

 Les frais pour remplir cette demande sont assumés par le demandeur

A. Identification

Nom de la personne décédée	Prénom	Date du décès (AAAA-MM-JJ)	Lieu du décès
Adresse au décès - N°, rue, app.		Ville	Province
			Code postal

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

Âge au décès **ou** date de naissance (AAAA-MM-JJ)

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

b) Y a-t-il un lien entre le décès et le syndrome d'immunodéficience acquise? Oui Non

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 1re fois de cette maladie? (AAAA-MM-JJ)
------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------

8. Le décès est-il dû à : un accident? un suicide? un homicide? Veuillez décrire brièvement :

9. Y a-t-il eu enquête? Oui Non Si **oui**, veuillez indiquer par qui et donner les constatations :

10. Y a-t-il eu autopsie? Oui 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 dernières années précédant la dernière maladie? Oui Non

Si **oui**, veuillez fournir les renseignements suivants :

Nature de la maladie ou lésion	Hôpital ou institution	Adresse	Date

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? Oui Non Si **oui**, veuillez fournir les renseignements suivants :

Nature de la maladie ou lésion	Médecin, hôpital ou institution	Adresse	Date

13. La personne décédée a-t-elle déjà fait usage de tabac sous une forme quelconque? Oui Non

14. Quand avait-elle commencé à fumer (AAAA-MM-JJ)?

15. Quand avait-elle cessé à fumer (AAAA-MM-JJ)?

16. Indiquez les périodes d'interruption :

C. Identification du médecin

Nom

Prénom

Numéro de permis d'exercer

Adresse au décès - N°, rue, app.

Ville

Province

Code postal

Numéro de téléphone à 10 chiffres

Numéro de télécopieur à 10 chiffres

Spécialité

X

Signature

Date (AAAA-MM-JJ)