

CERTIFICAT MEDICAL DE DECES

REPUBLIQUE TUNISIENNE
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

Premier volet destiné aux Services d'Etat Civil
A remplir lisiblement par le médecin

RESERVE A LA COLLECTIVITE LOCALE
N° D'ACTE DU DECES

/ / / / /

NOM :

Prénoms :

C. I. N. (ou autre pièce d'identité) :

Adresse du lieu de résidence principal :
Rue :

Collectivité locale : Délégation : Gouvernorat :

Né (e) le : / / / / / à

Sexe : 1. M 2. F

Profession :

Etat matrimonial : 1. Célibataire 2. Marié (e)
3. Veuf (ve) 4. Divorcé (e)

Nationalité : 1. Tunisienne 2. Autre

Collectivité locale lieu de survenue du décès:
Collectivité locale : Délégation : Gouvernorat :

Le docteur en médecine soussigné, certifie que la mort de la personne désignée ci-contre, survenue le à heure est réelle et constante (voir 1 au verso).

Obstacle médico-légal à l'inhumation (voir 2 au verso)..... Oui Non
Obligation de mise en bière immédiate (voir 3 au verso)..... Oui Non

A le à heure*

Signature (Nom lisible) et Cachet (obligatoire) du médecin

N° d'inscription au Conseil National de l'Ordre des Médecins :

Lieu d'exercice du médecin :

S'agit-il du médecin traitant ? 1 Oui, 2 Non

Ce certificat a été délivré à la demande de la famille du défunt et rédigé selon les déclarations de..... titulaire de la C. I. N. n°.....

* : Heure du constat du décès

CERTIFICAT MEDICAL DE DECES

REPUBLIQUE TUNISIENNE
MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Feuille destinée aux services du Ministère de la Santé Publique

N° D'ACTE DU DECES

/ / / / /

Le docteur en médecine soussigné, certifie que la mort est survenue le .../.../... à ... heure (voir 1 au verso).

Obstacle médico-légal à l'inhumation (voir 2 au verso)..... Oui Non
Obligation de mise en bière immédiate (voir 3 au verso)..... Oui Non

A le à heure*

Signature : (Non lisible) et Cachet (obligatoire) du médecin

Collectivité locale : Délégation : Gouvernorat :

Né (e) le : / / à

Sexe : 1. M 2. F

Profession :

Etat matrimonial : 1. Célibataire 2. Marié (e)
3. Veuf (ve) 4. Divorcé (e)

Nationalité : 1. Tunisienne 2. Autre

Collectivité locale lieu de survenue de décès :

Collectivité locale : Délégation : Gouvernorat :

N° d'inscription au Conseil National de l'Ordre des Médecins :

Lieu d'exercice du médecin :

S'agit-il du médecin traitant ? 1. Oui, 2. Non

Ce certificat a été délivré à la demande de la famille ou défunt et rédigé selon les déclarations de titulaire de la C. I. N. n°

* : Heure du constat du décès

Deuxième volet destiné aux services du Ministère de la Santé Publique
Renseignements confidentiels et anonymes
A remplir lisiblement et à clore par le médecin

Cause(s) du décès (voir exemples au verso)

PARTIE I : Maladie(s) ou affection(s) morbide(s) ayant directement provoqué le décès*
La dernière ligne remplie doit correspondre à la cause initiale.

Inter-alle entre le début du processus morbide et le décès (heures, jours, mois ou ans).

a : _____

due à ou consécutive à : b : _____

due à ou consécutive à : c : _____

due à ou consécutive à : d : _____

* Il s'agit de la maladie, du traumatisme, de la complication ayant entraîné la mort (et non du mode de décès, ex : syncope, arrêt cardiaque...)

PARTIE II : Autres états morbides, facteurs ou états physiologiques (grossesse...) ayant contribué au décès, mais non mentionnés en Partie I.

Informations complémentaires

Le décès est-il survenu pendant une grossesse (à déclarer, même si cet état n'a pas continué à la mort) ou moins d'un an après ? 1. Oui 2. Non
Dans ce dernier cas, intervalle entre la fin de cette grossesse et le décès : mois jours

En cas d'accident, préciser le lieu exact de survenue (voie publique, domicile...) S'agit-il d'un accident du travail (ou présumé tel) ?
1. Oui 2. Non 3. Sans précision

Autopsie : une autopsie a-t-elle été ou sera-t-elle pratiquée ?

1. Non 2. Oui et le résultat est disponible

3. Oui mais le résultat est non disponible

Lieu de décès :

1. Domicile 2. Institution 3. Voie publique

4. Hôpital 5. Clinique privée 6. Autre lieu

lequel ? laquelle ? lequel ?

