

Nom de famille de l'employé		Prénom de l'employé	
N° de contrat/de groupe	N° de compte/de division	Catégorie	N° d'identification/de certificat



Les honoraires que le médecin pourrait exiger pour remplir ce formulaire sont à la charge du réclamant.

A. Information concernant la personne décédée

Nom de famille	Prénom	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)
----------------	--------	--------------------------------

B. Déclaration du médecin

Date du décès (AAAA-MM-JJ)	Lieu du décès
----------------------------	---------------

Résidence au décès - N°, rue

Ville	Province	Code postal
-------	----------	-------------

Si la personne est décédée dans un hôpital ou une autre institution, veuillez en indiquer le nom :

	Âge au décès
--	--------------

1. Maladie ou état morbide ayant directement provoqué le décès (Il ne s'agit pas ici du mode de décès, ex. défaillance cardiaque, syncope, etc., mais de la maladie, de la lésion ou de la complication qui a entraîné le décès):	Intervalle entre le début étiologique et le décès
---	---

2. Causes antécédentes (ayant, le cas échéant, conduit à l'état précité) provoquées par ou consécutives à:	
a)	
b)	

3. Autres états morbides importants (ayant contribué au décès mais sans rapport avec la maladie ou l'état morbide qui l'a provoqué):	
--	--

4. Date des premiers soins pour la dernière maladie (AAAA-MM-JJ)	5. Date des derniers soins pour la dernière maladie (AAAA-MM-JJ)	6. Date du diagnostic (AAAA-MM-JJ)	7. Quand la personne décédée a-t-elle été informée pour la 1 ^{re} fois de cette maladie? (AAAA-MM-JJ)
--	--	------------------------------------	--

8. Le décès est-il dû à un : <input type="checkbox"/> accident <input type="checkbox"/> suicide <input type="checkbox"/> homicide	Veuillez décrire brièvement:
--	------------------------------

9. Y a-t-il eu enquête? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, veuillez indiquer par qui et donner les constatations:
--	--

10. Y a-t-il eu autopsie? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, veuillez indiquer par qui et donner les constatations:
--	--

11. Avez-vous traité la personne décédée ou vous a-t-elle consulté au cours des 5 années précédant la dernière maladie? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, veuillez fournir les renseignements suivants:
--

Nature de la maladie ou lésion	Hôpital ou institution	Adresse	Date (AAAA-MM-JJ)

12. À votre connaissance, au cours des 5 dernières années de sa vie, la personne décédée a-t-elle été traitée par d'autres médecins ou soignée dans un hôpital ou une autre institution? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, veuillez fournir les renseignements suivants:

Nature de la maladie ou lésion	Médecin, hôpital ou institution	Adresse	Date (AAAA-MM-JJ)

13. La personne décédée a-t-elle déjà fait usage de tabac sous une forme quelconque? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, pendant combien d'années?

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

Nom, prénom	N° de téléphone à 10 chiffres
-------------	-------------------------------

N° de permis d'exercice	N° de télécopieur à 10 chiffres
-------------------------	---------------------------------

Omnipraticien
 Spécialiste Précisez: _____

X _____
Signature

Date (AAAA-MM-JJ)