

**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 C O L L I G N O N

Epoux(se) ou veuf(ve) de A N N I E

Résidence habituelle : commune M A R C H I E N N E D O C H E R I E S

rue, no. P I E R R E B A U W E N S 1 1 8 / 2

Date (JJMMAAAA) et heure (HHMM) du décès 0 2 / 0 9 / 2 0 1 5 0 2 h 0 0 m

Adresse du décès : commune M A R C H I E N N E D O C H E R I E S

rue, no. P I E R R E B A U W E N S 1 1 8 / 2

Numéro de l'acte au registre des décès  

Sexe du décédé  
 masculin  féminin  indéterminé

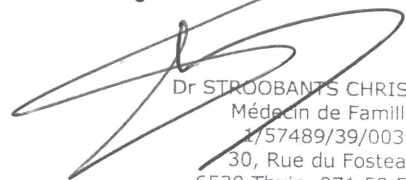


- Obstacle médico-légal à l'inhumation ou à la crémation (1)  oui  non
- Obstacle au don du corps (2)  oui  non
- Obligation de mise immédiate: en cercueil hermétique (3)  oui  non
- Obstacle à la pratique éventuelle des opérations suivantes:
- crémation (4)  oui  non
  - soins de conservation (5)  oui  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)  
STROOBANTS CHRISTOPHE 115/7489/39/003

certifie avoir constaté le décès de la personne désignée ci-dessus le 2/9/15 à 6h20 heure.

Signature et cachet du médecin

  
 Dr STROOBANTS CHRISTOPHE  
 Médecin de Famille  
 1/57489/39/003  
 30, Rue du Fosteu  
 6530 Thuin 071.59.51.80

- (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).

## VOLET B

## BULLETIN STATISTIQUE DE DECES D'UNE PERSONNE AGEE D'UN AN OU PLUS

(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)

02 / 09 / 2015

• heure (HHMM)

02 h 00 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) ..... LEVCEMIE MELOIDE CHRONIQUE  
 conséquence de : ..... ( STADE PALIATIF AU DOMICILE )  
 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) .....  
 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

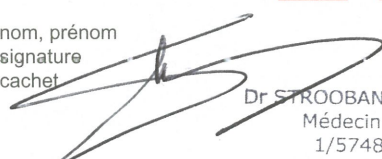
No. dossier médical .....

## Identification du médecin

• No. INAMI ..... 1) J. 7739 / 39 / 003 .....

• date (JJMMAAAA)

02 / 09 / 2015

nom, prénom  
signature  
cachet


Dr STROBANTS CHRISTOPHE  
 Médecin de Famille  
 1/57489/39/003  
 30, Rue du Fosteau  
 6530 Thuin 071.59.51.80