

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

A ■ Date du début de la maladie

A	M	J
---	---	---

B ■ Causes antécédentes

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

B ■ Date du début de la maladie

A	M	J
---	---	---

C ■ Maladie ou état morbide provoqués par ou consécutifs à

C ■ 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)

POUR LA DERNIÈRE MALADIE	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 Décrivez brièvement :	
	A		M
	Date des derniers soins		
	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 5 années précédant la dernière maladie? <input type="checkbox"/> Oui, indiquez les dates <input type="checkbox"/> Non	Dates	Diagnostiques alors posés :		
	A	M	J	
	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