d'accouchement * : **1.** voie basse non opératoire, **2.** extraction opératoire par voie basse, **3.** césarienne
Transfert ou hospitalisation particulière de l'enfant * : **1.** oui, **2.** non

**Mère**
Année de naissance
Profession (en clair) * : _____
exercé pendant la grossesse : **1.** oui, **2.** non au chômage, **3.** non autre situation
État matrimonial : **1.** célibataire, **2.** marié, **3.** veuve, **4.** divorcé
La mère vit-elle en couple ? **1.** oui, **2.** non
Nationalité (en clair) : _____
Nombre total de grossesses (y compris grossesse pour cet enfant)
Nombre total d'accouchements (y compris accouchement de cet enfant) *

**Père**
Profession (en clair) * : _____
exercé : **1.** oui, **2.** non au chômage, **3.** non autre situation

## Causes du décès

- **Cause fœtale ou néonatale déterminante de la mort :**
  **Affection ayant directement provoqué le décès :** _____
  **due à :** _____
- **Autre(s) cause(s) fœtale(s) ou néonatale(s) associée(s) :** _____

SPECIMEN

- **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 ?
**1.** non, **2.** oui, résultat non disponible
**3.** oui, résultat disponible ☐

***Signature** (Nom lisible) et **Cachet** (obligatoire) du médecin*

Ce document ne peut être communiqué à quiconque ni en original, ni en copie