

Une réalisation de :

- Ministère de la Santé et des Services sociaux
- Institut de la statistique

Bien vouloir remplir le formulaire en lettres moulées avec un stylo ou à la machine à écrire. Appuyer fortement.

**LIEU DU DÉCÈS**

1. Nom de l'installation où a eu lieu le décès

**DOMICILE**

3. Adresse de l'endroit où a eu lieu le décès (n°, rue, municipalité, province ou pays)

5855 ALAIN

BROSSARD

2. Code d'installation

Code postal

J 4 Z 1 H 3

**IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE (Inscrire le nom de famille et le(s) prénom(s) selon l'acte de naissance)**

4. Nom de famille

T H E R R I E N

6. N° d'assurance maladie

T H E J 5 0 0 6 0 4 1 3

5. Prénom usuel

J O C E L Y N

7. Date de naissance

A A A A A M M M J J J J

8. Âge Si âgé(e) de plus d'un an au décès

70

Si âgé(e) de moins de 24 heures

I 9 5 0 0 6 0 4

9. État matrimonial

 Célibataire (jamais marié (e))

 Divorcé (e)

 Marié (e)

 Séparé (e) légalement

10. Lieu de naissance (province ou pays)

Q U E B E C

11. Langue d'usage à la maison

 Français  Anglais  Autre (préciser)

12. Nom du (de la) conjoint (e) de la personne décédée

F R A P P I E R

13. Si la personne décédée était mariée, indiquer l'âge de son (sa) conjoint (e)

A A A A

14. Adresse du domicile de la personne décédée

N° Rue

5855 ALAIN

Municipalité, province ou pays

B R O S S A R D

Code postal

J 4 Z 1 H 3

15. Nom de famille de la mère (selon l'acte de naissance)

L E F R A N Ç O I S

16. Prénom usuel de la mère

M A R I E - J E A N N E

17. Nom de famille du père

T H E R R I E N

18. Prénom usuel du père

A R M A N D

**CERTIFICATION MÉDICALE DU DÉCÈS**

19. Date et heure du décès

A A A A A M M M J J J J

2 0 2 1 0 1 2 3 1 6 1 4

20. Sexe de la personne décédée

 Masculin  Féminin  Indéterminé 

21. Avis au coroner (voir l'aide-mémoire au verso de la copie 1)

 Oui  Non 

22. Causes du décès

 a) **1. Maladie ou affection morbide ayant directement provoqué le décès**
**INFARCTUS DU MYOCARDE PROBABLE**

b) dues à (ou consécutives à)

c) dues à (ou consécutives à)

d) (cause initiale)

Intervalle approximatif entre le début étiologique et le décès ▼

2. Autres états morbides importants ayant contribué au décès, mais sans rapport avec la maladie ou avec l'état morbide qui l'a provoqué

\* Il ne s'agit pas ici du mode de décès, par exemple: défaillance cardiaque, syncope, etc., mais de la maladie, du traumatisme ou de la complication qui a entraîné la mort.

23. Y a-t-il eu autopsie?

 Oui  Non 

24. Présence de radio-isotopes

 Oui  Non 

25. S'il s'agit d'une femme, le décès est-il survenu au cours d'une grossesse ou dans les 42 jours?

 Oui  Non 

 Non 

Si oui, la certification de la cause de décès tient-elle compte de l'information fournie par l'autopsie?

 Oui  Non 

Préciser

 Oui  Non 

 Non 

28. Lieu (ferme, usine, etc.) et circonstances (noyade, strangulation, etc.)

29. Qualité de l'auteur de la certification médicale

 Médecin

 Coroner

 Autre

30. Nom de famille et prénom usuel de l'auteur de la certification médicale

D R E - J U L I E L A V O I E 1 6 - 5 7 7

31. N° de téléphone où l'auteur peut être rejoint

4 1 8 8 3 5 7 1 2 1

32. Adresse (n°, rue, municipalité, province)

143. RUE WOLFE, LÉVIS (QUÉBEC)

Code postal

G 6 V 3 Z 1

J'ai rédigé au meilleur de ma connaissance les causes et les circonstances du décès de cette personne. Les renseignements colligés sont transmis à l'Institut de la statistique du Québec, au ministère de la Santé et des Services sociaux, au directeur de funérailles, à Statistique Canada, au Directeur de l'état civil ainsi qu'aux autorités responsables des données de l'état civil de la province de résidence de la personne décédée s'il y a lieu. Les renseignements transmis sont soumis aux conditions de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, sauf en ce qui concerne le Directeur de l'état civil et l'autorité responsable des données civiles de la province de résidence de la personne décédée s'il y a lieu qui ne sont pas assujettis à cette loi. Les conditions sont énumérées au verso de la page 2.

33. Signature de l'auteur de la certification médicale

34. Date de la signature

20210123 16-577

35. Si médecin, n° de permis de la Corp. des médecins

**DISPOSITION DU CORPS / DIRECTEUR DE FUNÉRAILLES**

36. Mode de disposition

 Inhumation

 Étude de l'anatomie

 Crémation

 Transport à l'extérieur du Québec

37. Nom de la maison funéraire

38. N° de permis (dir. de funérailles)

39. Adresse de la maison funéraire (n°, rue, municipalité, province ou pays)

Code postal

40. Date de la prise en charge

A A A A A M M M J J J J

41. Nom et prénom du représentant de la maison funéraire

42. Signature du représentant