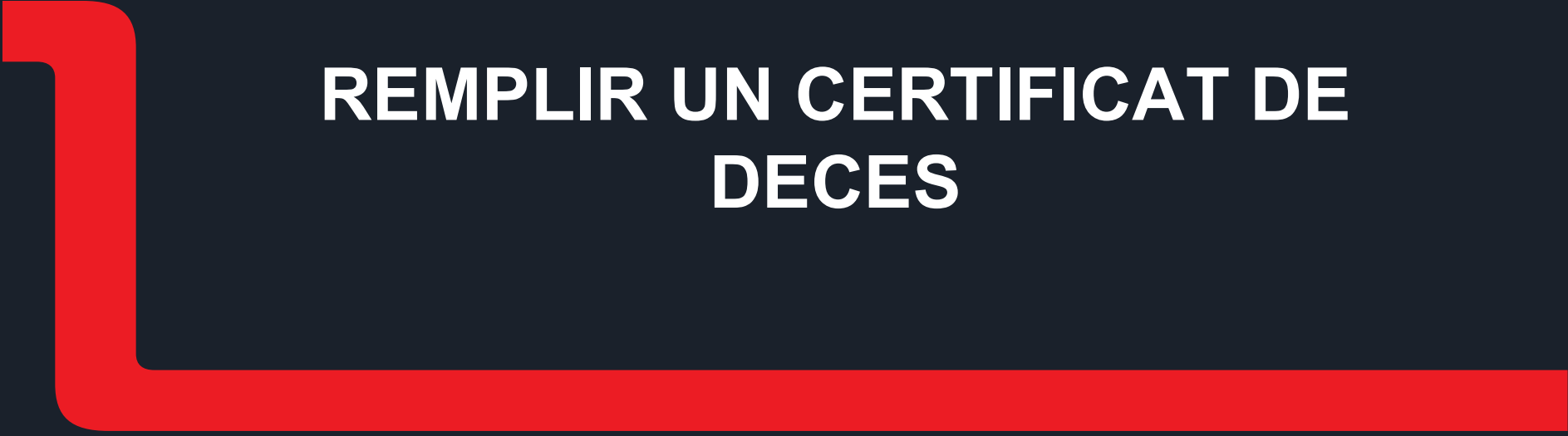




REEMPLIR UN CERTIFICAT DE DECES

SD-SAN

sd**i****s**
SAPEURS - POMPIERS **42 OIRE**

Présentation

- Document obligatoire en cas de décès
 - Doit être signé et tamponné par l'ISP
 - Les deux parties doivent être obligatoirement remplies
 - Pour les ISP :
 - La personne doit être majeure
 - Il est établi dans la continuité d'une action de secours SP
 - La situation ne relève pas d'un obstacle médico-légal.
- Au moindre doute, refus d'établir le certificat.**

Données - Renseignements confidentiels et anonymes

☐ date réelle OU ☐ constatable

Sexe :

☐ masculin

☐ féminin

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.
(voir vers 2)

Date et heure (réelle ou estimée) de la mort : ____ / ____ / ____ à ____ h ____ m
À défaut (impossible à établir), date et heure du constat de décès : ____ / ____ / ____ à ____ h ____ m

INFORMATIONS D'ÉTAT CIVIL	INFORMATIONS FUNÉRAIRES Cocher chaque ligne par oui ou par non
COMMUNE DE DÉCÈS :	Obstacle médico-légal ? Mettre un X sur la case du certificat de décès. Oui ☐ Non ☐
Code postal [] [] [] [] [] []	Obligatoire ou non héréditaire (voir au verso §) ? Oui ☐ Non ☐
NOM : _____	Obligation d'autopsie (voir au verso §) ? Oui ☐ Non ☐
NOM de jeune fille, le cas échéant : _____	Autopsie conclut simple ? Oui ☐ Non ☐
Prénoms : _____	Obstacle aux soins de conservation (voir au verso §) ? Oui ☐ Non ☐
Date de naissance : ____ / ____ / ____ M ☐ F ☐	Recherche de la cause du décès demandée (on demande en cours) par prélevement, examen ou autopsie médicale (voir au verso §) ? Oui ☐ Non ☐
Domicile : _____	Si transport de corps nécessaire, délai de (voir au verso §) : 48 h ☐ 72 h ☐
	Présence identifiée, au moment du décès, d'une prothèse fonctionnant au moyen d'une pile (voir au verso §) ? Oui ☐ Non ☐
	Si prothèse présente, enlèvement de prothèse déjà effectué par le médecin : Oui ☐ Non ☐

RÉSERVÉ À LA MAIRIE
Numéro à reproduire au verso 1
[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

SIGNATURE et cachet obligatoire du médecin

le ____

à conserver par l'exécuteur testamentaire

VOLET MÉDICAL À remplir et à clore par le médecin ayant constaté les décès - Des renseignements confidentiels et anonymes

INFORMATIONS RELATIVES AU DÉFUNT

Commune de décès :	Code postal :	Date de décès : ☐ date réelle OU ☐ constatée	Sexe :
			☐ masculin
Commune de domicile :	Code postal :	Date de naissance :	☐ féminin

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 des décès comme une syncope, un arrêt cardiaque...).*

a) _____
 due à ou consécutive à : b) _____
 due à ou consécutive à : c) _____
 due à ou consécutive à : d) _____

La dernière ligne remplit doit correspondre à la cause initiale.

Intervalle entre le début du processus morbide et le décès.
 En heures, jours, mois ou ans

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 cas)

LIEU DU DÉCÈS

☐ Établissement de santé public ☐ Grossesse

☐ Domicile (du défunt ou autre) ☐ Établissement privé

☐ EHPAD, maison de retraite ☐ Établissement temporaire

☐ Voie publique ☐ Lieu ou pas indéterminé

La femme décédée était-elle enceinte ?

☐ Non, pas au moment de l'année précédant le décès ☐ pas au moment du décès, mais grossesse terminée depuis 42 jours ou moins ☐ pas au moment du décès, mais grossesse terminée depuis plus de 42 jours ou moins d'un an

☐ Oui, au moment du décès ☐ Ne sait pas

La grossesse a-t-elle contribué au décès ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

MORT SUBITE S'agit-il d'un décès brutal ou attendu, évocateur de mort subite* ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

* décès non traumatic (infarctus, embolie, myocardique) avec mode de survenue bruta (en moins d'une heure au probalement et inhabituel) persécution des maladies chroniques ou aiguës terminales.

CIRCONSTANCES APPARENTES DU DÉCÈS

☐ Mort naturelle ☐ Faits de guerre

☐ Accident ☐ Complications de soins médicaux, chirurgicaux

☐ Suicide ☐ Investigations en cours

☐ Atteinte à la vie d'autrui ☐ Indéterminées

EN CAS DE MORT VIOLENTE (accidentelle, délictuelle, suicidaire, criminelle)
 Précisez le lieu de survenue de l'événement déclencheur :

☐ Domicile ☐ Lieu de sport ☐ Voie publique

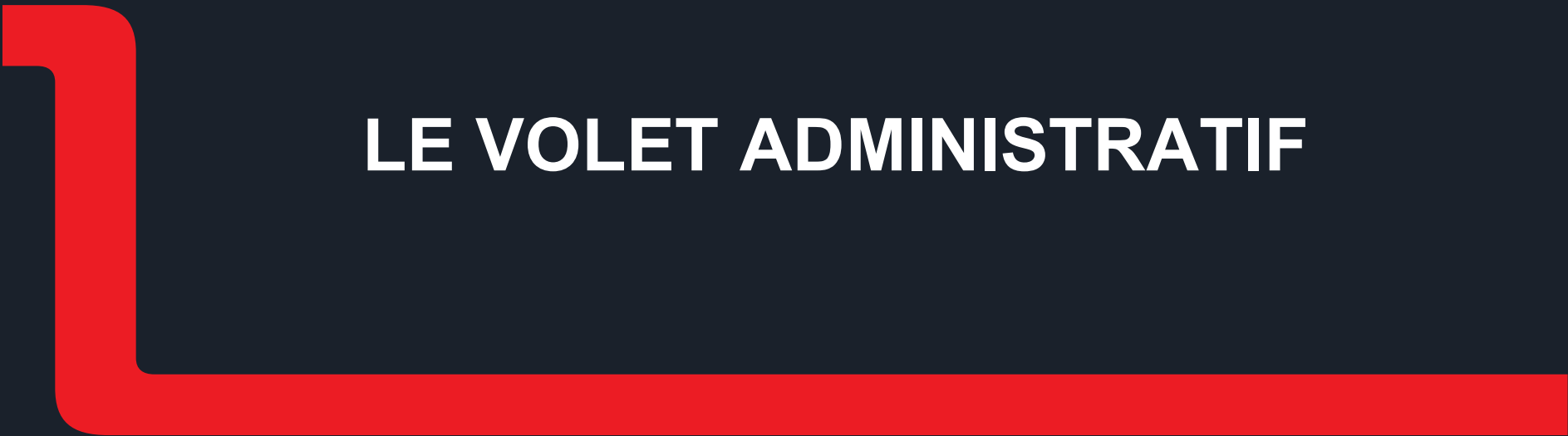
☐ Commerce ☐ Local industriel, chantier ☐ Exploitation agricole

☐ Établissement accueillant du public ☐ Autre lieu ou indéterminé

SIGNATURE Nom lisible et cachet obligatoire du médecin

Ce volet n'est destiné qu'aux personnes autorisées pour des motifs de santé publique (cf article L. 2225-42 du Code général des collectivités territoriales).

Le certificat peut être saisi électroniquement à l'adresse suivante <https://sic.cerdis.inserm.fr/>



LE VOLET ADMINISTRATIF

Volet administratif



L'absence d'identité d'un défunt relève de l'Obstacle Médico Légal

Les données d'état civil sont remplies à l'aide de la carte d'identité du défunt

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.
(Nom écrit en majuscules)
Date et heure (vraie 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 Cocher chaque ligne par oui ou par non
COMMUNE DE DÉCÈS : _____	Obstacle médico-légal (voir au verso 2) : ☐ Oui ☐ Non
Code postal : [] [] [] []	Même en ce cas, verser au mieux l'ensemble du certificat de décès.
NOM : _____	Obligation de mise en bière immédiate (voir au verso 3) : ☐ Oui ☐ Non
NOM de jeune fille, le cas échéant : _____	- dans un cercueil hermétique : ☐ Oui ☐ Non
Prénoms : _____	- dans un cercueil simple : ☐ Oui ☐ Non
Date de naissance : ____/____/____ Sexe : ☐ M ☐ F	Obstacle aux soins de conservation (voir au verso 3) : ☐ Oui ☐ Non
Domicile : _____	Obstacle au don du corps à la science (voir au verso 3) : ☐ Oui ☐ Non
	Recherche de la cause du décès demandée (ou demande en cours) par prélevement, examen ou autopsie médicale (voir au verso 3) : ☐ Oui ☐ Non
	Si transport de corps nécessaire, délai de (voir au verso 3) : ☐ 48 h ☐ 72 h
	Présence identifiée, au moment du décès, d'une prothèse fonctionnant au moyen d'une pile (voir au verso 4) : ☐ Oui ☐ Non
	Si prothèse présente, enlèvement de prothèse déjà effectué par le médecin : ☐ Oui ☐ Non
RÉSERVÉ À LA MAIRIE Numéros à reproduire au verso	SIGNATURE À _____, le _____ et cachet obligatoire du médecin

Volet 1 : À conserver par l'opérateur funéraire

Volet administratif

Département du lieu de constatation du décès

DÉPARTEMENT : 042

CERTIFICAT DE DÉCÈS conforme à l'arrêté du 17 juillet 2017

Rayer médecin et mettre IDE

VOLET ADMINISTRATIF À remplir par le médecin ayant constaté le décès

Je soussigné(e) M. _____, **IDE**, certifie que le décès de la personne désignée ci-dessous, est réel et constant. (voir au verso 1)

Date et heure (réelle ou estimée) de la mort : _____ à _____ h _____

A défaut (impossibilité à établir), date et heure du constat de décès : _____ à _____ h _____

INFORMATIONS D'ÉTAT CIVIL	INFORMATIONS FUNÉRAIRES
COMMUNE DE DÉCÈS : _____ Code postal : _____ NOM : _____ NOM de jeune fille, le cas échéant : _____ NOM MARITAL si marié(e) Prénoms : _____ Date de naissance : _____ si marié(e) Sexe : ☐ M ☐ F Domicile : _____	Obstacle médico-légal (voir au verso 2) : ☐ Oui ☐ Non <i>Même en ce cas, renseigner au mieux l'ensemble du certificat de décès.</i> Obligation de mise en bière immédiate (voir au verso 5) : ☐ Oui ☐ Non - dans un cercueil hermétique : ☐ Oui ☐ Non - dans un cercueil simple : ☐ Oui ☐ Non Obstacle aux soins de conservation (voir au verso 5) : ☐ Oui ☐ Non Obstacle au don du corps à la science (voir au verso 5) : ☐ Oui ☐ Non Recherche de la cause du décès demandée (ou demande en cours) par prélèvement, examen ou autopsie médicale (voir au verso 3) : ☐ Oui ☐ Non Si transport de corps nécessaire, délai de (voir au verso 3) : ☐ 48 h ☐ 72 h Présence identifiée, au moment du décès, d'une prothèse fonctionnant au moyen d'une pile (voir au verso 4) : ☐ Oui ☐ Non Si prothèse présente, enlèvement de prothèse déjà effectué par le médecin : ☐ Oui ☐ Non

RÉSERVÉ À LA MAIRIE
Numéros à reproduire au verso.

N° d'acte _____ **N° d'ordre du décès** _____

SIGNATURE À _____, le _____
et cachet obligatoire du médecin

Volet 1 : À conserver par l'opérateur funéraire

Si la personne se met en ACR devant vous, la date et l'heure peuvent-être renseignée sur cette ligne.
 Dans le cas où vous intervenez à la demande d'un VSAV déjà sur place, vous renseignez : « A défaut »

Obstacle Médico Légal

INFORMATIONS FUNÉRAIRES		Cocher chaque ligne par oui ou par non	
Obstacle médico-légal (voir au verso 2) :	☐ Oui ☐ Non		
Même en ce cas, renseigner au mieux l'ensemble du certificat de décès.			
Obligation de mise en bière immédiate (voir au verso 5) :	☐ Oui ☐ Non		
- dans un cercueil hermétique :	☐ Oui ☐ Non		
- dans un cercueil simple :	☐ Oui ☐ Non		
Obstacle aux soins de conservation (voir au verso 5) :	☐ Oui ☐ Non		
Obstacle au don du corps à la science (voir au verso 5) :	☐ Oui ☐ Non		
Recherche de la cause du décès demandée (ou demande en cours) par prélèvement, examen ou autopsie médicale (voir au verso 3) :	☐ Oui ☐ Non		
Si transport de corps nécessaire, délai de (voir au verso 3) :	☐ 48 h ☐ 72 h		
Présence identifiée, au moment du décès, d'une prothèse fonctionnant au moyen d'une pile (voir au verso 4) :	☐ Oui ☐ Non		
Si prothèse présente, enlèvement de prothèse déjà effectué par le médecin :	☐ Oui ☐ Non		
SIGNATURE À _____ , le _____ et cachet obligatoire du médecin			



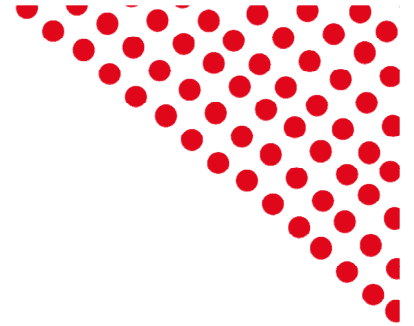
Obstacle Médico Légal

- Pas de pièce d'identité
- Mort suspecte
- Mort violente
- Identification du défunt impossible



On ne fait pas de certificat de décès et on prévient les forces de l'ordre et le 15

Obstacle Médico Légal



INFORMATIONS FUNÉRAIRES	Cocher chaque ligne par oui ou par non
Obstacle médico-légal (voir au verso 2) : <i>Même en ce cas, renseigner au mieux l'ensemble du certificat de décès.</i>	☐ Oui ☒ Non

☐ Mort « attendue » suite à maladie

☐ Mort naturelle

Mise en bière

Obligation de mise en bière immédiate (voir au verso 5) :

- dans un cercueil hermétique :

☐ Oui ☒ Non

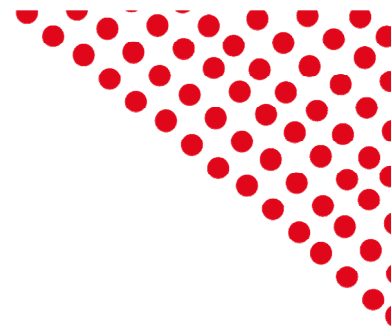
- dans un cercueil simple :

☐ Oui ☒ Non

Possibilité de mettre « oui » en fonction du cas ci-dessous :

Infections transmissibles ou état du corps ↓	/ Interdictions associées (en cas c)
Liste : orthopoxviroses ; choléra ; peste ; charbon ; fièvres hémorragiques virales graves et contagieuses	Mise en bière obligatoire et spécifique (c) oui, imposée dans un cercueil hermétique et sa fermeture
Liste : rage, tuberculose active (voir article 2 de l'arrêté 12 juillet 2017) ou toute maladie infectieuse transmissible émergente (syndrome respiratoire aigu sévère...) après avis du Haut Conseil de la Santé Publique (http://hcsp.fr)	oui, imposée dans un cercueil simple et sa fermeture
Liste : maladie de Creutzfeld-Jakob ; tout état septique grave	non
Liste : infection à VIH ; virus de l'hépatite B ou C	non

Soins de conservation

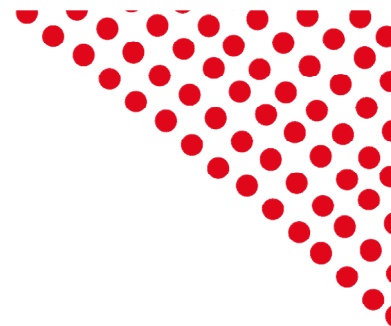


Obstacle aux soins de conservation (voir au verso 5) : ☐ Oui ☒ Non

Possibilité de mettre « oui » en fonction du cas ci-dessous :

Infections transmissibles ou état du corps ↓	Soins de conservation (a)
Liste : orthopoxviroses ; choléra ; peste ; charbon ; fièvres hémorragiques virales graves et contagieuses	interdits
Liste : rage, tuberculose active (voir article 2 de l'arrêté 12 juillet 2017) ou toute maladie infectieuse transmissible émergente (syndrome respiratoire aigu sévère...) après avis du Haut Conseil de la Santé Publique (http://hcsp.fr)	interdits
Liste : maladie de Creutzfeld-Jakob ; tout état septique grave	interdits
Liste : infection à VIH ; virus de l'hépatite B ou C	autorisés

Don du corps

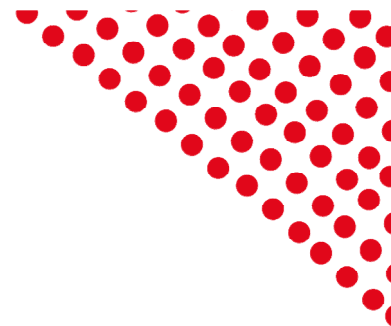


Obstacle au don du corps à la science (voir au verso 5) : ☐ Oui ☒ Non

Possibilité de mettre « oui » en fonction du cas ci-dessous :

Infections transmissibles ou état du corps ↓	Don du corps (b)
Liste : orthopoxviroses ; choléra ; peste ; charbon ; fièvres hémorragiques virales graves et contagieuses	interdit
Liste : rage, tuberculose active (voir article 2 de l'arrêté 12 juillet 2017) ou toute maladie infectieuse transmissible émergente (syndrome respiratoire aigu sévère...) après avis du Haut Conseil de la Santé Publique (http://hcsp.fr)	interdit
Liste : maladie de Creutzfeld-Jakob ; tout état septique grave	interdit
Liste : infection à VIH ; virus de l'hépatite B ou C	interdit

Les causes du décès

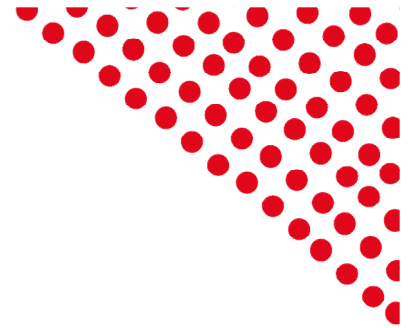


Recherche de la cause du décès demandée (ou demande en cours) par
prélèvement, examen ou autopsie médicale (voir au verso 3) : ☐ Oui ☒ Non
Si transport de corps nécessaire, délai de (voir au verso 3) : ☐ 48 h ☐ 72 h

On ne devrait pas cocher « oui » car (voir 3 au dos du certificat) :

- ☐ Effectuée à la demande du médecin ou du préfet
- ☐ Sans opposition du défunt de son vivant
- ☐ Interdite en cas d'OML

Présence d'une prothèse



Cases à cocher en fonction de la situation :

Présence identifiée, au moment du décès, d'une prothèse fonctionnant au moyen d'une pile (<i>voir au verso 4</i>) :	☐ Oui	☐ Non
Si prothèse présente, enlèvement de prothèse déjà effectué par le médecin :	☐ Oui	☐ Non

Signature

Présence identifiée au moment du décès d'une prothèse fonctionnant au moyen d'une pile (voir au verso 4) : ☐ Oui ☐ Non

Si prothèse présente, a-t-elle été déjà effectuée par le médecin : ☐ Oui ☐ Non

SIGNATURE de la Loire, le _____

et cachet obligatoire du médecin

Infirmier(e) : _____

N° RPPS : _____

Rajouter le lieu et la date

Mettre son nom et prénom

Indiquer votre numéro RPPS

Ne pas oublier de signer



Le certificat doit obligatoirement comporter le tampon du SDIS





LE VOLET MEDICAL

Volet médical

Il est rempli par l'ISP :

VOLET MÉDICAL À remplir et à clore par le médecin ayant constaté le décès - Recensements confidentiels et anonymes

INFORMATIONS RELATIVES AU DÉFUNT

Commune de décès : Code postal : Date de décès : ☐ date réelle OU ☐ constatée Sexe : ☐ masculin ☐ féminin

Commune de domicile : Code postal : Date de naissance :

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) Intervalle entre le début du processus morbide et le décès. En heures, jours, mois ou ans

b)

c)

d)

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 ☐ Établissement de santé public ☐ Établissement de santé privé ☐ Domicile (du défunt ou autre) ☐ EHPAD, maison de retraite ☐ Établissement pénitentiaire ☐ Voie publique ☐ Autre lieu ou indéterminé

MORT SUBITE S'agit-il d'un décès brutal ou inattendu, évocateur de mort subite* ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

* décès non traumatique, isolé, survenant avec mode de survenue brutal en moins d'une heure ou préalablement et/ou pendant l'existence d'un trouble chronique ou sans trouble.

CIRCONSTANCES APPARENTES DU DÉCÈS ☐ Mort naturelle ☐ Faits de guerre ☐ Accident ☐ Complications de soins médicaux, chirurgicaux ☐ Suicide ☐ Investigations en cours ☐ Atteinte à la vie d'autrui ☐ Indéterminées

EN CAS DE MORT VIOLENTE (accidentelle, délictuelle, suicidaire, criminelle) précisez le lieu de survenue de l'événement déclencheur : ☐ Domicile ☐ Lieu de sport ☐ Voie publique ☐ Commerce ☐ Local industriel, chantier ☐ Exploitation agricole ☐ Établissement accueillant du public ☐ Autre lieu ou indéterminé

GROSSESSE La femme décédée était-elle enceinte ? ☐ Non, pas au cours de l'année précédant le décès ☐ pas au moment du décès, mais grossesse terminée depuis plus de 42 jours ou moins ☐ pas au moment du décès, mais grossesse terminée depuis plus de 42 jours et moins d'un an

☐ Oui, au moment du décès ☐ Ne sait pas

La grossesse a-t-elle contribué au décès ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE La décédée est-elle venue lors d'une activité professionnelle* ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

* toute activité exercée de manière régulière au domicile, les heures de travail, les déplacements professionnels, etc.

RECHERCHE DE LA CAUSE DU DÉCÈS Une recherche de la cause du décès a-t-elle été demandée ? ☐ Oui, recherche médicale ☐ Oui, recherche médico-légale ☐ Non

Si oui, ce volet médical complétera sans délai ultérieurement par le médecin ayant réalisé le diagnostic des causes du décès.

SIGNATURE Nom et cachet obligatoire du médecin

Ce volet n'est destiné qu'aux personnes autorisées pour des motifs de santé publique (cf article L. 2229-42 du Code général des collectivités territoriales).

Le certificat peut être saisi électroniquement à l'adresse suivante <https://sco.cerdcu.mseem.fr>

Informations relatives au défunt

VOLET MÉDICAL À remplir et à clore par le médecin ayant constaté le décès - Renseignements confidentiels et anonymes

INFORMATIONS RELATIVES AU DÉFUNT

Commune de décès :	Code postal :	Date de décès : ☐ date réelle OU ☐ constatée	Sexe : ☐ masculin ☐ féminin
Commune de domicile :	Code postal :	Date de naissance :	

La commune du décès peut-être différente de la commune de domicile du défunt

La date et le constat (réelle ou constatée) doit correspondre à la partie administrative.

Causes du décès

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...).		
		Intervalle entre le début du processus morbide et le décès. En heures, jours, mois ou ans
due à ou consécutive à :	a) _____	
due à ou consécutive à :	b) _____	
due à ou consécutive à :	c) _____	
due à ou consécutive à :	d) _____	
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)		

Immédiat



Initial

Ne doit pas être un signe ou un symptôme
(exemple : ACR)

Exemple :

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...).			Intervalle entre le début du processus morbide et le décès. En heures, jours, mois ou ans
a)	Embolie Pulmonaire		2 jours
b)	dénutrition		1 semaine
c)	Chirurgie de Prothèse de hanche		1 semaine
d)	chute		
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.			
	hystérectomie totale	32 ans	
	cancer du sein	21 ans	

Document CHU Clermont-Ferrand

Remplir un certificat de décès

Lieu du décès

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (cocher la case appropriée)

☒ LIEU DU DÉCÈS	☐ Établissement de santé public
☒ Domicile (du défunt ou autre)	☐ Établissement de santé privé
☒ EHPAD, maison de retraite	☐ Établissement pénitentiaire
☐ Voie publique	☐ Autre lieu ou indéterminé

Pour un ISP, uniquement le domicile ou EHPAD, maison de retraite

Mort subite

MORT SUBITE S'agit-il d'un décès brutal ou inattendu, évocateur de mort subite* ?

☐ Oui ☒ Non ☒ Ne sait pas

* décès non traumatique (adulte, enfant, nourrisson) avec mode de survenue brutal (en moins d'une heure ou probablement) et inattendu (exclusion des maladies chroniques au stade terminal)

CIRCONSTANCES APPARENTES DU DÉCÈS

Si vous cochez « OUI » cela peut-être considéré comme un OML

Circonstances apparentes du décès

CIRCONSTANCES APPARENTES DU DÉCÈS	
☒ Mort naturelle	☐ Faits de guerre
☐ Accident	☒ Complications de soins médicaux, chirurgicaux
☐ Suicide	☐ Investigations en cours
☐ Atteinte à la vie d'autrui	☐ Indéterminées

Uniquement les 2 cases cochées. Autrement, il s'agit d'un cas d'OML

En cas de mort violente

EN CAS DE MORT VIOLENTE (accidentelle, délictuelle, suicidaire, criminelle)
Précisez le lieu de survenue de l'événement déclencheur :

☐ Domicile	☐ Lieu de sport	☐ Voie publique
☐ Commerce	☐ Local industriel, chantier	☐ Exploitation agricole
☐ Établissement accueillant du public	☐ Autre lieu ou indéterminé	

Non concerné car il s'agit d'un cas d'OML

Grossesse

ir chaque point

GROSSESSE La femme décédée était-elle enceinte ?

☒ Non, pas au cours de l'année précédant le décès

☐ pas au moment du décès, mais grossesse terminée depuis 42 jours ou moins

☐ pas au moment du décès, mais grossesse terminée depuis plus de 42 jours et moins d'un an

☐ Oui, au moment du décès

☐ Ne sait pas

La grossesse a-t-elle contribué au décès ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Cocher en fonction des éléments connus

Activité professionnelle

La grossesse a-t-elle contribué au décès ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE Le décès est-il survenu lors d'une activité professionnelle* ?

☐ Oui ☒ Non ☐ Ne sait pas

* toute activité source de revenu (y compris au domicile), les trajets domicile-travail, les déplacements professionnels, etc.

Si oui => OML

Recherche de la cause de décès

* toute activité source de revenu (y compris au domicile), les trajets domicile-travail, les déplacements professionnels, etc.

RECHERCHE DE LA CAUSE DU DÉCÈS

Une recherche de la cause du décès a-t-elle été demandée ?

☐

Oui, recherche médicale

☐

Oui, recherche médico-légale

☒

Non

Si oui, un volet médical complémentaire sera établi ultérieurement par le médecin ayant réalisé le diagnostic des causes du décès.

Idem que dans le volet administratif

Signature

SIGNATURE Nom lisible et cachet obligatoire du médecin

**Service Départemental
d'incendie et de secours
de la Loire**

Infirmier(e) : Nom et prénom

N° RPPS : Numéro RPPS

Le certificat peut être saisi électroniquement à l'adresse suivante : <https://leic.netde-incs.fr>

Ne pas oublier de signer



Le certificat doit obligatoirement comporter le tampon du SDIS

Remise du certificat de décès

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. (Nom, prénom et repère), docteur en médecine, certifie que le décès de la personne désignée ci-dessous, est réel et constant. (voir au verso 3)
Date et heure (précise ou estimée) de la mort : / / à h min
À défaut (impossibilité à établir), date et heure du constat de décès : / / à h min

INFORMATIONS D'ÉTAT CIVIL

COMMUNE DE DÉCÈS :
Code postal :
NOM :
NOM de jeune fille, le cas échéant :
Prénoms :
Date de naissance : / / Sexe : ☐ M ☐ F
Domicile :

INFORMATIONS FUNÉRAIRES (Cocher chaque ligne par oui ou par non)

Obtacle médico-légal (voir au verso 2) : ☐ Oui ☐ Non
Autre en ce cas, renseigner au verso l'annexe du certificat de décès
Obligation de mise en bière immédiate (voir au verso 5) : ☐ Oui ☐ Non
- dans un cercueil hermétiq. : ☐ Oui ☐ Non
- dans un cercueil simple : ☐ Oui ☐ Non
Obstacle aux soins de conservation (voir au verso 5) : ☐ Oui ☐ Non
Obstacle au don du corps à la science (voir au verso 5) : ☐ Oui ☐ Non
Recherche de la cause du décès, demande (ou demande en cours) par prélevement, examen ou autopsie médicale (voir au verso 3) : ☐ Oui ☐ Non
Si transport de corps nécessaire, délai de (voir au verso 3) : ☐ 48 h ☐ 72 h
Présence d'éléments, au moment du décès, d'une prothèse fonctionnant au moyen d'une pile (voir au verso 4) : ☐ Oui ☐ Non
Si prothèse présente, enlèvement de prothèse déjà effectué par le médecin : ☐ Oui ☐ Non

RÉSERVE À LA MAIRIE
Numéros à reproduire au verso
Volet 1 : À conserver par l'opérateur funéraire

N° d'acte : N° d'ordre du décès :

SIGNATURE
et cachet obligatoire du médecin

Volet à détacher selon les pointillés, à clore, et à joindre au bulletin d'État civil correspondant (bulletin 7 de décès), au moment de l'envoi au médecin de l'Agence régionale de santé

TRANSMISSION DU CERTIFICAT DE DÉCÈS - VOLET MÉDICAL

commune d'enregistrement du décès

N° de l'acte du décès : (à renseigner par la mairie) N° d'ordre du décès :

N° du

déclaration



Ne pas oublier de cacheter le certificat avant de le remettre à la famille

SAPEURS-POMPIERS DE LA LOIRE

À votre écoute, à vos côtés, à votre secours !

**Retrouvez les sapeurs-pompiers de
la Loire sur les réseaux sociaux !**



www.sdis42.fr



Scannez-moi !

sdis
SAPEURS-POMPIERS 42 LOIRE