

# COMMENT REMPLIR LE CERTIFICAT DE DÉCÈS D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NÉ

Volet médical anonyme

**Un certificat de décès correctement rempli participe à la qualité des statistiques de mortalité et à la comparabilité internationale: de véritables enjeux de santé publique!**

**Partie I: doit contenir l'enchaînement le plus probable des événements morbides ayant conduit au décès**

5. Cause du décès (1)	Spécifiez (2)			Délai (3)
	M	F	I	

Partie I. Maladie ou affection morbide (maternelle, foetale ou infantile) ayant directement provoqué le décès

Ligne a: maladie terminale, traumatisme ou complication ayant directement entraîné la mort (cause immédiate)

Dernière ligne: maladie ou traumatisme ayant initié l'enchaînement des événements (cause initiale)

La ligne la plus basse mentionne la cause initiale qui débute l'enchaînement des événements morbides

a) .....    .....  
 conséquence de :  
 b) .....    .....  
 conséquence de :  
 c) .....    .....  
 conséquence de : **CAUSE INITIALE**  
 d) .....    .....  
 e) .....    .....  
 f) .....    .....  
 g) .....    .....

**CAUSE IMMÉDIATE**

Enchaînement causal acceptable: 1 seule cause par ligne

Partie II. Causes associées

**Partie II: comorbidités, états physiologiques, pathologiques en lien avec le décès et non impliqués dans la chaîne causale en partie I**

Cocher l'endroit approprié: colonne "M" si Maternelle, colonne "F" si Foetale, colonne "I" si Infantile

Délai approximatif entre le début du processus morbide et le décès (précisez en minutes, heures, semaines ou mois,...)

Exemple 1 - mort-né	Spécifiez			Délai
	M	F	I	
<b>I</b>				
a) Circulaire du cordon ombilicale		x		-
b)				
c)				
d)				
<b>II</b>				
e) Diabète gestationnel	x			-
f)				
g)				

Exemple 2 - enfant de moins d'un an	Spécifiez			Délai
	M	F	I	
<b>I</b>				
a) Maladie des membranes hyalines		x		15 jours
b) Prématurité		x		15 jours
c)				
d)				
<b>II</b>				
e) Prééclampsie	x			3 semaines
f)				
g)				

Afin d'effectuer correctement le codage des causes de décès sans devoir vous contacter, il est impératif de préciser:

- Accidents
  - lieu
  - type (accident de voiture, homicide, chute accidentelle, intoxication volontaire, suicide...)
  - si accident de circulation : moyen de transport
  - si homicide: circonstance de décès
  - si intoxication: nom du médicament et substances psychoactives ou autre(s) substance(s) toxique(s)
- Diabète : gestationnel ou préexistant (type 1 ou 2)
- Hématomes et hémorragies
  - traumatique ou non
  - si traumatique, préciser les circonstances (chute, accident, ...).
- Interventions chirurgicales, procédures médicales et médicaments
  - indication médicale sous-jacente
  - complication(s) post-opératoire(s) et délai entre intervention et complication(s)
- Maladies infectieuses
  - organisme pathogène
  - siège de la maladie (ex. tuberculose)
- Malformation congénitale
  - localisation
  - éventuelles associations
  - en cas de syndrome malformatif, indiquer uniquement le nom du syndrome sans détailler l'ensemble des systèmes touchés
- Néoplasme/tumeur
  - nature (bénin, malin, non examiné)
  - localisation
  - siège primitif ou métastase

- PAS D'ABRÉVIATION
- ÊTRE LISIBLE
- VOCABULAIRE MÉDICAL COURANT
- PAS D'EXPRESSION "OU"
- ÉVITER INDICATION DE SYMPTÔMES SANS MENTIONNER D'AFFECTION SOUS-JACENTE
- COMPLÉTER AU MOINS 1 LIGNE
- PAS D'INFORMATION IDENTIFIANTE (NOM, ADRESSE...)
- EN CAS DE DOUTE, INDIQUER L'ENCHAÎNEMENT DES CAUSES LE PLUS PROBABLE

# COMMENT REMPLIR LE CERTIFICAT DE DÉCÈS D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NÉ

## Volet médical anonyme

### Mort-nés

### Décès d'enfants de moins d'un an

Exemple 3		Spécifiez			Délai
I		M	F	I	
a)	Chorioamniotite	x			-
b)	Rupture prématurée de la poche des eaux		x		-
c)					
d)					
II					
e)	Prématurité			x	-
f)					
g)					

Exemple 7		Spécifiez			Délai
I		M	F	I	
a)	Insuffisance respiratoire			x	18 heures
b)	Choc septique			x	18 heures
c)	Chorioamniotite		x		24 heures
d)					
II					
e)	Prématurité extrême de 25 semaines			x	24 heures
f)					
g)					

Exemple 4		Spécifiez			Délai
I		M	F	I	
a)	Canal atrio-ventriculaire complet		x		-
b)	Trisomie 21		x		-
c)					
d)					
II					
e)					
f)					
g)					

Exemple 8		Spécifiez			Délai
I		M	F	I	
a)	Choc septique			x	10 heures
b)	Perforation intestinale spontanée			x	4 jours
c)	Prématurité extrême			x	7 jours
d)					
II					
e)	Syndrome de détresse respiratoire			x	7 jours
f)					
g)					

Exemple 5		Spécifiez			Délai
I		M	F	I	
a)	Spina bifida lombaire, avec hydrocéphalie		x		-
b)					
c)					
d)					
II					
e)	Prématurité			x	-
f)					
g)					

Préciser les éventuelles associations comme l'hydrocéphalie avec le spina bifida

Exemple 9		Spécifiez			Délai
I		M	F	I	
a)	Encéphalopathie hypoxo-ischémique			x	30 heures
b)	Défaillance multisystémique			x	30 heures
c)	Asphyxie sévère			x	30 heures
d)	Décollement placentaire		x		31 heures
II					
e)	Inhalation méconiale			x	30 heures
f)					
g)					

Exemple 6		Spécifiez			Délai
I		M	F	I	
a)	Interruption médicale de grossesse	x			-
b)	Syndrome polymalformatif		x		-
c)					
d)					
II					
e)					
f)					
g)					

Indiquer l'interruption médicale de grossesse en cause immédiate

Exemple 10		Spécifiez			Délai
I		M	F	I	
a)	Trisomie 13			x	2 heures
b)					
c)					
d)					
II					
e)	Soins palliatifs			x	48 heures
f)					
g)					

Indiquer soins palliatifs en cause associée

#### Pour les renseignements concernant le décès:

- une seule réponse à renseigner par item
- circonstances apparentes du décès : indiquer s'il semble s'agir de
  - décès de cause naturelle (maladie, fausse couche...)
  - accident de la circulation, d'un autre accident (chute, intoxication, suicide de la mère...)
  - homicide
  - si une enquête est en cours
  - si les circonstances apparentes sont indéterminées
- si cause de décès non naturelle, décrivez les circonstances au point 3

B. Renseignements concernant le décès	
<b>1. En cas de décès foetal, le décès est survenu:</b> <input type="checkbox"/> • avant le travail d'accouchement <input type="checkbox"/> • pendant le travail d'accouchement <input type="checkbox"/> • ne sait pas	<b>4. En cas d'accident</b> <b>4.1 Lieu de l'accident</b> <input type="checkbox"/> • voie publique <input type="checkbox"/> • ne sait pas <input type="checkbox"/> • domicile <input type="checkbox"/> • autres, précisez .....
<b>2. Type de décès</b> <input type="checkbox"/> • par cause naturelle <input type="checkbox"/> • homicide <input type="checkbox"/> • accident de la circulation <input type="checkbox"/> • sous investigation <input type="checkbox"/> • autre accident <input type="checkbox"/> • n'a pu être déterminé	<b>4.2 Date de l'accident (JJMMAAAA)</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>3. Si le décès n'est pas dû à une cause naturelle, décrivez les circonstances :</b> ..... Réservez ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>4.3 Heure de l'accident (0 - 24 H)</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>6. Autopsie/examens complémentaires</b> <input type="checkbox"/> • oui, en cours <input type="checkbox"/> • non <input type="checkbox"/> • oui, prévu <input type="checkbox"/> • ne sait pas	<b>Identification du médecin</b> • No. INAMI ..... • date (JJMMAAAA) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>7. Le médecin signataire était-il impliqué dans le traitement du décédé ?</b> <input type="checkbox"/> • oui <input type="checkbox"/> • non	nom, prénom signature cachet
No. du dossier médical de la mère ..... No. du dossier médical de l'enfant .....	