



Attestation d'une 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)

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

10- Prénom(s)

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

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

Année Mois Jour 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 26- Poids à l'accouchement

1 Masculin 2 Féminin 9 Indéterminé grammes

27- Durée de la grossesse semaines complètes

28- Causes de la mortinaissance

1. Maladie ou affection morbide ayant directement provoqué le décès

a) due à (ou consécutive 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

Malformation congénitale* Malnutrition foetale Traumatisme ou asphyxie obstétricale*

Infection* Hémorragie ante-partum Autre*

*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 N° de permis (Corp. des médecins)

Année Mois Jour X

Disposition du corps / Directeur de funérailles

35- Mode de disposition 36- Nom de la maison funéraire ou du centre hospitalier

1 Inhumation 2 Crémation 3 Étude de l'anatomie 4 Transport à l'extérieur du Québec N° de permis (Directeur de funérailles)

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