

**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: **B R A E M M A R C E L**

Epoux(se) ou veuf(ve) de: **N I C O L A Y R E N E E**

Résidence habituelle : commune: **G I I O M O N T I G N Y - L E - T I L L E U L**

rue, no.: **D E L A M O N T A G N E 1 8 3**

Date (JJMMAAAA) et heure (HHMM) du décès: **2 0 1 0 2 1 2 0 1 4 1 9 h 1 0 m**

Adresse du décès : commune: **G I I O M O N T I G N Y - L E - T I L L E U L**

rue, no.: **D E G O Z E E 7 0 6**  
*MRS Guetula*

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     non

Obstacle au don du corps (2)     oui     non

Obligation de mise immédiate: en cercueil hermétique (3)     oui     non

Obstacle 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     non

Risques 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)

*Votquenne Guy*

certifie avoir constaté le décès de la personne désignée ci-dessus le **20/02/14** à **19** heure **10**

Signature et cachet du médecin

- (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 viroses;  
B. le défunt présente un risque de contamination radioactive (cfr. A.R. du 28 février 1963 - M.B. du 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 déchiqueté);  
- certitude ou suspicion de décès par cause externe.
- (6) cfr (2) et (3).

**DR GUY VOTQUENNE**  
Rue de Beaumont, 495  
6030 Marchienne-au-Pont  
Tel. 071 51 56 79  
INAMI 1-53448-06-004

(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)

20 / 02 / 2014

• heure (HHMM)

19 h 10 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)    2 / /

• heure (HHMM)    h m

**4. Cause du décès (1) Délai (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) ..... *Coronar de la prostate + metastases* ..... ± 2022.....  
 conséquence de : *généralisation*

b) .....  
 conséquence de : .....

c) .....  
 conséquence de : .....

d) .....

**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) ..... *hypertension artérielle chronique* ..... ± 1 an

f) ..... *Bronchopneumopathie chronique obstructive* ..... ± 2014

g) .....

(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

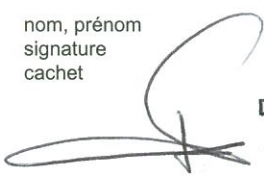
No. dossier médical .....

**Identification du médecin**

• No. INAMI ..... 15.3.22.8.06.007 .....

• date (JJMMAAAA)    20 / 02 / 2014

nom, prénom  
signature  
cachet



**Dr Guy VOTQUENNE**  
 Rue de Beaumont, 495  
 6030 Marchienne-au-Pont  
 Tel. 071 51 56 79  
 INAMI 1-53448-06-004