

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 PYFFEROEN GEORGES

Epoux(se) ou veuf(ve) de

Résidence habituelle : commune LODELINSART

rue, no. PONT DRION 7

Date (JJMMAAAA) et heure (HHMM) du décès 29 / 10 / 2014 05 h 10 m

Adresse du décès : commune LODELINSART 6042

rue, no. CHAUSSEE DE BRUXELLES 6

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)

DENEWET Nathalie 19624583018

certifie avoir constaté le décès de la personne désignée ci-dessus le 29/10/14 à 5h10 heure.

Signature et cachet du médecin

 Dr Deneuve Nathalie  
 service de Gériatrie ISPPC  
 Site A. Vésale  
 1-96245-83-018

(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 vireuses;

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 déchiqueté);

- 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)

29 / 10 / 2014

• heure (HHMM)

05 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       • homicide  
 • accident de la circulation       • sous investigation  
 • autre accident       • n'a pu être déterminé  
 • suicide

## 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       • lieu de travail (ou école pour enfants)  
 • domicile       • ne sait pas  
 • autres, précisez .....

## 3.2 Date et heure de l'accident (JJMMAAAA)

- date (JJMMAAAA)       /  /   
• 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) Choc septique  
conséquence de :  
b) MO pulmonaire généralisée  
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) .....  
f) .....  
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       • non  
 • oui, prévue       • 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 ..... 19624583 018  
• date (JJMMAAAA) ..... 29 / 10 / 2014

nom, prénom  
signature  
cachet

  
Dr Denewet Nathalie  
service de Gériatrie ISPPC  
Site A. Vésale  
1-96245-83-018