



Déclaration de mortinaissance

Gestion confiée au
Bureau de la statistique du Québec

Veuillez remplir cette déclaration à la machine ou en lettres moulées.
Ne pas écrire dans les espaces ombrés. Appuyer fortement.

Lieu de l'accouchement

1- Nom du centre hospitalier où a eu lieu l'accouchement Code d'établissement

2- Adresse de l'endroit où a eu lieu l'accouchement (N°, rue, municipalité, comté, province ou pays étranger)

Identification des parents

3- Nom du père (si le père est inconnu, cocher (X) ici et vous reporter à la question 9) 4- Prénom(s)

6- Date de naissance du père (Année Mois Jour) 7- Lieu de naissance du père (province ou pays étranger) 8- Langue maternelle du père (01 Français 02 Anglais Autre)

9- Nom de la mère (selon l'acte de naissance) 10- Prénom(s)

12- Date de naissance de la mère (Année Mois Jour) 13- Lieu de naissance de la mère (province ou pays étranger) 14- Langue maternelle de la mère (01 Français 02 Anglais Autre)

15- Adresse du domicile de la mère (N°, rue, municipalité, comté, province ou pays étranger) Code postal

16- Langue d'usage à la maison (01 Française 02 Anglaise Autre) 17- État civil de la mère (1 Célibataire (jamais mariée) 2 Mariée et vivant avec son conjoint 3 Veuve 4 Divorcée 5 Séparée légalement 6 Séparée sans séparation légale) 17a- Situation de couple (1 Vivant en situation de couple 2 Ne vivant pas en situation de couple) 18- Nombre d'années de scolarité de la mère

19- Nombre d'enfants nés de grossesses antérieures (exclure la présente grossesse) (Nés vivants Mort-nés (500 grammes et plus)) 20- Dernière naissance vivante (Année Mois Jour) 21- Dernier mariage (à l'âge de) (Année Mois Jour)

Signature de la mère ou du père

Je confirme l'exactitude des renseignements ci-dessus. 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 responsable de l'inhumation et de la crémation. 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. Les conditions sont énumérées au verso de la copie 2.

21a- Date de la signature (Année Mois Jour) 21b- Signature de la mère ou du père

Constat médical

22- Date de l'accouchement (Année Mois Jour) 23- Type d'accouchement (01 Simple 02 Double Autre (préciser)) 24- En cas d'accouchement multiple, donner l'ordre de naissance (1er 2e 3e Autre (préciser))

25- Sexe du mort-né (1 Masculin 2 Féminin 9 Indéterminé) 26- Poids à l'accouchement (grammes) 27- Durée de la grossesse (semaines complètes)

28- Causes de la mortinaissance

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

a) due à (ou consécutives à) _____
b) dues à (ou consécutives à) _____
c) (cause initiale) _____

2. Autres états morbides importants ayant contribué au décès, mais sans rapport avec la maladie ou avec l'état morbide qui l'a provoqué _____

29- Indiquer quelle est, à votre avis, la cause initiale de la mortinaissance. Cocher (X) une case seulement

Malformation congénitale* Malnutrition foetale Traumatisme ou asphyxie obstétricale*
 Infection* Hémorragie ante-partum Autre*
 Érythroblastose *Préciser _____

30- Y-a-t-il eu autopsie? (1 Oui 2 Non)
Si oui, la certification de la cause du décès tient-elle compte de l'information fournie par l'autopsie? (1 Oui 2 Non)

31- Nom et prénom du déclarant 32- Qualité du déclarant (1 Médecin 2 Infirmière Autre (préciser)) 33- Date de la signature (Année Mois Jour)

34- Signature du déclarant. J'ai rédigé au meilleur de ma connaissance les causes et les circonstances de cette mortinaissance. N° de permis (Corp. des médecins)

Disposition du corps / Directeur de funérailles

35- Mode de disposition (1 Inhumation 2 Crémation 3 Étude de l'anatomie 4 Transport à l'extérieur du Québec) 36- Nom de la maison funéraire ou du centre hospitalier N° de permis (Directeur de funérailles)

37- Adresse de la maison funéraire (N°, rue, municipalité, comté, province ou pays étranger) 40- Signature du représentant

38- Date de la prise en charge (Année Mois Jour) 39- Nom et prénom du représentant du directeur de funérailles