

VOLET A

DÉCLARATION DE DÉCÈS D'UNE PERSONNE AGÉE D'UN AN OU PLUS

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

Nom et prénom du décédé

RIZZI MIRELLA

Epoux(se) ou veuf(ve) de

Résidence habituelle:

commune

6200 CHATELET

rue, n°

DU BEAU-MOULIN, 7

Date (JJMMAAAA) et heure (HHMM) du décès

24/04/2023 04 h 00 m

Adresse du décès:

commune

6061 MONTIGNIES-SUR-SAMBRE

rue, n°

TRIEU KALSIN, 134

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#20449
RIZZI
MIRELLA
ACTE DE DECES BELGE

Le docteur en médecine, soussigné, (nom, prénom et n° d'inscription à l'Ordre des Médecins ou n° INAMI)

Dr KUKWIMBA KASONGO John n° 1-78553-24-000

certifie avoir constaté le décès de la personne désignée ci-dessus le 24-04-2023 à 4 heure 00

Signature et cachet du médecin

Dr K. KASONGO J
Service généraliste GHDC
1-78553-24-000

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

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

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

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)

24, 04, 2023

• heure (HHMM)

04h 00m

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



007792 - 3/3

VOLET C

DÉCES D'UNE PERSONNE AGÉE 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) Septicémie
conséquence de :
- b) Surinfection d'escarres de siège et de talon
conséquence de :
- c) Insuffisance rénale
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) AVC récent
- f) Fibrillation auriculaire
- g) Diabète de type II

(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 précédent 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

4543267

Identification du médecin

• No. INAMI 1-78553-24-000

• date (JJMMAAAA)

24 / 04 / 2023

nom, prénom
signature
cachet

Dr K. KABONGO
Service gériatrie GHDC
1-78553-24-000

