



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

162117

## CERTIFICAT DE DECES

Décès survenu le : 20/05/2023 à 02 h 00 min. S'agit-il d'un mort-né ? ☐ Oui ☒ Non

Adresse du lieu de décès : Clinique AL MADINA 1532, Bd Mohammed VI, Casablanca

Nom : NAZART Prénom : AHMED CNI : B305715

Sexe : ☒ Masculin ☐ Féminin ☐ Indéterminé Nationalité : Marocain

Date de naissance : 01/01/1939 Lieu de naissance : EL OULAD MRAH

Adresse du domicile habituel : MESSAOUDIA Rue 35 No 11 CD Casablanca

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

N° de l'acte au registre des décès : \_\_\_\_\_

Signature et cachet

CLINIQUE AL MADINA  
 DR HANZAZ AMINE  
 Anesthésiste Réanimation  
 INPE : 091265009

Constatación faite :

A : Casablanca  
 le : 20/05/2023

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 : \_\_\_\_\_

## 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. ☒ Masculin 2. ☐ Féminin 3. ☐ IndéterminéDate de décès : 20/05/2023  
 Jour Mois AnnéeDate de naissance : 01/01/1939  
 Jour Mois AnnéeLieu de décès : 1. ☐ Domicile3. ☒ Clinique privée5. ☐ Lieu de travail2. ☐ Hôpital public :4. ☐ Voie publique6. ☐ Autre : \_\_\_\_\_Etat matrimonial : 1. ☐ Célibataire 2. ☐ Marié(e)3. ☐ Veuf (ve) 4. ☐ Divorcé(e) 5. ☐ InconnuNationalité : 1. ☐ Marocaine2. ☐ Autre (à préciser) : \_\_\_\_\_

## PARTIE I

## Cause du décès

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

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.

a) \_\_\_\_\_  
 due à  
 b) \_\_\_\_\_  
 due à  
 c) \_\_\_\_\_  
 due à  
 d) \_\_\_\_\_

Arrêt cardio-respiratoire  
 détresse respiratoire aigüe  
 Embolie pulmonaire probable

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

CLINIQUE AL MADINA  
 DR HANZAZ AMINE  
 Anesthésiste Réanimation  
 INPE : 091265009

## 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](http://www.sante.gov.ma)

Exemples							
Partie I	Intervalle	Partie I	Intervalle	Partie I	Intervalle	Partie I	Intervalle
a) Sepsicémie	3 h	a) Coma	12 h	a) Choc hémorragique	1 h	a) Décesse respiratoire	5 mn
b) Péritonite	18 h	b) Œdème cérébral	18 h	b) Fracture multiples	6 h	b) Embolie pulmonaire	3 mn
c) Perforation d'ulcère	3 j	c) Traumatisme crânien	2 j	c) Suicide par chute du 5 <sup>ème</sup> 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.

### Circonstances du décès :

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. <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 :

- 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-nés (\*), 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 : Clinique AL

Service : Réanimation

Numéro de téléphone : 05 22 33 33 40

Signature Dr. A. A. A. A.

CLINIQUE AL  
Dr. A. A. A. A.  
Anesthésiste Réanimateur  
INPE: 091265009