

2126

ROYAUME DU MAROC

- Région : _____
 - Préfecture / Province : _____
 - Préfecture d'arrondissements : _____
 - Commune / Arrondissement : _____

CERTIFICAT DE DECES

Décès survenu le : 10/05/2023 à 12 h 02 min. S'agit-il d'un mort-né ? ☐ Oui ☒ Non
 Adresse du lieu de décès : Clinique AL MADINA (532 Bd Mohammed VI) Casablanca
 Nom : NAZART Prénom : AHMED CNE : B305745
 Sexe : ☒ Masculin ☐ Féminin ☐ Indéterminé Nationalité : Marocaine
 Date de naissance : 12/01/1939 Lieu de naissance : EL OUAD MRAH
 Adresse du domicile habituel : MESSAOUDA Rue 35 No 11 CD Casablanca
 Y a-t-il un obstacle médico-légal ? ☐ Oui ☒ Non
 N° de l'acte au registre des décès : 1 1 1 1 1
 Signature et cachet :
 Dr HANZAZ AMINE
 Médecin Réanimation
 N°PE : 091265009
 Constatación faite :
 1. Casablanca
 2. 10/05/2023

Partie à détacher et destinée au bureau d'état civil

Partie destinée au Ministère de la Santé

N° de l'acte au registre des décès : 1 1 1 1 1

Identification

Lieu de survenue du décès : - Préfecture / Province : _____
 - Préfecture d'arrondissements : _____
 - Commune / Arrondissement : _____
 Domicile habituel : - Préfecture / Province : _____
 - Préfecture d'arrondissements : _____
 - Commune / Arrondissement : _____
 Milieu de résidence : 1. ☐ Urbain 2. ☐ Rural 3. ☐ Inconnu

Renseignements

S'agit-il d'un mort-né ? 1. ☐ Oui 2. ☒ Non
 Sexe : 1. ☒ Masculin 2. ☐ Féminin 3. ☐ Indéterminé
 Date de décès : 10/05/2023 Date de naissance : 12/01/1939
 Jour Mois Année Jour Mois Année
 Lieu de décès : 1. ☐ Domicile 2. ☐ Hôpital public 3. ☒ Clinique privée 4. ☐ Voie publique 5. ☐ Lieu de travail 6. ☐ Autre : _____
 Etat matrimonial : 1. ☐ Célibataire 2. ☐ Marié(e) 3. ☐ Veuf(ve) 4. ☐ Divorcé(e) 5. ☐ Inconnu
 Nationalité : 1. ☐ Marocaine 2. ☐ Autre (à préciser) : _____

Cause du décès

PARTIE I

Indiquer la maladie ou l'état morbide ayant directement provoqué le décès sur la ligne a)

Indiquer dans leur ordre de survenue la chaîne des événements consécutifs (le cas échéant)

Inscrire la cause initiale du décès sur la dernière ligne renseignée.

a) _____
 b) _____
 c) _____
 d) _____

Accrét cardiaque - respiratoire
 détresse respiratoire aigüe
 Embolie pulmonaire probable

Intervalle entre le début du processus morbide et le décès (Heures, jours, mois ou ans)

CLINIQUE AL MADINA
 Dr HANZAZ AMINE
 Anesthésiste Réanimation
 N°PE : 091265009

PARTIE II

Autres états morbides ayant significativement contribué au décès. (Ecrire chaque intervalle entre parenthèses après la maladie correspondante)

Instructions à suivre pour remplir le volet médical

- ✓ Les causes du décès seront indiquées de façon aussi précise que possible.
- ✓ Le seuil de déclaration à l'état civil des mort-nés en se référant à la définition de la viabilité donnée par l'OMS est de 22 semaines d'aménorrhée ou un poids du fœtus de plus de 500 grammes.
- ✓ Ne pas utiliser d'abréviation ambiguë (exemple : IR Insuffisance Respiratoire ? Rénale ?).
- ✓ Ecrire lisiblement.
- ✓ Pour plus d'informations, veuillez consulter le site web du Ministère de la Santé : www.sante.gov.ma

Exemples

Partie I	Intervalle	Partie I	Intervalle	Partie I	Intervalle	Partie I	Intervalle
a) Sepsicémie	3 h	a) Coma	12 h	a) Choc hémorragique	1 h	a) Détresse respiratoire	5 mn
b) Péritonite	18 h	b) Œdème cérébral	18 h	b) Fracture multiples	6 h	b) Embolie pulmonaire	5 mn
c) Perforation d'ulcère	3 j	c) Traumatisme crânien	2 j	c) Suicide par chute du 5 ^{ème} étage	6 h	c) Pléthysie	?
d) Ulcère duodénal	6 mois	d) Accident de la route	2 j	d)		d) Accouchement	16 j
Partie II		Partie II		Partie II		Partie II	
Alcoolisme (20 ans)				Toxicomanie		Varices (4 ans)	

Remarques : • Les cases ☐ doivent être remplies par des chiffres.
 • Pour les pointillés préciser la mention.
 • Les cases ☐ doivent être cochées selon le cas.

Informations complémentaires

Circonstances du décès :

1. ☒ Maladie

2. ☐ Accident

3. ☐ Suicide

Cause externe

4. ☐ Homicide

5. ☐ Intention indéterminée

6. ☐ Inconnues

En cas de cause externe (dont intoxication) :

- Date de survenue :

- Lieu de survenue :

0. ☐ Domicile

5. ☐ Zone de commerce/service

1. ☐ Etablissement collectif

6. ☐ Local industriel/chantier

2. ☐ Ecole/administration publique

7. ☐ Exploitation agricole

3. ☐ Lieu de sport

8. ☐ Autre : _____

4. ☐ Voie publique

9. ☐ Inconnu

- Circonstances de survenue : Ex : (Piéton blessé dans une collision avec une automobile)

Autopsie :

- Une autopsie a-t-elle été demandée (*) ?

1. ☐ Oui 2. ☒ Non 3. ☐ Inconnu

- Si Oui les résultats ont-ils été utilisés dans la certification ?

1. ☐ Oui 2. ☐ Non 3. ☐ Inconnu

(*) ou sera-t-elle vraisemblablement demandée ?

Intervention chirurgicale récente :

- Une opération a-t-elle été effectuée lors des 4 dernières semaines ?

1. ☐ Oui 2. ☒ Non 3. ☐ Inconnu

- Si Oui, date de l'opération : 2 0

- Motif de l'opération : _____

Décès d'une femme de 12-54 ans :

- Le décès est-il survenu pendant une grossesse ou moins d'un an après sa terminaison ? 1. ☐ Oui 2. ☐ Non 3. ☐ Inconnu

- Si Oui, le décès de la femme est-il survenu :

1. ☐ Au cours de la grossesse

2. ☐ Dans un délai de 42 jours après la terminaison de la grossesse

3. ☐ Plus de 42 jours mais moins d'un an, après la terminaison de la grossesse

- La grossesse a-t-elle contribué au décès ?

1. ☐ Oui 2. ☐ Non 3. ☐ Ne sait pas

Décès périnatal (Mort-nés^(*), décès âgés de moins de 7 jours) :

- Grossesse multiple : 1. ☐ Oui 2. ☐ Non 3. ☐ Inconnue

- Age gestationnel (en semaines d'aménorrhée) :

- Poids à la naissance (en grammes) :

- Si décès âgé de moins de 24 heures préciser le nombre d'heures :

- Age de la mère en années :

- Maladie ou affection maternelle ayant affecté le fœtus ou le nouveau-né : _____

(*) Le seuil de déclaration à l'état civil des mort-nés en se référant à la définition de la viabilité donnée par l'OMS est de 22 semaines d'aménorrhée ou un poids du fœtus de plus de 500 grammes.

Constatation faite par :

1. ☒ Médecin

2. ☐ Autre : _____

Nom de l'établissement : Clinique AL

Service : Périmaternal

Numéro de téléphone : 05 22 23 23 44

Signature : _____

CLINIQUE AL
De l'AM à l'AV
Anesthésie Réanimation
INPE: 091283009

- ✓ Les causes du décès seront indiquées de façon aussi précise que possible.
- ✓ Le seuil de déclaration à l'état civil des mort-nés en se référant à la définition de la viabilité donnée par l'OMS est de 22 semaines d'aménorrhée ou un poids du fœtus de plus de 500 grammes.
- ✓ Ne pas utiliser d'abréviation ambiguë (exemple : IR Insuffisance Respiratoire ? Rénale ?).
- ✓ Ecrire lisiblement.
- ✓ Pour plus d'informations, veuillez consulter le site web du Ministère de la Santé : www.sante.gov.ma

Exemples					
Partie I	Intervalle	Partie I	Intervalle	Partie I	Intervalle
a) Septicémie	3 h	a) Coma	12 h	a) Choc hémorragique	1 h
b) Péritonite	18 h	b) Œdème cérébral	18 h	b) Fracture multiples	6 h
c) Perforation d'ulcère	3 j	c) Traumatisme crânien	2 j	c) Suicide par chute du 5 ^{ème} étage	6 h
d) Ulcère duodénal	6 mois	d) Accident de la route	2 j	d)	
Partie II		Partie II		Partie II	
Alcoolisme (20 ans)				Toxicomanie	
					Varices (4 ans)

Nom de l'établissement : clinique AL
Service : Périmat
Numéro de téléphone : 05 22 77 77 40

Signature _____
 Date AL 11/11/2009
 77 40
 CLINIQUE Dr. HAN, C. M. D.
 Anesthésie Réanimat
 INPE: 0912655009

ROYAUME DU MAROC

Région : _____

Préfecture / Province : _____

Préfecture d'arrondissements : _____

Commune / Arrondissement : _____

CERTIFICAT DE DECES

Décès survenu le : 20/05/2023 à 00 min. S'agit-il d'un mort-né ? ☐ Oui ☒ Non

Adresse du lieu de décès : Clinique AL MADINA (532, Bd. Pénaromque, Casab)

Nom : NAZART Prénom : AHMED CNIE : B305715

Sexe : ☒ Masculin ☐ Féminin ☐ Indéterminé Nationalité : Marocain

Date de naissance : 01/01/1939 Lieu de naissance : OUJDA MRAH

Adresse du domicile habituel : MESSAOUDIA Rue 35 No 01 CD Casab

Y a-t-il un obstacle médico-légal ? ☐ Oui ☒ Non

N° de l'acte au registre des décès : _____

Signature et cachet

Signature : DR HANZAZ AMINE

Anesthésie Réanimation

INPE : 091265009

Constataction faite :

A : Casablanca

le : 20/05/2023

Partie à détacher et destinée au bureau d'état civil

Partie destinée au Ministère de la Santé

N° de l'acte au registre des décès : _____

Identification

Lieu de survenue du décès : - Préfecture / Province : _____

- Préfecture d'arrondissements : _____

- Commune / Arrondissement : _____

Domicile habituel :

- Préfecture / Province : _____

- Préfecture d'arrondissements : _____

- Commune / Arrondissement : _____

Milieu de résidence : 1. ☐ Urbain 2. ☐ Rural 3. ☐ Inconnu

Renseignements

S'agit-il d'un mort-né ? 1. ☐ Oui 2. ☒ NonSexe : 1. ☒ Masculin 2. ☐ Féminin 3. ☐ IndéterminéDate de décès : 20/05/2023
Jour Mois AnnéeDate de naissance : 01/01/1939
Jour Mois AnnéeLieu de décès : 1. ☐ Domicile 3. ☒ Clinique privée 5. ☐ Lieu de travail
2. ☐ Hôpital public : 4. ☐ Voie publique 6. ☐ Autre : _____Etat matrimonial : 1. ☐ Célibataire 2. ☐ Marié(e)
3. ☐ Veuf (ve) 4. ☐ Divorcé(e) 5. ☐ InconnuNationalité : 1. ☐ Marocaine2. ☐ Autre (à préciser) : _____

Cause du décès

PARTIE I

Indiquer la maladie ou l'état morbide ayant directement provoqué le décès sur la ligne a

Indiquer dans leur ordre de survenue la chaîne des événements causaux (le cas échéant)

Inscrire la cause initiale du décès sur la dernière ligne renseignée.

a)

due à

b)

due à

c)

due à

d)

Arrêt cardio-respiratoire
Défaillance respiratoire aigüe
Embolie pulmonaire probable

Intervalle entre le début du processus morbide et le décès (Heures, jours, mois ou ans)

CLINIQUE AL MADINA
DR HANZAZ AMINE
Anesthésie Réanimation
INPE : 091265009

PARTIE II

Autres états morbides ayant significativement contribué au décès. (Ecrire chaque intervalle entre parenthèses après la maladie correspondante)