



9598

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

CERTIFICAT DE DECES

Décès survenu le : 10/03/2024 à 09 h 30 min. S'agit-il d'un mort né ? Oui Non

Adresse du lieu de décès : Casablanca

Nom : BELKAÏD BOUAOUS Prénom : Nour El 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 09 Casablanca Apt 1F France Ville 2 CASA

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

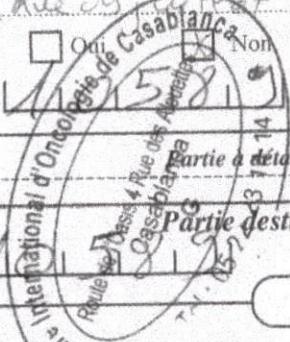
N° de l'acte au registre des décès : 10312024/58

Signature et cachet du médecin

Docteur HASSAN TALIB
 Anesthésiste Réanimateur
 Traitement de la Douleur
 Hypnose 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

1° 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. Non

Sexe :

1. Masculin2. Féminin3. Indéterminé

Date de décès : 10/03/2024

Jour

Mois

Année

Date de naissance : 06/08/1953

Jour

Mois

Année

Lieu de décès : 1. Domicile3. Clinique privée5. Lieu de travail2. Hôpital public4. Voie publique6. Autre :Etat matrimonial : 1. Célibataire2. Marié(e)Nationalité : 1. Marocaine3. Veuf (ve) 4. Divorcé(e)5. Inconnu2. Autre (à préciser) :

PARTIE I

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

- a) due à
- b) due à
- c) due à
- d) due à

*Afafa Danie fulgurante
 choc Septique
 infection Pulmonaire
 cancer Pulmonaire metastase*

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

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.

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 II	Intervalle	Partie I	Intervalle	Partie II	Intervalle
a) Septicémie	3 h	a) Coma	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)	

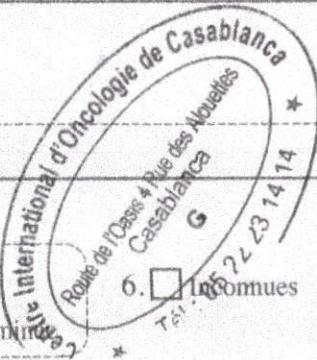
Remarques : • Les cases / / doivent être remplies par des chiffres.

Circonstances du décès :

Informations complémentaires

- Cause externe

- | | | |
|--|--------------------------------------|---|
| 1. <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | 2. <input type="checkbox"/> Accident | 4. <input type="checkbox"/> Homicide |
| | 3. <input type="checkbox"/> Suicide | 5. <input type="checkbox"/> Intention i |



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 survenance : Ex : *Piéton blessé dans une collision avec une automobile*

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 :

- Au cours de la grossesse
 - Dans un délai de 42 jours après la terminaison de la grossesse
 - Plus de 42 jours mais moins d'un an, après la terminaison de la grossesse

grossesse

- 1 Oui 2 Non 3 Ne sait pas

Constatation faite par :

1. Médecin

Nom de l'établissement : *Cercle*

Service : HSE

Numéro de téléphone :

Signature et cachet

~~Docteur HASSANTAI
Anesthésiste Réanimateur
Traitements de la Douleur
Hypnose Médicale
TPE 0916A335~~