



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

CERTIFICAT DE DECES

Décès survenu le : 10/03/2024 à 09 h 10 min. S'agit-il d'un mort né ? ☐ Oui ☒ Non
 Adresse du lieu de décès : Centre International d'Oncologie CHU de Casablanca
 Nom : BERRADA BADOUR Prénom : Nouria CNIE : B.407805
 Sexe : ☐ Masculin ☒ Féminin ☐ Indéterminé Nationalité : Marocaine
 Date de naissance : 06/08/1953 Lieu de naissance : Fes
 Adresse du domicile habituel : 28 Rue 0970224 Apt 1/1 Franceville 2 Casablanca
 Y a-t-il un obstacle médico-légal ? ☐ Oui ☒ Non
 N° de l'acte au registre des décès : 15814

Signature et cachet du médecin

Docteur HASSANTALIB
 Anesthésiste-Réanimateur
 Traitement de la Douleur
 Hypocrate Médicale
 INPE 091164335

Constatation faite :

A : CASABLANCA
 le : 10/03/2024

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 : 15814

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 : 10/03/2024
 Jour Mois Année

Date de naissance : 06/08/1953
 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

PARTIE I

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

a) due à

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

b) due à

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

c) due à
 d) due à

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)

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) 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) 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 :

1. ☒ Maladie

2. ☐ Accident

4. ☐ Homicide

3. ☐ Suicide

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 : C.T.C.C.

Service : USC

Numéro de téléphone :

Signature et cachet

Docteur HASSAN TALIBI
Anesthésiste-Réanimateur
Traitement de la Douleur
Hypnose Médicale
INRE 091164335