

Renseignements sur le (la) défunt(e)

Nom (à la naissance) : _____ Prénom : _____

 Sexe : homme femme

État matrimonial : _____

Numéro d'assurance sociale : _____

Numéro RAMQ : | | | | | | | | | | | | | | | |

Date de naissance du défunt(e) : | A | A | A | A | M | M | J | J |

Date du décès : | A | A | A | A | M | M | J | J |

Adresse (no, rue, ville et province) : _____ Code postal : | | | | | |

 Au meilleur de votre connaissance, le patient a-t-il fait usage de tabac, sous n'importe quelle forme? oui non

Si oui, depuis quand ? _____

Date d'apparition des premiers symptômes de la maladie ayant causée le décès : | A | A | A | A | M | M | J | J |

Date de la première consultation chez le médecin pour cette maladie : | A | A | A | A | M | M | J | J |

Fréquence des visites médicales depuis l'apparition des premiers symptômes : _____

Veuillez indiquer le nom, l'adresse et le numéro de téléphone du médecin consulté : _____

Nom, adresse et le numéro de téléphone du médecin de famille de la personne décédée : _____

Depuis quand la personne décédée était-elle suivie par son médecin de famille? _____

Nom et adresse de tous les médecins ou autres professionnels de la santé consultés par la personne décédée durant les cinq (5) dernières années. Nous mentionner toutes les raisons des consultations qu'elles aient un lien ou non avec la cause du décès. Si aucun, le mentionner (Si plus de 5 consultations, veuillez annexer une autre feuille).

Nom et adresse du médecin ou autres professionnels de la santé	Date de consultation ou de traitement	Raison de la consultation	Traitements reçus (médicaments, repos, chirurgie, etc.)
	A A A A M M J J		
	A A A A M M J J		
	A A A A M M J J		
	A A A A M M J J		
	A A A A M M J J		

Nom et adresse de tout hôpital ou établissement où la personne décédée a été traitée durant les cinq (5) dernières années. Si aucun, le mentionner.

Hôpital ou Établissement	Adresse	Date d'entrée et de sortie	Raison de l'hospitalisation
		A A A A M M J J	
		A A A A M M J J	
		A A A A M M J J	
		A A A A M M J J	
		A A A A M M J J	

Cause du décès : _____ Endroit du décès : _____

 Le décès a-t-il été causé par : un homicide un suicide un accident

Date : | A | A | A | A | M | M | J | J |

Description des circonstances du décès : _____

 Y a-t-il eu enquête du coroner ? oui non A-t-on pratiqué une autopsie ? oui non

Dans l'affirmative, qui l'a pratiquée et quelles furent ses constatations ? _____

Déclaration du représentant de la succession (écrire en lettres moulées)

Nom et prénom du représentant de la succession : _____

Votre lien de parenté avec la personne décédée : _____

Adresse (no, rue, ville et province) : _____ Code postal : | | | | | |

Téléphone de la maison : _____ Téléphone au travail : _____ Courriel : _____

Signature : _____ Date : | A | A | A | A | M | M | J | J |