

Les honoraires que le médecin pourrait exiger pour remplir ce formulaire sont à la charge du demandeur.

A. Information concernant la personne décédée

Nom	Prénom	Date de naissance AAAA-MM-JJ
-----	--------	---------------------------------

B. Déclaration du médecin

Date du décès AAAA-MM-JJ		Lieu du décès	
Résidence au décès - N°, rue		Ville	Province
Code postal			
Si la personne est décédée dans un hôpital ou une autre institution, veuillez en indiquer le nom :			
Âge au décès :		OU	Date de naissance : AAAA-MM-JJ
1. Maladie ou état morbide ayant directement provoqué le décès (Il ne s'agit pas ici du mode de décès, ex. défaillance cardiaque, syncope, etc., mais de la maladie, de la lésion ou de la complication qui a entraîné le décès) :			Intervalle entre le début étiologique et le décès
2. Causes antécédentes (ayant, le cas échéant, conduit à l'état précité) provoquées par ou consécutives à :			
a)			
b)			
3. a) Autres états morbides importants (ayant contribué au décès mais sans rapport avec la maladie ou l'état morbide qui l'a provoqué) :			
b) Y a-t-il un lien entre le décès et le syndrome d'immunodéficience acquise? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
4. Date des premiers soins pour la dernière maladie AAAA-MM-JJ	5. Date des derniers soins pour la dernière maladie AAAA-MM-JJ	6. Date du diagnostic AAAA-MM-JJ	7. Quand la personne décédée a-t-elle été informée pour la 1 ^{re} fois de cette maladie? AAAA-MM-JJ
8. Le décès est-il dû à un : <input type="checkbox"/> accident <input type="checkbox"/> suicide <input type="checkbox"/> homicide Veuillez décrire brièvement :			
9. Y a-t-il eu enquête? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, veuillez indiquer par qui et donner les constatations :			
10. Y a-t-il eu autopsie? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, veuillez indiquer par qui et donner les constatations :			
11. Avez-vous traité la personne décédée ou vous a-t-elle consulté au cours des 5 dernières années précédant la dernière maladie? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Si oui, veuillez fournir les renseignements suivants :			
Nature de la maladie ou lésion	Hôpital ou institution	Adresse	Date AAAA-MM-JJ
			AAAA-MM-JJ
12. À votre connaissance, au cours des 5 dernières années de sa vie, la personne décédée a-t-elle été traitée par d'autres médecins ou soignée dans un hôpital ou une autre institution? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Si oui, veuillez fournir les renseignements suivants :			
Nature de la maladie ou lésion	Médecin, hôpital ou institution	Adresse	Date AAAA-MM-JJ
			AAAA-MM-JJ
13. La personne décédée a-t-elle déjà fait usage de tabac sous une forme quelconque? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		14. Quand avait-elle commencé à fumer?	15. Quand avait-elle cessé de fumer?
16. Indiquez les périodes d'interruption :			

C. Identification du médecin

Nom, prénom : _____	N° de téléphone : _____ IND. RÉGIONAL + N°
N° de permis d'exercer : _____	N° de télécopieur : _____ IND. RÉGIONAL + N°
Omnipraticien <input type="checkbox"/> Spécialiste <input type="checkbox"/> Précisez : _____	
Signature : _____	Date : _____