

# Preuve de décès

## Déclaration du médecin

Le certificat médical est conforme aux recommandations de l'Assemblée mondiale de la santé, formulées à Genève le 24 juillet 1948. Ledit certificat est reconnu dans tous les États des États-Unis et dans toutes les provinces du Canada. Afin d'obtenir des statistiques démographiques précises, nous vous prions de vous conformer à la liste internationale des causes de décès.

**Sauf interdiction par la loi, le demandeur prend à sa charge les frais encourus afin d'obtenir les renseignements suivants.**

### Partie 1 – Renseignements relatifs au défunt

Nom complet du défunt

Date du décès (jj/mm/aaaa)

Âge à la date du décès

Lieu de résidence au moment du décès

Lieu du décès (nom de l'hôpital ou de l'établissement, le cas échéant)

### Partie 2 – Renseignements relatifs au décès

#### 1. Cause du décès – N'inscrire qu'une cause pour chaque lettre (A, B et C)

**A.** Maladie ou facteur directement responsable du décès : (il ne s'agit pas de la façon de mourir, comme une insuffisance cardiaque ou une asthénie, mais plutôt de la maladie, de la blessure ou de la complication responsable du décès.)

**INTERVALLE ENTRE LE DÉBUT ET LE DÉCÈS**

#### 2. Causes antérieures (Facteurs de morbidité, le cas échéant dont découle la cause du décès indiquée à A ; indiquer la cause principale en dernier)

**B.** Attribuable à :

**INTERVALLE ENTRE LE DÉBUT ET LE DÉCÈS**

**C.** Attribuable à :

#### 3. Autres facteurs importants : (contribuant au décès, mais sans rapport avec la maladie ou le facteur responsable du décès.)

#### 4. Si le décès résulte d'un accident, d'un suicide ou d'un homicide, veuillez préciser duquel il s'agit :

5. A-t-on mené une enquête ?  OUI  NON

6. A-t-on fait une autopsie ?  OUI  NON. Si « OUI » qui l'a fait et quels sont les résultats ?

## Preuve de décès – Déclaration du médecin

### Partie 3 – Renseignements relatifs aux traitements

Date de la première visite lors de la dernière maladie (jj/mm/aaaa)

Date de la dernière visite lors de la dernière maladie (jj/mm/aaaa)

Depuis combien de temps connaissez-vous le défunt ?

1. Avez-vous traité ou conseillé le défunt au cours des 3 années précédant la dernière maladie ?  OUI  NON
2. À votre connaissance, le défunt a-t-il reçu des soins au cours des 3 dernières années d'un autre médecin ou dans un autre hôpital ou établissement ?  OUI  NON

Nom

Adresse (incluant le numéro municipal, le nom de la rue, la ville, la province et le code postal)

Nature de la maladie ou de la blessure

Dates

3. Le défunt était-il informé de la nature de sa maladie ?  OUI  NON

Si «OUI», quand ? (jj/mm/aaaa)

### Partie 4 – Renseignements relatifs au médecin

Signature du médecin

M.D.

Date (jj/mm/aaaa)

Adresse (incluant le numéro municipal, le nom de la rue, la ville, la province et le code postal)