

VOLET A

DECLARATION DE DECES D'UNE PERSONNE AGEE D'UN AN OU PLUS

(Volet à remplir par le médecin et à conserver par l'administration communale)

Nom et prénom du décédé

BINARD CLAUDINE GHISLAINE

Epoux(se) ou veuf(ve) de

Résidence habituelle : commune

CHATELINEAU

rue, no.

RUE GENDEBIEN, 228

Date (JJMMAAAA) et heure (HHMM) du décès

31 / 01 / 2014 10 h 09 m

Adresse du décès : commune

CHATELINEAU

rue, no.

RUE GENDEBIEN, 228

Numéro de l'acte au registre des décès

Sexe du décédé

 • masculin • féminin • indéterminé

Obstacle médico-légal

à l'inhumation ou à la crémation (1)

 oui nonObstacle au
don du corps (2) oui nonObligation de mise immédiate :
• en cercueil hermétique (3) oui nonObstacle à la pratique éventuelle
des opérations suivantes:
• crémation (4) oui non

• soins de conservation (5)

 oui non

• transport avant la mise en bière (6)

 oui nonRisques d'exposition
aux radiations ionisantes (3) oui non

Le docteur en médecine, soussigné, (nom, prénom et no. d'inscription à l'Ordre des Médecins ou no. INAMI)

Dr NGOGANG-ROGER, 15885135800

certifie avoir constaté le décès de la personne désignée ci-dessus le 31/01/14 à 10h23 heure.

Signature et cachet du médecin

Dr NGOGANG-ROGER
15885135800

(1) Décès par cause externe, certaine ou probable (accident, suicide, homicide).

(2) Le défunt présente un risque de contamination visé sous le n° (3).

(3) A. le défunt présente une des maladies contagieuses suivantes: charbon, choléra, peste, fièvre, hémorragique virale, variole, et autres orthopox virozes;

B. le défunt présente un risque de contamination radioactive (cfr. A.R. du 28 février 1963 - M.B. 16 mai 1963 - art. 69.4, art. 69.7 et art. 3).

(4) Les prothèses fonctionnant au moyen d'une pile au lithium ainsi que toute autre prothèse renfermant des radio-éléments doivent être enlevées avant la crémation.

(5) - cfr (2) et (3);

- mauvais état du corps (putréfaction ou corps décheté);

- certitude ou suspicion de décès par cause externe.

(6) cfr (2) et (3).

(Volet à remplir par le **médecin**, à vérifier par l'administration communale
et à envoyer au médecin fonctionnaire responsable)

1. Date et heure du décès

• date (JJMMAAAA)

31 / 01 / 2014

• heure (HHMM)

10 h 09 m

2. Lieu de décès



• maison privée



• voie publique



• institution hospitalière



• lieu de travail



• maison de repos



• autres, précisez.....

3. Sexe du décédé



• masculin



• féminin



• indéterminé

VOLET C

DECES D'UNE PERSONNE AGEE D'UN AN OU PLUS

(Volet à remplir et à mettre sous enveloppe scellée par le médecin)

1. Type de décès

- cause naturelle
- accident de la circulation
- autre accident
- suicide
- homicide
- sous investigation
- n'a pu être déterminé

2. Si le décès n'est pas dû à une cause naturelle, décrivez les circonstances

Réservé

[] [] [] [] [] []

3. En cas d'accident

3.1 Lieu de l'accident

- voie publique
- domicile
- autres, précisez
- lieu de travail (ou école pour enfants)
- ne sait pas

3.2 Date et heure de l'accident (JJMMAAAA)

• date (JJMMAAAA) [] [] / [] [] / [] [] [] []

• heure (HHMM) [] [] h [] [] m

4. Cause du décès (1)

Délag (2)

I. Maladie ou affection morbide ayant directement provoqué le décès

Enchaînement des phénomènes morbides qui ont conduit à la cause immédiate de décès citée en a). L'affection morbide à l'origine de l'enchaînement est indiquée en dernier lieu "cause initiale"

- a) *Mort subite*
- conséquence de :
- b) *Sectionnée examinée dans*
- conséquence de : *sa maison*
- c) *infarctus myocardique*
- conséquence de : *DDT trouble du rythme*
- d) *AVC Hépatique ?*

II. Causes associées

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

- e) *Alzheimer*
- f) *Une seule*
- g) *DEG*

(1) Il ne s'agit pas ici du mode de décès, par exemple: défaillance cardiaque, syncope, etc., mais de la maladie ou traumatisme ou de la complication qui a entraîné la mort. Prière de ne faire figurer qu'une cause par ligne.
 (2) Délai approximatif entre le début du processus morbide et le décès (précisez s'il y a lieu en minutes, heures, semaines ou mois, ...)

Réservé

a) [] [] [] [] [] b) [] [] [] [] [] c) [] [] [] [] [] d) [] [] [] [] []

e) [] [] [] [] [] f) [] [] [] [] [] g) [] [] [] [] []

5. Si la personne décédée est une femme, a-t-elle eu, dans l'année précédant son décès:

5.1 une grossesse

- oui
- non
- ne sait pas

5.2 un accouchement

- oui
- non
- ne sait pas

6. Autopsie/examens complémentaires

- oui, en cours
- oui, prévue
- non
- ne sait pas

7. Le médecin signataire était-il impliqué dans le traitement du décédé ?

- oui
- non

No. dossier médical

Identification du médecin

• No. INAMI *15885135800*

• date (JJMMAAAA) *31 / 01 / 2014*

nom, prénom signature cachet

DU NGOBANG Roger 15885135800

[Signature]