

Gestion confiée au  
Bureau de la statistique du Québec

**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 : Si âgé(e) de moins de 24 heures : Heure(s) Minute(s) Si âgé(e) de moins de 7 jours, donner le poids à la naissance : Grammes	
9. État matrimonial Célibataire 1 <input type="checkbox"/> (jamais marié(e)) 4 <input type="checkbox"/> Divorcé(e) 2 <input type="checkbox"/> Marié(e) 5 <input type="checkbox"/> Séparé(e) légalement 3 <input type="checkbox"/> Veuf(ve)	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)
	12. Lieu de naissance (province ou pays)
	13. Langue d'usage à la maison 01 <input type="checkbox"/> Français 02 <input type="checkbox"/> Anglais Autre
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 Heure(s) Minute(s)	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 * 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.		
Intervalles approximatifs entre le début étiologique et le décès ▼		
a) due à (ou consécutive à)		
b) dues à (ou consécutives à)		
c) (cause initiale)		
Ne pas écrire dans cet espace		
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
27. Si mort violente, cocher À DES FINS STATISTIQUES SEULEMENT <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Suicide <input type="checkbox"/> Homicide		26. Personne décédée atteinte d'une maladie à déclaration obligatoire 1 <input type="checkbox"/> Oui 2 <input type="checkbox"/> Non Préciser _____
29. Qualité de l'auteur de la certification médicale 1 <input type="checkbox"/> Médecin 4 <input type="checkbox"/> Coroner <input type="checkbox"/> Autre		28. Lieu (ferme, usine, etc.) et circonstances (noyade, strangulation, etc.)
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 3 <input type="checkbox"/> Étude de l'anatomie 2 <input type="checkbox"/> Crémation 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
41. Nom et prénom du représentant de la maison funéraire	42. Signature du représentant X	

• SP-3 (93-10)

3-0000000

DOSSIER MÉDICAL OU DOSSIER DU CORONER