

CERTIFICAT MEDICAL DE DECES

REPUBLIQUE TUNISIENNE
MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE

**Premier volet destiné aux Services d'Etat Civil
A remplir lisiblement par le médecin**

**RESERVE A LA COLLECTIVITE LOCALE
N° D'ACTE DU DECES**
[] [] [] [] [] []

NOM :

Le docteur en médecine soussigné, certifie que la mort de la personne désignée ci-contre, survenue le/...../..... àheure est réelle et constante (voir 1 au verso).

Prénoms :

C. I. N. (ou autre pièce d'identité) :

Obstacle médico-légal à l'inhumation (voir 2 au verso)..... Oui Non
Obligation de mise en bière immédiate (voir 3 au verso)..... Oui Non

Adresse du lieu de résidence principal :

A..... le..... àheure*

Rue :

Signature (Nom lisible) et Cachet (obligatoire) du médecin

Collectivité locale : Délégation : Gouvernorat :

Né (e) le : / / à

Sexe : 1. M 2. F

Profession :

Etat matrimonial : 1. Célibataire 2. Marié (e)
3. Veuf (ve) 4. Divorcé (e)

N° d'inscription au Conseil National de l'Ordre des Médecins :
Lieu d'exercice du médecin :

Nationalité : 1. Tunisienne 2. Autre

S'agit-il du médecin traitant ? 1. Oui, 2. Non

Collectivité locale lieu de survenue du décès:

Collectivité locale : Délégation : Gouvernorat :

Ce certificat a été délivré à la demande de la famille du défunt et rédigé selon les déclarations de titulaire de la C. I. N. n°

* : Heure du constat du décès

CERTIFICAT MEDICAL DE DECES

REPUBLIQUE TUNISIENNE
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

Feuillelet destiné aux services du Ministère de la Santé Publique

N° D'ACTE DU DECES

/ / / / /

Le docteur en médecine soussigné, certifie que la mort est survenue le à heure (voir 1 au verso).

Obstacle médico-légal à l'inhumation (voir 2 au verso) Oui Non
 Obligation de mise en bière immédiate (voir 3 au verso) Oui Non

A le à heure*

Signature (N° lisible) et Cachet (obligatoire) du médecin

Collectivité locale : Délégation : Gouvernorat :

Né (e) le : / / à

Sexe : 1. M 2. F

Profession :

Etat matrimonial : 1. Célibataire 2. Marié (e)
 3. Veuf (ve) 4. Divorcé (e)

Nationalité : 1. Tunisienne 2. Autre

N° d'inscription au Conseil National de l'Ordre des Médecins :

Lieu d'exercice du médecin :

Collectivité locale lieu de survenue de décès :

S'agit-il du médecin traitant ? 1. Oui, 2. Non

Collectivité locale : Délégation : Gouvernorat :

Ce certificat a été délivré à la demande de la famille ou du défunt et rédigé selon les déclarations de titulaire de la C. I. N. n°

* : Heure du constat du décès

Deuxième volet destiné aux services du Ministère de la Santé Publique

Renseignements confidentiels et anonymes

A remplir lisiblement et à crier par le médecin

Cause (s) du décès (voir exemples au verso)

PARTIE I : Maladie(s) ou affection(s) morbide(s) ayant directement provoqué le décès*
 La dernière ligne remplie doit correspondre à la cause initiale.

Inter valle entre le début du processus morbide et le décès (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 : _____

* Il s'agit de la maladie, du traumatisme, de la complication ayant entraîné la mort (et non du mode de décès, ex : syncope, arrêt cardiaque...)

PARTIE II : Autres états morbides, facteurs ou états physiologiques (grossesse...) ayant contribué au décès, mais non mentionnés en Partie I.

Informations complémentaires

Le décès est-il survenu pendant une grossesse (à déclarer, même si cet état n'a pas contribué à la mort) ou moins d'un an après ? 1. Oui 2. Non
 Dans ce dernier cas, intervalle entre la fin de cette grossesse et le décès : mois jours

En cas d'accident, préciser le lieu exact de survenue (voie publique, domicile...)

S'agit-il d'un accident de travail (ou présumé tel) ?

1. Oui 2. Non 3. Sans précision

Autopsie : une autopsie a-t-elle été ou sera-t-elle pratiquée ?

Lieu de décès :

1. Non 2. Oui et le résultat est disponible
 3. Oui mais le résultat est non disponible

1. Domicile 2. Institution 3. Voie publique
 4. Hôpital 5. Clinique privée 6. Autre lieu

lequel ? laquelle ? lequel ?

MODALITES DE REMPLISSAGE DU VOLET ADMINISTRATIF

1. La date et l'heure du décès doivent être précisées, le cas échéant de manière approximative. Ne pas indiquer la date du constat. Toutefois, dans le cas d'un décès présentant un obstacle médico-légal, ces mentions seront confirmées ultérieurement par l'expertise médico-légale.

2. Obstacle médico-légal : Suicide ou décès suspect paraissant avoir sa source dans une infraction. Le corps est alors à la disposition de la justice. Toutes les opérations funéraires sont suspendues jusqu'à autorisation donnée par l'autorité judiciaire (Art. n° 48 de la loi n° 57 - 3 du 1^{er} Août 1957 réglementant l'état civil).

3. Mise en bière immédiate : maladies contagieuses, épidémiques ou infectieuses (Décret n° 97 - 1326 du 7 Juillet 1997, relatif aux modalités de préparation des tombes et fixant les règles d'inhumation et d'exhumation des dépouilles mortelles ou des cadavres). Les maladies concernées sont les suivantes : Choléra, rage, sida, hépatites virales sauf hépatite A confirmée et les fièvres hémorragiques virales.

MODALITES DE REMPLISSAGE DU VOLET MEDICAL : EXEMPLES

	Intervalle		Intervalle		Intervalle
I. a) Hémorragie cérébrale	1 h	I. a) Coma	12 h	I. a) Septicémie	3 h
b) Hypertension	15 a	b) Oedème cérébral	18 h	b) Péritonite	18 h
c)	-	c) Traumatisme crânien	2 j	c) Perforation	3 j
d)	-	d) Accident de la route	2 j	d) Ulcère duodénal	?
II. Cancer du sein	?	II. -	-	II. Alcoolisme	?
	Intervalle		Intervalle		Intervalle
I. a) Détresse respiratoire	5 mn	I. a) Noyade	?	I. a) Toxoplasmose cérébrale	20 j
b) Embolie pulmonaire	5 mn	b) Suicide	?	b) Sida	7 m
c) Phlébite	?	c)	-	c)	-
d) Accouchement	16 j	d)	-	d)	-
II. Varices	?	II. Toxicomanie	?	II. Kaposi, Tuberculose	?

CERTIFICAT MEDICAL DE DECES VOLET CONFIDENTIEL

**NE DOIT ETRE OUVERT QUE PAR LE MEDECIN DE
LA SANTE PUBLIQUE**