

2126

ROYAUME DU MAROC

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

CERTIFICAT DE DECES

Décès survenu le : 10/05/2023 à 09h00 min. S'agit-il d'un mort-né ? Oui Non

Adresse du lieu de décès : Clinique AL MADINA (532, Bd Veneracion, Casablanca)

Nom : NAZARI Prénom : AHMED CNIS : B305715

Sexe : Masculin Féminin Indéterminé Nationalité : Marocain

Date de naissance : 21/01/1939 Lieu de naissance : de OUZOZO MRAH

Adresse du domicile habituel : MESSAOUDIA 2, 35 N° M 00 Casablanca

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

N° de l'acte au registre des décès : 111111

Signature et cachet

CLINIQUE AL MADINA

Présidente Réanimatrice

Anesthésie Réanimatrice

N°PE : 091265009

Constatation faite

A - Casablanca

k : 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 : 111111

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. Masculin2. Féminin3. IndéterminéDate de décès : 10/05/2023

Jour

Mois

Année

Date de naissance : 01/01/1939

Jour

Mois

Année

Lieu de décès : 1. Domicile3. Clinique privée5. Lieu de travail2. Hôpital public4. Voie publique6. Autre : _____Etat matrimonial : 1. Célibataire 2. Marié(e)Nationalité : 1. Marocaine3. Veuf (ve) 4. Divorcé(e) 5. Inconnu2. Autre (à préciser) : _____

Cause du décès

PARTIE I

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

a) _____

Arrêt cardiaque

Intervalle entre le début du processus mortuaire et le décès (Heure, mois, mois ou ans)

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

b) _____

détresse respiratoire aiguë

c) _____

embolie pulmonaire

d) _____

CLINIQUE AL MADINA
Dr HANZA Z Anesthésie Réanimation
N°PE : 091265009

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

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 ?).
- ✓ Écrire 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) Septicémie	3 h	e) Conv.	12 h	a) Choix hémorragique	1 h	a) Dépression respiratoire	5 mn
b) Peritonite	18 h	b) Gélose cérébrale	18 h	b) Fracture multiple	6 h	b) Embolie pulmonaire	5 mn
c) Perforation d'utérus	3 j	c) Trépanisme crânien	2 j	c) Suicide par chute du 5 ^{me} étage	6 h	c) Phlébite	?
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 :

Cause externe							
1. <input checked="" type="checkbox"/> Maladie	2. <input type="checkbox"/> Accident	4. <input type="checkbox"/> Homicide	6. <input type="checkbox"/> Inconnues				
	3. <input type="checkbox"/> Suicide	5. <input type="checkbox"/> Intention indéterminée					

En cas de cause externe (dont intoxication) :

- Date de survenue : _____
- Lieu de survenue :
 - 0. Domicile
 - 1. Etablissement collectif
 - 2. Ecole/administration publique
 - 3. Lieu de sport
 - 4. Voie publique
- Circonstances de survenue : Ex : Pilote 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 : _____

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-né), décès âgés de moins de 7 jours :

- Grossesse multiple : 1. Oui 2. Non 3. Inconnue
- Âge gestationnel (en semaines d'aménorrhée) :
 - _____
- Poids à la naissance (en grammes) :
 - _____
- Si décès âgé de moins de 24 heures préciser le nombre d'heures _____
- Âge 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 : _____

Signature _____

Nom de l'établissement : Elmiguet Al Rémédiation
 Service : Réadaptation
 Numéro de téléphone : 05-22-23-33-44

Climax 2014
 ORA 2014
 ANP 2014
 NPE 09/2014

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) Septicémie	3 h	a) Conv.	12 h	a) Choc hémorragique	1 h	a) Détresse respiratoire	5 mn
b) Péritonite	18 h	b) Edème 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 ^{me} étage	6 h	c) Phlébite	?
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 :

Cause externe							
1. <input checked="" type="checkbox"/> Maladie	2. <input type="checkbox"/> Accident	4. <input type="checkbox"/> Homicide	6. <input type="checkbox"/> Inconnues				
	3. <input type="checkbox"/> Suicide	5. <input type="checkbox"/> Intention indéterminée					

En cas de cause externe (dont intoxication) :

- Date de survenue :

- Lieu de survenue :

- | | |
|---|---|
| 0. <input type="checkbox"/> Domicile | 5. <input type="checkbox"/> Zone de commerce/service |
| 1. <input type="checkbox"/> Etablissement collectif | 6. <input type="checkbox"/> Local industriel/chantier |
| 2. <input type="checkbox"/> Ecole/administration publique | 7. <input type="checkbox"/> Exploitation agricole |
| 3. <input type="checkbox"/> Lieu de sport | 8. <input type="checkbox"/> Autre : _____ |
| 4. <input type="checkbox"/> Voie publique | 9. <input type="checkbox"/> 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-nés¹⁾, 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 : climigue AL MAMOURA

Service : Réanimation

Numéro de téléphone : 05-22-27-27-44

Signature et date : 21/01/2017
Signature : DR. A. MAMOURA
Anesthésie Réanimation : DR. A. MAMOURA
INPE : 0912650037

ROYAUME DU MAROC

نسخة مطبوعة لا لاصق

الملك محمد السادس
President et par délégation

10 MAI 2023

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

CERTIFICAT DE DECES

Décès survenu le : 10/05/2023 à 07 h 00 min. S'agit-il d'un mort-né ? Oui Non

Adresse du lieu de décès : Clinique AL MADINA (532, Bd Panoramique, Casablanca) Signature et cachet

Nom : NAZARI Prénom : AHMED CNIE: B305715

Sexe : Masculin Féminin Indéterminé Nationalité : Marocain

Date de naissance : 01/01/1939 Lieu de naissance : LA OULAO MRAH

Adresse du domicile habituel : MESSAOUDIA Rue 35 N° 31 CD Casablanca

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

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

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 survenu du décès : - Préfecture /Province :

- Préfecture d'arrondissements :

- Commune / Arrondissement :

Domicile habituel : - Préfecture /Province :

- Préfecture d'arrondissements :

- Commune / Arrondissement :

Millieu 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

Jour

Mois

Année

Date de naissance : 01 01 1939

Jour

Mois

Année

Lieu 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)

Nationalité : 1. Marocaine

3. Veuf (ve)

4. Divorcé(e)

5. Inconnu

2. Autre (à préciser) : _____

Cause du décès

Arret cardio - respir

Detresse respiratoire aig

Embolie pulmonaire probable

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

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

a) _____

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

b) _____

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

due à

c) _____

due à

d) _____

PARTIE II

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