

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 : Année(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	11. Si la personne décédée était mariée, indiquer l'âge de son(s) conjoint(e)
9. État matrimonial 1 <input type="checkbox"/> Célibataire 2 <input type="checkbox"/> (jamais marié(e)) 3 <input type="checkbox"/> Divorcé(e) 4 <input type="checkbox"/> Marié(e) 5 <input type="checkbox"/> Séparé(e) légalement 6 <input type="checkbox"/> Veuf(ve)	10. Nom du(de la) conjoint(e) de la personne décédée
12. Lieu de naissance (province ou pays)	13. Langue d'usage à la maison 01 <input type="checkbox"/> Française 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 Intervalle approximatif entre le début étiologique et le 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, syncube, etc., mais de la maladie, du traumatisme ou de la complication qui a entraîné la mort.		

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	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 9 <input type="checkbox"/> Coroner <input type="checkbox"/> Autre	30. Nom de famille et prénom usuel de l'auteur de la certification médicale		
32. Adresse (n°, rue, municipalité, province ou pays)			31. N° de tél. où l'auteur peut être rejoint Indicatif régional	
			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. Ces 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. Étude de l'anatomie 3 <input type="checkbox"/> Transport à l'extérieur du Québec 4 <input type="checkbox"/>	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	