

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

QUINET JEAN-CLAUDE

Epoux(se) ou veuf(ve) de

CELIBATAIRE.

Résidence habituelle :

commune

6000 CHARLENOI

rue, no.

De MONTIGNY 38/037

Date (JJMMAAAA) et heure (HHMM) du décès

22/10/2015 13h00m

Adresse du décès :

commune

6000 CHARLENOI

rue, no.

De MONTIGNY 38/037

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

#12606
QUINET
JEAN-CLAUDE
ACTE DE DECES BELGE

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

GABRYS GEN-RANC

1/56153/17/009

certifie avoir constaté le décès de la personne désignée ci-dessus le 22/10/15 à 13h00 heure.

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 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 déchiqueté);
- certitude ou suspicion de décès par cause externe.
- (6) cfr (2) et (3).

Docteur GABRYS J-M
Rue Chet 198
6061 MONTIGNIES-SUR-SAMBRE
Tél.: 071.30.31.98 - Fax: 071.31.65.71
1.56153.17.004

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)

22 / 10 / 2015

• heure (HHMM)

13 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) *AVC cardio-vasculaire.*
conséquence de :
b) *AVC risque cardio-vasculaire*
conséquence de :
c) *AVC des artères coronaires*
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) *Bpco tabagique.* 2000.
f) *Avc cérébelleux* 2017.
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 *1/56153/17/004*• date (JJMMAAAA)

2	2	/	1	0	/	2	0	1	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

nom, prénom
signature
cachet

Docteur GABRYS J-M
Rue Chef 198
6061 MONTIGNIES-SUR-SAMBRE
Tél.: 071.39.31.98 - Fax: 071.31.88.71
1.56153.17.004