



# Attestation d'une déclaration de mortinaissance

Gestion confiée au  
Bureau de la statistique du Québec

Veillez 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 7- Lieu de naissance du père (province ou pays étranger) 8- Langue maternelle du père

Année Mois Jour 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 13- Lieu de naissance de la mère (province ou pays étranger) 14- Langue maternelle de la mère

Année Mois Jour 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 17- État civil de la mère 17a- Situation de couple 18- Nombre d'années de scolarité de la mère

01  Français 1  Célibataire (jamais mariée) 4  Divorcée 1  Vivant en situation de couple 2  Ne vivant pas en situation de couple

02  Anglais 2  Mariée et vivant avec son conjoint 5  Séparée légalement

Autre \_\_\_\_\_ 3  Veuve 6  Séparée sans séparation légale

19- Nombre d'enfants nés de grossesses antérieures (exclure la présente grossesse) 20- Dernière naissance vivante 21- Dernier mariage (à quel lieu)

Nés vivants \_\_\_\_\_ Mort-nés (500 grammes et plus) \_\_\_\_\_ Année Mois Jour 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 21b- Signature de la mère ou du père

Année Mois Jour X

**Constat médical**

22- Date de l'accouchement 23- Type d'accouchement 24- En cas d'accouchement multiple, donner l'ordre de naissance

Année Mois Jour 01  Simple 02  Double Autre (préciser) \_\_\_\_\_ 1er  2e  3e Autre (préciser) \_\_\_\_\_

25- Sexe du mort-né 26- Poids à l'accouchement 27- Durée de la grossesse

1  Masculin 2  Féminin 9  Indéterminé \_\_\_\_\_ grammes \_\_\_\_\_ semaines complètes

28- Causes de la mortinaissance

1. Maladie ou affection morbide ayant directement provoqué le décès a) \_\_\_\_\_ due à (ou consécutives à)

Antécédents. Affections morbides ayant éventuellement conduit à l'état précité, l'affection morbide initiale étant indiquée en dernier lieu 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 30- Y-a-t-il eu autopsie?

Malformation congénitale\*  Malnutrition foetale  Traumatisme ou asphyxie obstétricale\* 1  Oui 2  Non

Infection\*  Hémorragie ante-partum  Autre\* Si oui, la certification de la cause du décès tient-elle compte de l'information fournie par l'autopsie?

Érythroblastose \*Préciser \_\_\_\_\_ 1  Oui 2  Non

31- Nom et prénom du déclarant 32- Qualité du déclarant 33- Date de la signature

1  Médecin 2  Infirmière Autre (préciser) \_\_\_\_\_ 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)

X

**Disposition du corps / Directeur de funérailles**

35- Mode de disposition 3  Étude de l'anatomie 36- Nom de la maison funéraire ou du centre hospitalier N° de permis (Directeur de funérailles)

1  Inhumation 2  Crémation 4  Transport à l'extérieur du Québec

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

X

38- Date de la prise en charge 39- Nom et prénom du représentant du directeur de funérailles

Année Mois Jour Année Mois Jour