



Gestion confiée au
Bureau de la statistique du Québec

Bien vouloir remplir le formulaire en lettres moulées avec un stylo ou à la machine à écrire. Appuyer fortement. Ne pas écrire dans les espaces ombrés.

LIEU DU DÉCÈS

1. Nom de l'établissement où a eu lieu le décès	2. Code d'établissement
3. Adresse de l'endroit où a eu lieu le décès (n°, rue, municipalité, province ou pays)	Code postal

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE (Inscrire le nom de famille et le(s) prénom(s) selon l'acte de naissance)

4. Nom de famille	6. N° d'assurance-maladie
5. Prénom usuel	7. Date de naissance Année Mois Jour
8. Âge au décès Si âgé(e) de plus d'un an : An(s) Mois Jour Si âgé(e) de moins d'un an : Mois Jour Si âgé(e) de moins de 24 heures : Heures Minutes	Si âgé(e) de moins de 7 jours, donner le poids à la naissance : Grammes
9. État matrimonial 1 <input type="checkbox"/> Célibataire (jamais marié(e)) 2 <input type="checkbox"/> Marié(e) 3 <input type="checkbox"/> Veuf(ve) 4 <input type="checkbox"/> Divorcé(e) 5 <input type="checkbox"/> Séparé(e) légalement	10. Nom du(de la) conjoint(e) de la personne décédée
11. Si la personne décédée était mariée, indiquer l'âge de son(sa) conjoint(e)	13. Langue d'usage à la maison 01 <input type="checkbox"/> Français 02 <input type="checkbox"/> Anglais Autre
12. Lieu de naissance (province ou pays)	14. Adresse du domicile de la personne décédée (n°, rue, municipalité, province ou pays) Code postal
15. Nom de famille de la mère (selon l'acte de naissance)	16. Prénom usuel de la mère
17. Nom de famille du père	18. Prénom usuel du père

CERTIFICATION MÉDICALE DU DÉCÈS

19. Date et heure du décès Année Mois Jour Heures Minutes	20. Sexe de la personne décédée 1 <input type="checkbox"/> Masculin 2 <input type="checkbox"/> Féminin 9 <input type="checkbox"/> Indéterminé	21. Avis au coroner (voir l'aide-mémoire au verso de la copie 1) 1 <input type="checkbox"/> Oui 2 <input type="checkbox"/> Non
22. Causes du décès 1. Maladie ou affection morbide ayant directement provoqué le décès Antécédents, Affections morbides ayant éventuellement conduit à l'état précité, l'affection morbide initiale étant indiquée en dernier lieu 2. Autres états morbides importants ayant contribué au décès, mais sans rapport avec la maladie ou avec l'état morbide qui l'a provoqué a) due à (ou consécutive à) b) dues à (ou consécutives à) c) (cause initiale) * Il ne s'agit pas ici du mode de décès, par exemple: défaillance cardiaque, syncope, etc., mais de la maladie, du traumatisme ou de la complication qui a entraîné la mort.		
23. Y a-t-il eu autopsie? 1 <input type="checkbox"/> Oui 2 <input type="checkbox"/> Non Si oui, la certification de la cause du décès tient-elle compte de l'information fournie par l'autopsie? 1 <input type="checkbox"/> Oui 2 <input type="checkbox"/> Non		
24. Présence de radio-isotopes 1 <input type="checkbox"/> Oui 2 <input type="checkbox"/> Non		
25. S'il s'agit d'une femme, le décès est-il survenu au cours d'une grossesse ou dans les 42 jours? 1 <input type="checkbox"/> Oui 2 <input type="checkbox"/> Non		
26. Personne décédée atteinte d'une maladie à déclaration obligatoire 1 <input type="checkbox"/> Oui 2 <input type="checkbox"/> Non Préciser		
27. Si mort violente, cocher À DES FINS STATISTIQUES SEULEMENT <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Suicide <input type="checkbox"/> Homicide		
28. Lieu (ferme, usine, etc.) et circonstances (noyade, strangulation, etc.)		
29. Qualité de l'auteur de la certification médicale 1 <input type="checkbox"/> Médecin 4 <input type="checkbox"/> Coroner <input type="checkbox"/> Autre		
30. Nom de famille et prénom usuel de l'auteur de la certification médicale		
31. N° de tél. où l'auteur peut être rejoint Indicatif régional		
32. Adresse (n°, rue, municipalité, province) Code postal		
J'ai rédigé au meilleur de ma connaissance les causes et les circonstances du décès de cette personne. Les renseignements colligés sont transmis au Bureau de la statistique du Québec, au ministère de la Santé et des Services sociaux, au directeur de funérailles et au directeur de l'état civil. Les renseignements transmis sont soumis aux conditions de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, sauf en ce qui concerne le directeur de l'état civil qui n'est pas assujéti à cette loi. Les conditions sont énumérées au verso de la page 2.		
X 33. Signature de l'auteur de la certification médicale		
34. Date de la signature		
35. Si médecin, n° de permis de la Corp. des médecins		

DISPOSITION DU CORPS / DIRECTEUR DE FUNÉRAILLES

36. Mode de disposition 1 <input type="checkbox"/> Inhumation 2 <input type="checkbox"/> Crémation 3 <input type="checkbox"/> Étude de l'anatomie 4 <input type="checkbox"/> Transport à l'extérieur du Québec	37. Nom de la maison funéraire	38. N° de permis (dir. de funérailles)
40. Date de la prise en charge Année Mois Jour	39. Adresse de la maison funéraire (n°, rue, municipalité, province ou pays) Code postal	42. Signature du représentant X
41. Nom et prénom du représentant de la maison funéraire		

• SP-3 (93-10)

3-0000000

BUREAU DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC