

ROYAUME DU MAROC

167029



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

CERTIFICAT DE DECES

Décès survenu le : 06/07/2023 à 21 h 10 min. S'agit-il d'un mort né ? ☐ Oui ☒ Non

Adresse du lieu de décès : Hôpital privé Casablanca Ain Sebaa

Nom : BAATARI Prénom : EL HOUSSINE CNE : B636702

Sexe : ☒ Masculin ☐ Féminin ☐ Indéterminé Nationalité :

Date de naissance : 07/04/1958 Lieu de naissance : Ain Sebaa

Adresse du domicile habituel : Hay Gouds Res El Fajr IMH B. Sidi Barmouj

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

N° de l'acte au registre des décès : 18137

Ain Sebaa
Casablanca

Signature et cachet du médecin

Constatation faite :

le : 06/07/2023

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 : 18137

Identification

Lieu de survenue du décès :
- Préfecture / Province :
- Préfecture d'arrondissements :
- Commune / Arrondissement : Ain Sebaa Casablanca
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 : 06/07/2023 Date de naissance : 07/04/1958
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

a) choc septique réfractaire

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

b) avec défaillance

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

c) multi-organes

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

PARTIE II

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

La collecte et le traitement des données à travers le certificat de décès sont soumis aux dispositions de la loi 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

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

Circonstances du décès :

Informations complémentaires

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 :

- 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 termination ? 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. ☐ Inconnu

- 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 :

Service :

Numéro de téléphone :

Signature et cachet

(Signature)