

SOUS-DIRECTION SANTE

Saint-Étienne, le 02 juillet 2025

N/Réf : SD-SAN/PRE/2025
Affaire suivie par : CCD Pascal ROLLE
☎ : 04 77 91 08 96
Courriel : p.rolle@sdis42.fr

**NOTE D'APPLICATION N°02-25
CONSTATATION ET ETABLISSEMENT CERTIFICAT DE DECES PAR UN ISP**

OBJET : Constatation et établissement d'un certificat de décès par un ISP.

DATE D'APPLICATION : Dès la parution de la note de service

RÉSUMÉ : Après l'expérimentation permettant à un infirmier SP de procéder à la constatation d'un décès dans certaines conditions ainsi que la rédaction du certificat de décès afférent, la parution de 2 décrets ainsi que d'un arrêté en date du 22 avril 2025, permet d'une manière définitive à un infirmier de signer un certificat de décès en respectant les conditions requises.

Cette procédure vise à assurer les bonnes pratiques relevant de l'examen clinique de la victime, de l'environnement et de la rédaction du certificat de décès. Cette procédure tient compte de la note de la DGSCGC du 23 juillet 2024 concernant la participation des ISP à l'expérimentation de la rédaction des certificats de décès.

TEXTE(S) DE RÉFÉRENCE :

- Décret n° 2025-370 du 22 avril 2025 relatif à l'établissement des certificats de décès
- Décret n° 2025-371 du 22 avril 2025 relatif aux conditions de l'établissement des certificats de décès par les infirmiers diplômés d'Etat
- Arrêté du 22 avril 2025 relatif à la formation délivrée aux infirmiers diplômés d'Etat pour l'établissement d'un certificat de décès dans le cadre de l'article 56 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025.

ANNEXES :

1. Fiche de traçabilité de la constatation d'un décès.
2. Logigramme CDA VSSUAP pour l'engagement d'un ISP habilité à l'établissement d'un certificat de décès.
3. Logigramme ISP pour l'engagement d'un ISP habilité à l'établissement d'un certificat de décès.

I. QUI PEUT CONSTATER LE DECES

Pour pouvoir constater un décès et signer le certificat, l'ISP doit remplir les conditions suivantes :

- Etre volontaire pour le faire
- Etre titulaire du diplôme d'Etat depuis au moins 3 ans
- Avoir validé la formation spécifique mentionnée à l'article D.2213-1-1-5 du CGCT
- Etre inscrit sur la liste mentionnée à l'article D.2213-1-1-6 du CGCT.

L'ISP pourra établir un certificat de décès en respectant les critères d'inclusion ci-dessous :

CRITERES D'INCLUSION

Si les quatre critères ne sont pas présents, le certificat ne peut pas être réalisé

- La victime doit être majeure (âge > 18 ans).
- Le décès doit être d'origine naturelle (mort physiologique naturelle, fin de vie attendue, soins palliatifs).
- La mort doit être d'origine non violente (critères d'exclusion : accidents, suicide, contexte de mort suspecte).
- Le décès doit avoir lieu au domicile ou en EHPAD.

II. CONTEXTE OPERATIONNEL

Seule une intervention conjointe à une mission de secours peut conduire à la constatation et l'établissement d'un certificat de décès.

Deux situations sont envisageables :

- Les secours SP ont procédé à une RCP qui a été suspendue par le médecin régulateur indiquant que la victime est décédée.

Le décès a été déclaré à distance par le médecin régulateur.

- La victime est retrouvée en arrêt-cardio respiratoire à son domicile avec des signes négatifs de vie et des signes positifs de mort dans un contexte non suspect et non violent (fin de vie) sans qu'une RCP n'ait été débutée.

La prise en charge forfaitaire des frais prévue par l'arrêté du 06 décembre 2023 n'est pas ouverte aux ISP ayant établi un certificat de décès à l'occasion de leur participation à une opération de secours (note DGSCGC du 23 juillet 2024).

III. CRITERES EVOCATEURS DE DECES

SIGNES NEGATIFS DE VIE	SIGNES POSITIFS DE MORT
<ul style="list-style-type: none">▶▶ Absence de pouls▶▶ Absence de respiration▶▶ Absence de conscience, réflexes et mouvements	<ul style="list-style-type: none">▶▶ Rigidité cadavérique▶▶ Lividités cadavériques▶▶ Refroidissement du corps▶▶ Putréfaction, tâche verte abdominale

Ces signes sont recherchés par l'ISP lors de l'examen du corps.

Un ECG de type 4 brins (1 seule dérivation => D 2) est réalisé avec le moniteur DGT 7 et joint au bilan de la victime (tablette).

IV. MODALITES DE CONSTATATION DU DECES

A l'issue de la réanimation, lorsque le médecin régulateur du SAMU a demandé l'arrêt de la RCP ou lorsqu'une personne est découverte décédée à son domicile, l'ISP formé et habilité peut procéder à la constatation du décès de la victime.

Cet examen doit être réalisé méthodiquement et au calme. La fiche de traçabilité de la constatation d'un décès joue le rôle de check-list des actions clés et permet de tracer l'archivage de l'analyse des pratiques.

Lors de chaque constatation de décès, qu'il y ait ou non réalisation du certificat de décès (Obstacle Médicolégal), ce document sera renseigné avec soin et transmis à l'infirmier-chef par courriel. Cette fiche vient en complément de la fiche URGSAP.

V. ANALYSE DES CAUSES ET CIRCONSTANCES DU DECES

L'environnement doit être examiné en priorité.

Les lieux présentent-ils des traces d'effraction, des anomalies (désordre, signes de lutte, objets cassés, présence de produits dangereux, médicaments ou substances particulières comme de l'alcool, des médicaments ou des stupéfiants, ...).

La position du corps et la cohérence avec la présence des lividités sera analysée.

Des photos des lieux et du positionnement de la victime décédée seront réalisées avec la tablette pour préservation des traces et indices.

Au moindre doute le médecin régulateur sera avisé et les forces de l'ordre sollicitées.

VI. EXAMEN DU CORPS DE LA VICTIME EN VUE DE LA DECLARATION DU DECES

S'assurer que la pudeur et la dignité du défunt soient préservées avant toute action.

L'examen du corps de la victime est réalisé après l'avoir dénudée dans la mesure du possible.

La confirmation du décès repose sur la recherche des signes suivants :

- Signes négatifs de vie
- Signes positifs de mort.

La fiche de traçabilité/check-list rassemble tous ces signes.

La réalisation d'un ECG à 4 brins (6 dérivations) et l'enregistrement dans la tablette sera intégrée dans la fiche bilan de la victime.

Dans le cas d'une réanimation infructueuse, les signes positifs de mort seront peu nombreux (dans la mesure où le décès est précoce).

La recherche de présence de pacemaker ou autre dispositif implanté sera faite.

Dans tous les cas, l'examen doit être minutieux en partant d'une extrémité du corps vers l'autre, face, côtés et dos.

Une attention particulière sera portée sur les signes évocateurs de mort suspecte : Des signes évocateurs de lutte et de mort suspecte seront recherchés (pétéchies oculaires, ecchymoses sur le corps, lésions cutanées suspectes, position anormale du corps).

Au moindre doute le médecin régulateur sera avisé et les forces de l'ordre sollicitées.

VII. REDACTION DU CERTIFICAT DE DECES

Il doit être rédigé au calme, avec une pièce d'identité de la victime (passeport, carte d'identité ou à défaut un permis de conduire).

Un doute sur l'identité de cette dernière mène à un Obstacle Médicolégal. qui ne permet pas à l'ISP de faire le certificat de décès.

Chaque infirmier habilité dispose de 3 certificats de décès tamponnés et de 3 fiches de traçabilité de la constatation d'un décès.

Seul le certificat de décès officiel validé par la Direction Générale de la Santé doit être utilisé. Il est divisé en deux parties (le volet administratif et le volet médical).

Il est déjà pré-tamponné à l'entête du SDIS, il est impératif d'y rajouter le nom, prénom, et numéro RPPS de l'ISP certifiant le décès, puis le dater et le signer.

Il doit être dûment rempli.

VIII. VOLET ADMINISTRATIF DU CERTIFICAT DE DECES

Noter le nom et prénom de l'ISP déclarant le décès (lisible, écrit en majuscule), la date et l'heure de la mort ou l'heure du constat de décès.

Remplir ensuite les informations d'état civil concernant le défunt (nom, prénom, date et lieu de naissance, domicile, etc.)

Puis achever par les informations funéraires.

Pour cette partie-là chaque ligne doit être cochée en principe « non » pour que le certificat de décès puisse être réalisé par l'ISP. Le tampon du SDIS est déjà apposé.

Ne pas oublier de dater, signer et noter le numéro RPPS.

DÉPARTEMENT : [] [] []		CERTIFICAT DE DÉCÈS conforme à l'arrêté du 17 juillet 2017	
VOLET ADMINISTRATIF À remplir par le médecin ayant constaté le décès			
Je soussigné(e) M. _____, docteur en médecine, certifie que le décès de la personne désignée ci-dessous, est réel et constant. <small>(Nom lisible en majuscules) (voir au verso 1)</small>			
Date et heure (réelle ou estimée) de la mort : _____ / _____ / _____ à _____ h _____ À défaut (impossibilité à établir), date et heure du constat de décès : _____ / _____ / _____ à _____ h _____			
INFORMATIONS D'ÉTAT CIVIL		INFORMATIONS FUNÉRAIRES <small>Cocher chaque ligne par oui ou par non</small>	
COMMUNE DE DÉCÈS : _____		Obstacle médico-légal (voir au verso 2) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <small>Même en ce cas, renseigner au mieux l'ensemble du certificat de décès.</small>	
Code postal [] [] [] [] [] []		Obligation de mise en bière immédiate (voir au verso 5) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
NOM : _____		- dans un cercueil hermétique : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
NOM de jeune fille, le cas échéant : _____		- dans un cercueil simple : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Prénoms : _____		Obstacle aux soins de conservation (voir au verso 5) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Date de naissance : _____ / _____ / _____ Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Obstacle au don du corps à la science (voir au verso 5) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Domicile : _____		Recherche de la cause du décès commandée (ou demande en cours) par prélèvement, examen ou autopsie médicale (voir au verso 3) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
		Si transport de corps nécessaire, délai de (voir au verso 3) : <input type="checkbox"/> 48 h <input type="checkbox"/> 72 h	
		Présence identifiée, au moment du décès, d'une prothèse fonctionnant au moyen d'une pile (voir au verso 4) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
		Si prothèse présente, enlèvement de prothèse déjà effectué par le médecin : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
RÉSERVÉ À LA MAIRIE <small>Numéros à reproduire au verso.</small>		SIGNATURE À _____, le _____ <small>et cachet obligatoire du médecin</small>	
N° d'acte [] [] [] [] [] []			
N° d'ordre du décès [] [] [] [] [] []			

Volet 1 : À conserver par l'opérateur funéraire

IX. VOLET MEDICAL DU CERTIFICAT DE DECES

Les informations qui sont consignées dans ce volet sont strictement confidentielles et relèvent du secret médical.

Ce volet doit être soigneusement cacheté à l'issue de son remplissage.

La commune de survenue du décès ainsi que celle de domicile, la date de naissance et le sexe de la victime seront renseignés.

Les causes du décès sont ensuite renseignées dans la « PARTIE I » en veillant à éviter « arrêt cardio-respiratoire » mais en indiquant le processus morbide ayant conduit au décès.

Ce processus se remplit de « a) » qui est l'événement le plus récent jusqu'à « c) » qui est l'événement le plus ancien.

La « PARTIE II » concerne les autres états morbides ayant contribué au décès.

Les informations complémentaires concernant les circonstances du décès y seront consignées.

Attention : il ne doit pas s'agir d'un lieu public, d'une mort violente, ou d'un décès pendant une activité professionnelle, sinon le certificat ne pourra pas être rédigé.

Achever le renseignement du volet médical en indiquant votre nom, prénom, numéro RPPS du professionnel de santé ayant constaté le décès.

Contrôler l'exactitude et la complétude du remplissage de tous les champs des deux volets (s'aider de la check-list de traçabilité), puis procéder ensuite à la clôture du volet médical en humidifiant les bords et en les collant l'un contre l'autre.

VOLET MEDICAL A remplir et à clore par le médecin ayant constaté le décès - Renseignements confidentiels et anonymes	
INFORMATIONS RELATIVES AU DÉFUNT	
Commune de décès : <input type="text"/>	Code postal : <input type="text"/>
Commune de domicile : <input type="text"/>	Code postal : <input type="text"/>
Date de décès : <input type="checkbox"/> date réelle OU <input type="checkbox"/> constatée	Sexe : <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin
Date de naissance : <input type="text"/>	
CAUSES DU DÉCÈS	
PARTIE I Maladie(s) ou affection(s) morbide(s) ayant directement provoqué le décès. Il s'agit de la maladie, du traumatisme, de l'intoxication, de la complication ayant entraîné la mort (et non du mécanisme de décès comme une syncope, un arrêt cardiaque...).	
a) <input type="text"/>	Intervalle entre le début du processus morbide et le décès. En heures, jours, mois ou ans
due à ou consécutive à : b) <input type="text"/>	
due à ou consécutive à : c) <input type="text"/>	
due à ou consécutive à : d) <input type="text"/>	
La dernière ligne remplie doit correspondre à la cause initiale.	
PARTIE II Autres états morbides, facteurs ou états physiologiques (grossesse...) ayant contribué au décès, mais non mentionnés en Partie I.	
INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (cocher la case appropriée pour chaque point)	
LIEU DU DÉCÈS <input type="checkbox"/> Établissement de santé public <input type="checkbox"/> Domicile (du défunt ou autre) <input type="checkbox"/> Établissement de santé privé <input type="checkbox"/> EHPAD, maison de retraite <input type="checkbox"/> Établissement pénitentiaire <input type="checkbox"/> Voie publique <input type="checkbox"/> Autre lieu ou indéterminé	GROSSESSE La femme décédée était-elle enceinte ? <input type="checkbox"/> Non, pas au cours de l'année précédant le décès <input type="checkbox"/> pas au moment du décès, mais grossesse terminée depuis 42 jours ou moins <input type="checkbox"/> pas au moment du décès, mais grossesse terminée depuis plus de 42 jours et moins d'un an <input type="checkbox"/> Oui, au moment du décès <input type="checkbox"/> Ne sait pas La grossesse a-t-elle contribué au décès ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
MORT SUBITE S'agit-il d'un décès brutal ou inattendu, évocateur de mort subite ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas <small>* décès non traumatique (adulte, enfant, nourcasson) avec mode de survenue brutal (en moins d'une heure ou probablement) et inattendu (exclusion des maladies chroniques au stade terminal)</small>	ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE Le décès est-il survenu lors d'une activité professionnelle ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas <small>* toute activité source de revenu (y compris au domicile), les trajets domicile-travail, les déplacements professionnels, etc.</small>
CIRCONSTANCES APPARENTES DU DÉCÈS <input type="checkbox"/> Mort naturelle <input type="checkbox"/> Faits de guerre <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Complications de soins médicaux, chirurgicaux <input type="checkbox"/> Suicide <input type="checkbox"/> Investigations en cours <input type="checkbox"/> Atteinte à la vie d'autrui <input type="checkbox"/> Indéterminées	RECHERCHE DE LA CAUSE DU DÉCÈS Une recherche de la cause du décès a-t-elle été demandée ? <input type="checkbox"/> Oui, recherche médicale <input type="checkbox"/> Oui, recherche médico-légale <input type="checkbox"/> Non <small>Si oui, un volet médical complémentaire sera établi ultérieurement par le médecin ayant réalisé le diagnostic des causes du décès.</small>
EN CAS DE MORT VIOLENTE (accidentelle, délictuelle, suicidaire, criminelle) Précisez le lieu de survenue de l'événement déclencheur : <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Lieu de sport <input type="checkbox"/> Voie publique <input type="checkbox"/> Commerce <input type="checkbox"/> Local industriel, chantier <input type="checkbox"/> Exploitation agricole <input type="checkbox"/> Établissement accueillant du public <input type="checkbox"/> Autre lieu ou indéterminé	SIGNATURE Non lisible et cachet obligatoire du médecin

X. TRANSMISSION DU CERTIFICAT DE DECES

Les renseignements présents dans le volet médical relèvent du secret médical. Les informations présentes dans cette zone sont strictement confidentielles.

Les informations concernant la cause exacte du décès ne doivent jamais être divulguées. Le certificat doit être remis cacheté aux proches du défunt ou aux pompes funèbres afin qu'ils puissent le transmettre à la mairie pour obtenir l'acte de décès.

Il peut également être remis à un représentant des forces de l'ordre ou à un élu si aucun proche n'est présent sur les lieux.

Le certificat ne doit jamais être remis aux assurances, quelle que soit la raison invoquée.

Conformément à l'article 1^{er} du Décret n°2025-371 du 22 avril 2025 : « Dès lors que l'infirmier a établi le certificat de décès, il est habilité à établir les certificats, attestations et documents qui sont consécutifs au décès et s'y rattachent directement, que les médecins peuvent établir en application de l'article R. 4127-76 du code de santé publique. » (Attestation de mort naturelle par exemple)

En cas de doute dans la rédaction d'un des documents cités ci-dessus, prendre conseil auprès du médecin-chef.

XI. ACCOMPAGNEMENT DES PROCHES DU DEFUNT

S'assurer que les proches ont bien compris que la personne est décédée. Informer les proches des actions à mener pour les démarches auprès de l'état civil de la mairie et des pompes funèbres.

XII. GESTION DU CORPS DU DEFUNT

La victime a bénéficié d'une réanimation avant la déclaration du décès : retirer les dispositifs médicaux, aspirer les sécrétions le cas échéant.

La victime a été retrouvée décédée sans réanimation préalable : placer un pansement américain ou une protection au niveau du périnée pour prévenir toute souillure.

XIII. INFORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE DU RESEAU DE SOIN

A l'issue du constat et de la certification du décès d'une victime, l'ISP veillera à informer le médecin du SAMU/CRRRA territorialement compétent et dans la mesure du possible :

- le médecin traitant de la victime décédée,
- les professionnels de santé intervenant auprès de la victime avant son décès

XIV. TRACABILITE DE L'INTERVENTION

Le CODIS sera informé de l'action réalisée (signature ou non).

La fiche bilan victime sera renseignée sur URGSAP.

La fiche de traçabilité de la constatation d'un décès sera envoyée par courriel à l'infirmier-chef.

Un compte-rendu sera transmis à l'ARS de manière hebdomadaire par l'infirmier-chef. Il comportera le nombre et les dates des certificats de décès établis par les ISP (Procédure en attente de confirmation par l'ARS suite à la publication des décrets du 22 avril 2025).

L'infirmier-chef


Cadre de santé commandant Pascal ROLLE

ANNEXE 1

SDS TRACABILITE DE LA CONSTATATION D'UN DECES

Identité de l'ISP.

Norm :

Prénom :

Matricule :

Si une case rouge est cochée le certificat de décès ne doit pas être rédigé et les forces de l'ordre ainsi que le SAMU doivent être alertés. L'examen du corps doit être réalisé mécaniquement, après avoir procédé au déhullage de la victime.

Personne décédée

- Identité : confirmée (CNI, passeport) non confirmée
 Age de la victime : personne adulte > 18 ans mineur < 18 ans
 N° d'alerte SDIS : _____
- Lieu de survenue du décès voie publique travail lieu public
 domicile
- Mécanisme du décès fin de vie physiologique naturelle
 fin de vie attendue (soins palliatifs) mort subite de l'adulte
 mort violente, accidentelle présence d'un proche pendant le décès personne retrouvée décollée
- Groupe date / heure de survenue du décès
 connu H _____, le _____ / _____ / _____ inconnu

SIGNES NEGATIFS DE VIE OBSERVES

- Arrêt cardiocirculatoire**
 Absence de pouls > 1 minute (fémoral + carotid) : oui non
 Absence de bruit du cœur au stéthoscope : oui non
 Asystolie
 % Enregistrement ECG (4 brins) : réalisé non réalisé
- Arrêt ventilatoire**
 FR = 0 mouvement/min : oui non
 Absence de bruit respiratoire au stéthoscope : oui non
- Abolition de la conscience**
 Pas de réaction pupillaire à la lumière
 Pas de fermeture des paupières au tapotement au front
 Pas de mouvements oculaires opposés à la mobilisation de tête
- Observations / précisions : oui non

SIGNES POSITIFS DE MORT OBSERVES

-
- Déshydratation du corps (peau, muqueuses)
-
-
- Exaltation des yeux
-
-
- Opacification de la cornée, apparition d'une tache noire
-
-
- Signes de putréfaction (odour, aspect)
-
-
- Tache verte abdominale
-
-
- Présence de larves
-
-
- Décollement cutané et présence de phylènes
-
-
- Rigides cadavériques
-
-
- Lividités caractéristiques
-
- % Lividités caractéristiques avec position corps :
-
- oui
-
- non
- Observations / précisions : oui non

EXAMEN COMPLEMENTAIRE DU CORPS

- Dispositifs médicaux dans le corps du défunt
 Fournisseur ou D.A.I. : oui non
 Information notée dans carnet décès : oui non
 Chambre implantable présente : oui non
 Présence de prothèses autres : oui non
- Préciser : _____
- Signes évocateurs de mort suspecte
 Prolapsus au niveau des yeux : oui non
 Erythèmes sur le corps : oui non
 Lésions cutanées suspectes : oui non
 Position du corps anormale : oui non
- Observations / précisions : oui non

Préservation des traces et indices (à réaliser systématiquement)

- Prise de photographies avec la tablette VSAV : oui non
- Lieu de découverte du corps : _____
- Position du corps : _____
- Modification de la position du corps par les secours : oui non
- Modification de la tenue vestimentaire par les secours : oui non
- Précisions : _____
- Soins réalisés et dispositifs médicaux utilisés lors de la prise en charge : _____

Ouverture des issues par les secours :

-
- oui
-
- non
-
- trouvettes ouvertes
-
- traces d'effraction
- Précisions : _____
- Allumage de l'éclairage par les secours : _____
-
- oui
-
- non
-
- trouvé allumé
- Précisions : _____
- Mobilier déplacés par les secours : _____
-
- oui
-
- non
-
- trouvettes déplacés ou en désordre
- Précisions : _____
- Présence d'effets personnels et/ou de valeur : _____
-
- oui
-
- non Précisions : _____
- Annales constatées (présence de médicaments ouverts, signes de lutte, désordre, effraction, ouverture d'un tiroir, placard, présence d'armes, contacts évocateur, ...) : _____

Maladie(s) affections métaboliques

- Causes du décès (ordre chronologique inversé : du plus récent au plus ancien)
- Partie I
 Duetélectrolytique a
- Partie II
 Autre affecteur métabolique

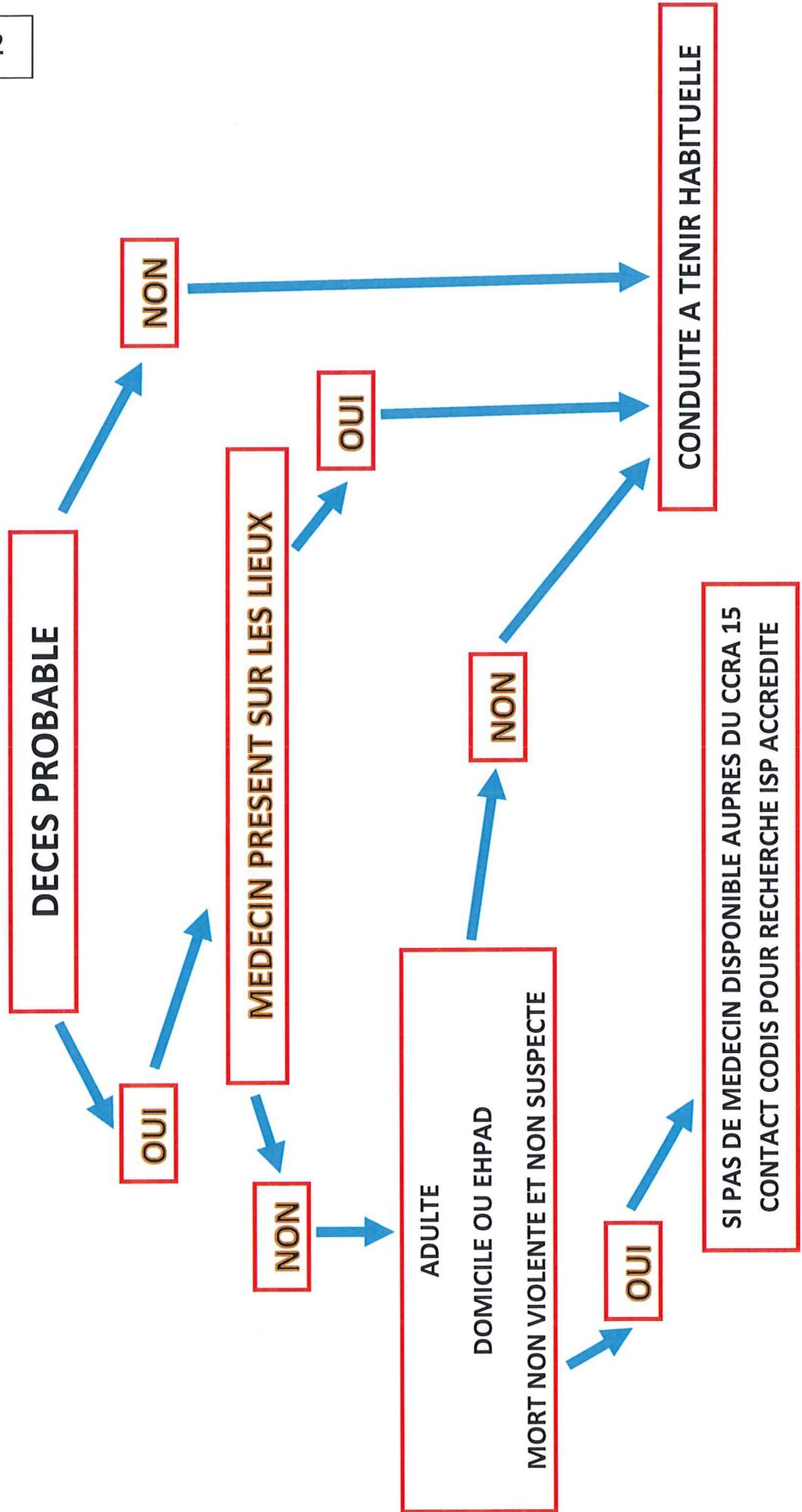
RENSEIGNEMENT DU CERTIFICAT DE DECES

- Volet administratif**
 Informations d'état civil renseignées
 Informations funéraires renseignées
 Obstacle médico-légal : oui non
 % Si « OUI », le certificat ne doit pas être renseigné
- Renseigner le lieu, la date, l'identité de l'ISP, numéros RPPS + ordre
 Signature de l'ISP
- Volet médical**
 Informations relatives au défunt renseignées
 Causes du décès renseignées (partie I et partie II)
 Informations complémentaires renseignées
 Renseigner l'identité de l'ISP, numéros RPPS + ordre
 Signature de l'ISP
- Remplissage du certificat de décès achevé
 Vérification de tous les champs, des signatures
 Volet médical cacheté

ACTIONS COMPLEMENTAIRES

- Remise du certificat de décès aux proches du défunt
 Certificat de décès remis en main propre : oui non
 Personne destinataire (nom, prénom, lien de parenté) : _____
- %
Installation du corps du défunt
 Installation simple du corps sur un lit : oui non
 Toilette mortuaire et habillage réalisés : oui non
 Remise en place d'appareils dentaires : oui non
- Prise en charge des proches du défunt**
 Soutien, relation d'aide : oui non
 Conseils d'usage donnés : oui non
- Information du réseau des professionnels de santé**
 Information médecin traitant : oui non
 % Si « non », motif : _____
 Information équipe soignante : oui non sans objet
 % Si « non », motif : _____

LOGIGRAMME CDA VSSUAP



LOGIGRAMME ISP

