

Modèle III D

VOLET C

DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE

(Volet à remplir et à mettre sous enveloppe scellée par le médecin)

A. Renseignements concernant la naissance

1. Naissances précédentes

• nombre total d'enfants nés vivants • nombre total d'enfants morts-nés • nombre total d'enfants encore en vie • date du dernier accouchement (JJMMAAAA) / / 2. Durée probable de la grossesse en semaines

3. Facteurs de risques médicaux relatifs à cette grossesse (maximum 3)

- diabète • maladie rénale
 • hypertension chronique • hémorragie du 3e trimestre
 • hypertension gravidique • naissance antérieure d'un enfant pesant < 2.500 grammes
 • éclampsie
 • autres, précisez
 • pas de risques médicaux connus

4. Transfert in utero

- oui • non • ne sait pas

5. Présentation de l'enfant avant la naissance

- sommet fléchi • siège
 • autres présentations céphaliques • oblique/transverse
 • autres, précisez

6. Accouchement

6.1 Induction avant le début du travail

- oui • non • ne sait pas

6.2 Accouchement avec assistance

- oui • non • ne sait pas

Si oui, complétez 6.3, 6.4 et 6.5

Si non ou ne sait pas, passez immédiatement au point 7

6.3 Type d'assistance (maximum 3)

- forceps • extraction par le siège (Bracht excl.)
 • ventouse • version avec extraction
 • césarienne • version externe
 • autres, précisez

6.4 État de la mère justifiant ce type d'accouchement

- césarienne antérieure • pathologies placentaires
 • dystocie
 • autres, précisez
 • pas d'indication maternelle

6.5 État de l'enfant justifiant ce type d'accouchement

- souffrance foetale • anomalie de la présentation
 • autres, précisez
 • pas d'indication foetale

7. Etat de l'enfant à la naissance

7.1 Traumatisme obstétrical

- oui • non • ne sait pas
 si oui, précisez

7.2 Détresse respiratoire

- oui • non • ne sait pas • sans objet
 si oui, précisez

7.3 État infectieux

- oui • non • ne sait pas
 si oui, précisez

7.4 Anomalies congénitales

- anencéphalie • imperforation anale
 • spina bifida • réduction des membres
 • hydrocéphalie • hernie diaphragmatique
 • fente labiale/palatine • omphalocèle/gastroschisis
 • autres, précisez
 • pas d'anomalie congénitale

8. Poids de l'enfant à la naissance (en grammes)

9. Indice d'Apgar à:

- 1 minute • 10 minutes
 • 5 minutes

10. Soins immédiats au nouveau-né (maximum 3)

- ventilation sans intubation • sans objet
 • intubation • pas d'intervention
 • transfert vers service n (endéans les 12 premières heures)
 • transfert vers service N (endéans les 12 premières heures)
 • autres, précisez

(suite au verso)

Modèle III D

VOLET C
(suite)

DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE (suite)

B. Renseignements concernant le décès

1. En cas de décès foetal, le décès est survenu:

- avant le travail d'accouchement • pendant le travail d'accouchement • ne sait pas

2. Type de décès

- par cause naturelle • homicide
 • accident de la circulation • sous investigation
 • autre accident • n'a pu être déterminé

3. Si le décès n'est pas dû à une cause naturelle, décrivez les circonstances :

.....
 Réservé

4. En cas d'accident

4.1 Lieu de l'accident

- voie publique • ne sait pas
 • domicile
 • autres, précisezz

4.2 Date de l'accident (JJMMAAAA)

□□ / □□ / □□□□

4.3 Heure de l'accident (0 - 24 H)

□□

5. Cause du décès (1)

Spécifiez (2)

Délai (3)

M	F	I
---	---	---

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

Enchaînement des phénomènes morbides qui ont conduit à la cause immédiate de décès citée en a).

- a)
 conséquence de :
 b)
 conséquence de :
 c)
 conséquence de :
 d)

L'affection morbide à l'origine de l'enchaînement est indiquée en dernier lieu "cause initiale"

II. Causes associées

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

- e)
 f)
 g)

(1) Il ne s'agit pas ici du mode de décès, par exemple: défaillance cardiaque, syncope, etc..., mais de la maladie ou traumatisme ou de la complication qui a entraîné la mort. Prière de ne faire figurer qu'une cause par ligne.

(2) Placez un "X" à l'endroit approprié : colonne 'M' si Maternelle, colonne 'F' si Foetale, colonne 'I' si Infantile

(3) Délai approximatif entre le début du processus morbide et le décès (précisez s'il y a lieu en minutes, heures, semaines ou mois, ...)

Réservé

- a) □□□□□ b) □□□□□ c) □□□□□ d) □□□□□
 e) □□□□□ f) □□□□□ g) □□□□□

6. Autopsie/examens complémentaires

- oui, en cours • non
 • oui, prévu • ne sait pas

7. Le médecin signataire était-il impliqué dans le traitement du décédé?

- oui • non

No. du dossier médical de la **Mère**

No. du dossier médical de l'**enfant**

Identification du médecin

• No. INAMI

• date (JJMMAAAA) □□ □□ □□□□

nom, prénom
signature
cachet

Modèle III D

VOLET A

DECLARATION DE DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE (a)

(Volet à remplir par le médecin et à conserver par l'administration communale)

Nom et prénom de l'enfant

Nom et prénom de la mère

Résidence habituelle de la mère : commune

rue, no.

Date (JJMMAAAA) et heure (HHMM) du décès

 / / h m

Adresse du décès : commune

rue, no.

Numéro de l'acte au registre des décès

Sexe de l'enfant

 • masculin • féminin • indéterminé

L'enfant est-il

 • mort-né • né vivant

Obstacle médico-légal

à l'inhumation ou à la crémation (1)

 oui non

Obstacle au

don du corps (2)

 oui non

Obligation de mise immédiate:

• en cercueil hermétique (3)

 oui non

Obstacle à la pratique éventuelle

des opérations suivantes:

• crémation (4)

 oui non

• soins de conservation (5)

 oui non

• transport avant la mise en bière (6)

 oui non

Risques d'exposition

aux radiations ionisantes (3)

 oui non

Le docteur en médecine, soussigné, (nom, prénom et no. d'inscription à l'Ordre des Médecins ou no. INAMI)

certifie avoir constaté le décès de la personne désignée ci-dessus le à heure.

Signature et cachet du médecin

(a) Il sera rempli un bulletin de décès par enfant mort-né ou décédé avant l'âge d'un an.

(1) Décès par cause externe, certaine ou probable (accident, suicide, homicide).

(2) Le défunt présente un risque de contamination visés sous le n° (3).

(3) A. le défunt présente une des maladies contagieuses suivantes: charbon, choléra, peste, fièvre hémorragique virale, variole, et autres orthopox viroses;

B. le défunt présente un risque de contamination radioactive (cfr. A.R. du 28 février 1963 - M.B. du 16 mai 1963 -; art. 69.4, art. 69.7 et art. 3).

(4) Les prothèses fonctionnant au moyen d'une pile au lithium ainsi que toute autre prothèse renfermant des radio-éléments doivent être enlevées avant la crémation.

(5) - cfr (2) et (3)

- mauvais état du corps (putréfaction ou corps décheté);
- certitude ou suspicion de décès par cause externe.

(6) cfr (2) et (3).

VOLET B

**BULLETIN STATISTIQUE DE DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN
OU D'UN MORT-NE**

*(Volet à remplir par le médecin, à vérifier par l'administration communale
et à envoyer au médecin fonctionnaire responsable)*

1. Date et heure du décès

• date (JJMMAAAA) / /

• heure (HHMM) h m

2. Date et heure de naissance

• date (JJMMAAAA) / /

• heure (HHMM) h m

3. L'enfant est-il

• mort-né • né vivant

4. Lieu de naissance

• institution hospitalière • maison privée

• autre, précisez

.....

5. Lieu du décès

• institution hospitalière • maison privée

• autre, précisez

.....

6. Sexe de l'enfant

• masculin

• féminin

• indéterminé

7. Enfant issu d'une grossesse multiple

• oui • non

En cas d'accouchement multiple :

• nombre total de naissances mort-nés compris

• no. d'ordre de l'enfant déclaré

• nombre et sexe des enfants nés du même accouchement
(y compris le déclaré)

→ nombre d'enfants nés vivants

• masculin • féminin • indéterminé

→ nombre d'enfants mort-nés

• masculin • féminin • indéterminé

Modèle III D

VOLET C

DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE

(Volet à remplir et à mettre sous enveloppe scellée par le médecin)

A. Renseignements concernant la naissance

1. Naissances précédentes

• nombre total d'enfants nés vivants • nombre total d'enfants morts-nés • nombre total d'enfants encore en vie • date du dernier accouchement (JJMMAAAA) / / 2. Durée probable de la grossesse en semaines

3. Facteurs de risques médicaux relatifs à cette grossesse (maximum 3)

- diabète • maladie rénale
 • hypertension chronique • hémorragie du 3e trimestre
 • hypertension gravidique • naissance antérieure d'un enfant pesant < 2.500 grammes
 • éclampsie
 • autres, précisez
 • pas de risques médicaux connus

4. Transfert in utero

- oui • non • ne sait pas

5. Présentation de l'enfant avant la naissance

- sommet fléchi • siège
 • autres présentations céphaliques • oblique/transverse
 • autres, précisez

6. Accouchement

6.1 Induction avant le début du travail

- oui • non • ne sait pas

6.2 Accouchement avec assistance

- oui • non • ne sait pas

Si oui, complétez 6.3, 6.4 et 6.5

Si non ou ne sait pas, passez immédiatement au point 7

6.3 Type d'assistance (maximum 3)

- forceps • extraction par le siège (Bracht excl.)
 • ventouse • version avec extraction
 • césarienne • version externe
 • autres, précisez

6.4 État de la mère justifiant ce type d'accouchement

- césarienne antérieure • pathologies placentaires
 • dystocie
 • autres, précisez

- pas d'indication maternelle

6.5 État de l'enfant justifiant ce type d'accouchement

- souffrance foetale • anomalie de la présentation
 • autres, précisez
 • pas d'indication foetale

7. Etat de l'enfant à la naissance

7.1 Traumatisme obstétrical

- oui • non • ne sait pas
 si oui, précisez

7.2 Détresse respiratoire

- oui • non • ne sait pas • sans objet
 si oui, précisez

7.3 État infectieux

- oui • non • ne sait pas
 si oui, précisez

7.4 Anomalies congénitales

- anencéphalie • imperforation anale
 • spina bifida • réduction des membres
 • hydrocéphalie • hernie diaphragmatique
 • fente labiale/palatine • omphalocèle/gastroschisis
 • autres, précisez
 • pas d'anomalie congénitale

8. Poids de l'enfant à la naissance (en grammes)

9. Indice d'Apgar à:

- 1 minute • 10 minutes
 • 5 minutes

10. Soins immédiats au nouveau-né (maximum 3)

- ventilation sans intubation • sans objet
 • intubation • pas d'intervention
 • transfert vers service n (endéans les 12 premières heures)
 • transfert vers service N (endéans les 12 premières heures)
 • autres, précisez

(suite au verso)

Modèle III D

VOLET C
(suite)

DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE (suite)

B. Renseignements concernant le décès

1. En cas de décès foetal, le décès est survenu:

- avant le travail d'accouchement • pendant le travail d'accouchement • ne sait pas

2. Type de décès

- par cause naturelle • homicide
 • accident de la circulation • sous investigation
 • autre accident • n'a pu être déterminé

3. Si le décès n'est pas dû à une cause naturelle, décrivez les circonstances :

.....
 Réservé

4. En cas d'accident

4.1 Lieu de l'accident

- voie publique • ne sait pas
 • domicile
 • autres, précisezz

4.2 Date de l'accident (JJMMAAAA)

□□ / □□ / □□□□

4.3 Heure de l'accident (0 - 24 H)

□□

5. Cause du décès (1)

Spécifiez (2)

Délai (3)

M	F	I
---	---	---

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

Enchaînement des phénomènes morbides qui ont conduit à la cause immédiate de décès citée en a).

L'affection morbide à l'origine de l'enchaînement est indiquée en dernier lieu "cause initiale"

- a)
 conséquence de :
 b)
 conséquence de :
 c)
 conséquence de :
 d)

II. Causes associées

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

- e)
 f)
 g)

(1) Il ne s'agit pas ici du mode de décès, par exemple: défaillance cardiaque, syncope, etc..., mais de la maladie ou traumatisme ou de la complication qui a entraîné la mort. Prière de ne faire figurer qu'une cause par ligne.

(2) Placez un "X" à l'endroit approprié : colonne 'M' si Maternelle, colonne 'F' si Foetale, colonne 'I' si Infantile

(3) Délai approximatif entre le début du processus morbide et le décès (précisez s'il y a lieu en minutes, heures, semaines ou mois, ...)

Réservé

- a) □□□□□ b) □□□□□ c) □□□□□ d) □□□□□
 e) □□□□□ f) □□□□□ g) □□□□□

6. Autopsie/examens complémentaires

- oui, en cours • non
 • oui, prévu • ne sait pas

7. Le médecin signataire était-il impliqué dans le traitement du décédé?

- oui • non

No. du dossier médical de la **Mère**

No. du dossier médical de l'**enfant**

Identification du médecin

• No. INAMI

• date (JJMMAAAA) □□ □□ □□□□

nom, prénom
signature
cachet

Modèle III D

VOLET A

DECLARATION DE DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE (a)

(Volet à remplir par le médecin et à conserver par l'administration communale)

Nom et prénom de l'enfant		<input type="text"/>
Nom et prénom de la mère		<input type="text"/>
Résidence habituelle de la mère :	commune	<input type="text"/>
	rue, no.	<input type="text"/>
Date (JJMMAAAA) et heure (HHMM) du décès		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> m
Adresse du décès :	commune	<input type="text"/>
	rue, no.	<input type="text"/>

Numéro de l'acte au registre des décès	<input type="text"/>	Obstacle médico-légal à l'inhumation ou à la crémation (1)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Sexe de l'enfant		Obstacle au don du corps (2)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> • masculin	<input type="checkbox"/> • féminin	Obligation de mise immédiate: • en cercueil hermétique (3)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> • indéterminé		Obstacle à la pratique éventuelle des opérations suivantes:	
L'enfant est-il		• crémation (4)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> • mort-né	<input type="checkbox"/> • né vivant	• soins de conservation (5)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
		• transport avant la mise en bière (6)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
		Risques d'exposition aux radiations ionisantes (3)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Le docteur en médecine, soussigné, (nom, prénom et no. d'inscription à l'Ordre des Médecins ou no. INAMI)

certifie avoir constaté le décès de la personne désignée ci-dessus le à heure.

Signature et cachet du médecin

- (a) Il sera rempli un bulletin de décès par enfant mort-né ou décédé avant l'âge d'un an.
 (1) Décès par cause externe, certaine ou probable (accident, suicide, homicide).
 (2) Le défunt présente un risque de contamination visés sous le n° (3).
 (3) A. le défunt présente une des maladies contagieuses suivantes: charbon, choléra, peste, fièvre hémorragique virale, variole, et autres orthopox viroses;
 B. le défunt présente un risque de contamination radioactive (cfr. A.R. du 28 février 1963 - M.B. du 16 mai 1963 -; art. 69.4, art. 69.7 et art. 3).
 (4) Les prothèses fonctionnant au moyen d'une pile au lithium ainsi que toute autre prothèse renfermant des radio-éléments doivent être enlevées avant la crémation.
 (5) - cfr (2) et (3)
 - mauvais état du corps (putréfaction ou corps déchiqueté);
 - certitude ou suspicion de décès par cause externe.
 (6) cfr (2) et (3).

VOLET B

**BULLETIN STATISTIQUE DE DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN
OU D'UN MORT-NE**

*(Volet à remplir par le médecin, à vérifier par l'administration communale
et à envoyer au médecin fonctionnaire responsable)*

1. Date et heure du décès

• date (JJMMAAAA) / /

• heure (HHMM) h m

2. Date et heure de naissance

• date (JJMMAAAA) / /

• heure (HHMM) h m

3. L'enfant est-il

• mort-né • né vivant

4. Lieu de naissance

• institution hospitalière • maison privée

• autre, précisez

.....

5. Lieu du décès

• institution hospitalière • maison privée

• autre, précisez

.....

6. Sexe de l'enfant

• masculin

• féminin

• indéterminé

7. Enfant issu d'une grossesse multiple

• oui • non

En cas d'accouchement multiple :

• nombre total de naissances mort-nés compris

• no. d'ordre de l'enfant déclaré

• nombre et sexe des enfants nés du même accouchement
(y compris le déclaré)

→ nombre d'enfants nés vivants

• masculin • féminin • indéterminé

→ nombre d'enfants mort-nés

• masculin • féminin • indéterminé

Modèle III D

VOLET C

DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE

(Volet à remplir et à mettre sous enveloppe scellée par le médecin)

A. Renseignements concernant la naissance

1. Naissances précédentes

- nombre total d'enfants nés vivants
- nombre total d'enfants morts-nés
- nombre total d'enfants encore en vie
- date du dernier accouchement (JJMMAAAA) / /

2. Durée probable de la grossesse en semaines

3. Facteurs de risques médicaux relatifs à cette grossesse (maximum 3)

- diabète
- maladie rénale
- hypertension chronique
- hémorragie du 3e trimestre
- hypertension gravidique
- naissance antérieure d'un enfant pesant < 2.500 grammes
- éclampsie
- autres, précisez
- pas de risques médicaux connus

4. Transfert in utero

- oui
- non
- ne sait pas

5. Présentation de l'enfant avant la naissance

- sommet fléchi
- siège
- autres présentations céphaliques
- oblique/transverse
- autres, précisez

6. Accouchement

6.1 Induction avant le début du travail

- oui
- non
- ne sait pas

6.2 Accouchement avec assistance

- oui
- non
- ne sait pas

Si oui, complétez 6.3, 6.4 et 6.5

Si non ou ne sait pas, passez immédiatement au point 7

6.3 Type d'assistance (maximum 3)

- forceps
- extraction par le siège (Bracht excl.)
- ventouse
- version avec extraction
- césarienne
- version externe
- autres, précisez

6.4 État de la mère justifiant ce type d'accouchement

- césarienne antérieure
- pathologies placentaires
- dystocie
- autres, précisez

- pas d'indication maternelle

6.5 État de l'enfant justifiant ce type d'accouchement

- souffrance foetale
- anomalie de la présentation
- autres, précisez
- pas d'indication foetale

7. Etat de l'enfant à la naissance

7.1 Traumatisme obstétrical

- oui
- non
- ne sait pas
- si oui, précisez

7.2 Détresse respiratoire

- oui
- non
- ne sait pas
- sans objet
- si oui, précisez

7.3 État infectieux

- oui
- non
- ne sait pas
- si oui, précisez

7.4 Anomalies congénitales

- anencéphalie
- imperforation anale
- spina bifida
- réduction des membres
- hydrocéphalie
- hernie diaphragmatique
- fente labiale/palatine
- omphalocèle/gastroschisis
- autres, précisez
- pas d'anomalie congénitale

8. Poids de l'enfant à la naissance (en grammes)

9. Indice d'Appgar à:

- 1 minute
- 10 minutes
- 5 minutes

10. Soins immédiats au nouveau-né (maximum 3)

- ventilation sans intubation
- sans objet
- intubation
- pas d'intervention
- transfert vers service n (endéans les 12 premières heures)
- transfert vers service N (endéans les 12 premières heures)
- autres, précisez

(suite au verso)

Modèle III D

VOLET C
(suite)

DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE (suite)

B. Renseignements concernant le décès

1. En cas de décès foetal, le décès est survenu:

- avant le travail d'accouchement • pendant le travail d'accouchement • ne sait pas

2. Type de décès

- par cause naturelle • homicide
 • accident de la circulation • sous investigation
 • autre accident • n'a pu être déterminé

3. Si le décès n'est pas dû à une cause naturelle, décrivez les circonstances :

.....
 Réservé

4. En cas d'accident

4.1 Lieu de l'accident

- voie publique • ne sait pas
 • domicile
 • autres, précisez

4.2 Date de l'accident (JJMMAAAA)

□□ / □□ / □□□□

4.3 Heure de l'accident (0 - 24 H)

□□

5. Cause du décès (1)

Spécifiez (2)

Délai (3)

M	F	I
---	---	---

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

Enchaînement des phénomènes morbides qui ont conduit à la cause immédiate de décès citée en a).

- a)
 conséquence de :
 b)
 conséquence de :
 c)
 conséquence de :
 d)

L'affection morbide à l'origine de l'enchaînement est indiquée en dernier lieu "cause initiale"

II. Causes associées

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

- e)
 f)
 g)

(1) Il ne s'agit pas ici du mode de décès, par exemple: défaillance cardiaque, syncope, etc..., mais de la maladie ou traumatisme ou de la complication qui a entraîné la mort. Prière de ne faire figurer qu'une cause par ligne.

(2) Placez un "X" à l'endroit approprié : colonne 'M' si Maternelle, colonne 'F' si Foetale, colonne 'I' si Infantile

(3) Délai approximatif entre le début du processus morbide et le décès (précisez s'il y a lieu en minutes, heures, semaines ou mois, ...)

Réservé

- a) □□□□□ b) □□□□□ c) □□□□□ d) □□□□□
 e) □□□□□ f) □□□□□ g) □□□□□

6. Autopsie/examens complémentaires

- oui, en cours • non
 • oui, prévu • ne sait pas

7. Le médecin signataire était-il impliqué dans le traitement du décédé?

- oui • non

No. du dossier médical de la **Mère**

No. du dossier médical de l'**enfant**

Identification du médecin

• No. INAMI

• date (JJMMAAAA) □□ □□ □□□□

nom, prénom
signature
cachet

Modèle III D

VOLET A

DECLARATION DE DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE (a)

(Volet à remplir par le médecin et à conserver par l'administration communale)

Nom et prénom de l'enfant

Nom et prénom de la mère

Résidence habituelle de la mère : commune

rue, no.

Date (JJMMAAAA) et heure (HHMM) du décès

 / / h m

Adresse du décès : commune

rue, no.

Numéro de l'acte au registre des décès

Sexe de l'enfant

 • masculin • féminin • indéterminé

L'enfant est-il

 • mort-né • né vivant

Obstacle médico-légal

à l'inhumation ou à la crémation (1)

 oui non

Obstacle au

don du corps (2)

 oui non

Obligation de mise immédiate:

• en cercueil hermétique (3)

 oui non

Obstacle à la pratique éventuelle

des opérations suivantes:

• crémation (4)

 oui non

• soins de conservation (5)

 oui non

• transport avant la mise en bière (6)

 oui non

Risques d'exposition

aux radiations ionisantes (3)

 oui non

Le docteur en médecine, soussigné, (nom, prénom et no. d'inscription à l'Ordre des Médecins ou no. INAMI)

certifie avoir constaté le décès de la personne désignée ci-dessus le à heure.

Signature et cachet du médecin

(a) Il sera rempli un bulletin de décès par enfant mort-né ou décédé avant l'âge d'un an.

(1) Décès par cause externe, certaine ou probable (accident, suicide, homicide).

(2) Le défunt présente un risque de contamination visés sous le n° (3).

(3) A. le défunt présente une des maladies contagieuses suivantes: charbon, choléra, peste, fièvre hémorragique virale, variole, et autres orthopox viroses;

B. le défunt présente un risque de contamination radioactive (cfr. A.R. du 28 février 1963 - M.B. du 16 mai 1963 -; art. 69.4, art. 69.7 et art. 3).

(4) Les prothèses fonctionnant au moyen d'une pile au lithium ainsi que toute autre prothèse renfermant des radio-éléments doivent être enlevées avant la crémation.

(5) - cfr (2) et (3)

- mauvais état du corps (putréfaction ou corps déchiqueté);
- certitude ou suspicion de décès par cause externe.

(6) cfr (2) et (3).

VOLET B

**BULLETIN STATISTIQUE DE DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN
OU D'UN MORT-NE**

*(Volet à remplir par le médecin, à vérifier par l'administration communale
et à envoyer au médecin fonctionnaire responsable)*

1. Date et heure du décès

• date (JJMMAAAA) / /

• heure (HHMM) h m

2. Date et heure de naissance

• date (JJMMAAAA) / /

• heure (HHMM) h m

3. L'enfant est-il

• mort-né • né vivant

4. Lieu de naissance

• institution hospitalière • maison privée

• autre, précisez

.....

5. Lieu du décès

• institution hospitalière • maison privée

• autre, précisez

.....

6. Sexe de l'enfant

• masculin

• féminin

• indéterminé

7. Enfant issu d'une grossesse multiple

• oui • non

En cas d'accouchement multiple :

• nombre total de naissances mort-nés compris

• no. d'ordre de l'enfant déclaré

• nombre et sexe des enfants nés du même accouchement
(y compris le déclaré)

→ nombre d'enfants nés vivants

• masculin • féminin • indéterminé

→ nombre d'enfants mort-nés

• masculin • féminin • indéterminé

Modèle III D

VOLET C

DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE

(Volet à remplir et à mettre sous enveloppe scellée par le médecin)

A. Renseignements concernant la naissance

1. Naissances précédentes

• nombre total d'enfants nés vivants • nombre total d'enfants morts-nés • nombre total d'enfants encore en vie • date du dernier accouchement (JJMMAAAA) / / 2. Durée probable de la grossesse en semaines

3. Facteurs de risques médicaux relatifs à cette grossesse (maximum 3)

- diabète • maladie rénale
 • hypertension chronique • hémorragie du 3e trimestre
 • hypertension gravidique • naissance antérieure d'un enfant pesant < 2.500 grammes
 • éclampsie
 • autres, précisez
 • pas de risques médicaux connus

4. Transfert in utero

- oui • non • ne sait pas

5. Présentation de l'enfant avant la naissance

- sommet fléchi • siège
 • autres présentations céphaliques • oblique/transverse
 • autres, précisez

6. Accouchement

6.1 Induction avant le début du travail

- oui • non • ne sait pas

6.2 Accouchement avec assistance

- oui • non • ne sait pas

Si oui, complétez 6.3, 6.4 et 6.5

Si non ou ne sait pas, passez immédiatement au point 7

6.3 Type d'assistance (maximum 3)

- forceps • extraction par le siège (Bracht excl.)
 • ventouse • version avec extraction
 • césarienne • version externe
 • autres, précisez

6.4 État de la mère justifiant ce type d'accouchement

- césarienne antérieure • pathologies placentaires
 • dystocie
 • autres, précisez

- pas d'indication maternelle

6.5 État de l'enfant justifiant ce type d'accouchement

- souffrance foetale • anomalie de la présentation
 • autres, précisez
 • pas d'indication foetale

7. Etat de l'enfant à la naissance

7.1 Traumatisme obstétrical

- oui • non • ne sait pas
 si oui, précisez

7.2 Détresse respiratoire

- oui • non • ne sait pas • sans objet
 si oui, précisez

7.3 État infectieux

- oui • non • ne sait pas
 si oui, précisez

7.4 Anomalies congénitales

- anencéphalie • imperforation anale
 • spina bifida • réduction des membres
 • hydrocéphalie • hernie diaphragmatique
 • fente labiale/palatine • omphalocèle/gastroschisis
 • autres, précisez
 • pas d'anomalie congénitale

8. Poids de l'enfant à la naissance (en grammes)

9. Indice d'Apgar à:

- 1 minute • 10 minutes
 • 5 minutes

10. Soins immédiats au nouveau-né (maximum 3)

- ventilation sans intubation • sans objet
 • intubation • pas d'intervention
 • transfert vers service n (endéans les 12 premières heures)
 • transfert vers service N (endéans les 12 premières heures)
 • autres, précisez

(suite au verso)

Modèle III D

VOLET C
(suite)

DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE (suite)

B. Renseignements concernant le décès

1. En cas de décès foetal, le décès est survenu:

- avant le travail d'accouchement • pendant le travail d'accouchement • ne sait pas

2. Type de décès

- par cause naturelle • homicide
 • accident de la circulation • sous investigation
 • autre accident • n'a pu être déterminé

3. Si le décès n'est pas dû à une cause naturelle, décrivez les circonstances :

.....
 Réservé

4. En cas d'accident

4.1 Lieu de l'accident

- voie publique • ne sait pas
 • domicile
 • autres, précisezz

4.2 Date de l'accident (JJMMAAAA)

□□ / □□ / □□□□

4.3 Heure de l'accident (0 - 24 H)

□□

5. Cause du décès (1)

Spécifiez (2)

Délai (3)

M	F	I
---	---	---

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

Enchaînement des phénomènes morbides qui ont conduit à la cause immédiate de décès citée en a).

L'affection morbide à l'origine de l'enchaînement est indiquée en dernier lieu "cause initiale"

- a)
 conséquence de :
 b)
 conséquence de :
 c)
 conséquence de :
 d)

II. Causes associées

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

- e)
 f)
 g)

(1) Il ne s'agit pas ici du mode de décès, par exemple: défaillance cardiaque, syncope, etc..., mais de la maladie ou traumatisme ou de la complication qui a entraîné la mort. Prière de ne faire figurer qu'une cause par ligne.

(2) Placez un "X" à l'endroit approprié : colonne 'M' si Maternelle, colonne 'F' si Foetale, colonne 'I' si Infantile

(3) Délai approximatif entre le début du processus morbide et le décès (précisez s'il y a lieu en minutes, heures, semaines ou mois, ...)

Réservé

- a) □□□□□ b) □□□□□ c) □□□□□ d) □□□□□
 e) □□□□□ f) □□□□□ g) □□□□□

6. Autopsie/examens complémentaires

- oui, en cours • non
 • oui, prévu • ne sait pas

7. Le médecin signataire était-il impliqué dans le traitement du décédé?

- oui • non

No. du dossier médical de la **Mère**

No. du dossier médical de l'**enfant**

Identification du médecin

• No. INAMI

• date (JJMMAAAA) □□ □□ □□□□

nom, prénom
signature
cachet

Modèle III D

VOLET A

DECLARATION DE DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE (a)

(Volet à remplir par le médecin et à conserver par l'administration communale)

Nom et prénom de l'enfant

Nom et prénom de la mère

Résidence habituelle de la mère : commune

rue, no.

Date (JJMMAAAA) et heure (HHMM) du décès

 / / h m

Adresse du décès : commune

rue, no.

Numéro de l'acte au registre des décès

Sexe de l'enfant

 • masculin • féminin • indéterminé

L'enfant est-il

 • mort-né • né vivant

Obstacle médico-légal

à l'inhumation ou à la crémation (1)

 oui non

Obstacle au

don du corps (2)

 oui non

Obligation de mise immédiate:

• en cercueil hermétique (3)

 oui non

Obstacle à la pratique éventuelle

des opérations suivantes:

• crémation (4)

 oui non

• soins de conservation (5)

 oui non

• transport avant la mise en bière (6)

 oui non

Risques d'exposition

aux radiations ionisantes (3)

 oui non

Le docteur en médecine, soussigné, (nom, prénom et no. d'inscription à l'Ordre des Médecins ou no. INAMI)

certifie avoir constaté le décès de la personne désignée ci-dessus le à heure.

Signature et cachet du médecin

(a) Il sera rempli un bulletin de décès par enfant mort-né ou décédé avant l'âge d'un an.

(1) Décès par cause externe, certaine ou probable (accident, suicide, homicide).

(2) Le défunt présente un risque de contamination visés sous le n° (3).

(3) A. le défunt présente une des maladies contagieuses suivantes: charbon, choléra, peste, fièvre hémorragique virale, variole, et autres orthopox viroses;

B. le défunt présente un risque de contamination radioactive (cfr. A.R. du 28 février 1963 - M.B. du 16 mai 1963 -; art. 69.4, art. 69.7 et art. 3).

(4) Les prothèses fonctionnant au moyen d'une pile au lithium ainsi que toute autre prothèse renfermant des radio-éléments doivent être enlevées avant la crémation.

(5) - cfr (2) et (3)

- mauvais état du corps (putréfaction ou corps déchiqueté);
- certitude ou suspicion de décès par cause externe.

(6) cfr (2) et (3).

VOLET B

**BULLETIN STATISTIQUE DE DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN
OU D'UN MORT-NE**

*(Volet à remplir par le médecin, à vérifier par l'administration communale
et à envoyer au médecin fonctionnaire responsable)*

1. Date et heure du décès

• date (JJMMAAAA) / /

• heure (HHMM) h m

2. Date et heure de naissance

• date (JJMMAAAA) / /

• heure (HHMM) h m

3. L'enfant est-il

• mort-né • né vivant

4. Lieu de naissance

• institution hospitalière • maison privée

• autre, précisez

.....

5. Lieu du décès

• institution hospitalière • maison privée

• autre, précisez

.....

6. Sexe de l'enfant

• masculin

• féminin

• indéterminé

7. Enfant issu d'une grossesse multiple

• oui • non

En cas d'accouchement multiple :

• nombre total de naissances mort-nés compris

• no. d'ordre de l'enfant déclaré

• nombre et sexe des enfants nés du même accouchement
(y compris le déclaré)

→ nombre d'enfants nés vivants

• masculin • féminin • indéterminé

→ nombre d'enfants mort-nés

• masculin • féminin • indéterminé

Modèle III D

VOLET C

DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE

(Volet à remplir et à mettre sous enveloppe scellée par le médecin)

A. Renseignements concernant la naissance

1. Naissances précédentes

- nombre total d'enfants nés vivants
- nombre total d'enfants morts-nés
- nombre total d'enfants encore en vie
- date du dernier accouchement (JJMMAAAA) / /

2. Durée probable de la grossesse en semaines

3. Facteurs de risques médicaux relatifs à cette grossesse (maximum 3)

- diabète
- maladie rénale
- hypertension chronique
- hémorragie du 3e trimestre
- hypertension gravidique
- naissance antérieure d'un enfant pesant < 2.500 grammes
- éclampsie
- autres, précisez
- pas de risques médicaux connus

4. Transfert in utero

- oui
- non
- ne sait pas

5. Présentation de l'enfant avant la naissance

- sommet fléchi
- siège
- autres présentations céphaliques
- oblique/transverse
- autres, précisez

6. Accouchement

6.1 Induction avant le début du travail

- oui
- non
- ne sait pas

6.2 Accouchement avec assistance

- oui
- non
- ne sait pas

Si oui, complétez 6.3, 6.4 et 6.5

Si non ou ne sait pas, passez immédiatement au point 7

6.3 Type d'assistance (maximum 3)

- forceps
- extraction par le siège (Bracht excl.)
- ventouse
- version avec extraction
- césarienne
- version externe
- autres, précisez

6.4 État de la mère justifiant ce type d'accouchement

- césarienne antérieure
- pathologies placentaires
- dystocie
- autres, précisez

- pas d'indication maternelle

6.5 État de l'enfant justifiant ce type d'accouchement

- souffrance foetale
- anomalie de la présentation
- autres, précisez
- pas d'indication foetale

7. Etat de l'enfant à la naissance

7.1 Traumatisme obstétrical

- oui
- non
- ne sait pas
- si oui, précisez

7.2 Détresse respiratoire

- oui
- non
- ne sait pas
- sans objet
- si oui, précisez

7.3 État infectieux

- oui
- non
- ne sait pas
- si oui, précisez

7.4 Anomalies congénitales

- anencéphalie
- imperforation anale
- spina bifida
- réduction des membres
- hydrocéphalie
- hernie diaphragmatique
- fente labiale/palatine
- omphalocèle/gastroschisis
- autres, précisez
- pas d'anomalie congénitale

8. Poids de l'enfant à la naissance (en grammes)

9. Indice d'Apgar à:

- 1 minute
- 10 minutes
- 5 minutes

10. Soins immédiats au nouveau-né (maximum 3)

- ventilation sans intubation
- sans objet
- intubation
- pas d'intervention
- transfert vers service n (endéans les 12 premières heures)
- transfert vers service N (endéans les 12 premières heures)
- autres, précisez

(suite au verso)

Modèle III D

VOLET C
(suite)

DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE (suite)

B. Renseignements concernant le décès

1. En cas de décès foetal, le décès est survenu:

- avant le travail d'accouchement • pendant le travail d'accouchement • ne sait pas

2. Type de décès

- par cause naturelle • homicide
 • accident de la circulation • sous investigation
 • autre accident • n'a pu être déterminé

3. Si le décès n'est pas dû à une cause naturelle, décrivez les circonstances :

.....
 Réservé

4. En cas d'accident

4.1 Lieu de l'accident

- voie publique • ne sait pas
 • domicile
 • autres, précisez

4.2 Date de l'accident (JJMMAAAA)

□□ / □□ / □□□□

4.3 Heure de l'accident (0 - 24 H)

□□

5. Cause du décès (1)

Spécifiez (2)

Délai (3)

M	F	I
---	---	---

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

Enchaînement des phénomènes morbides qui ont conduit à la cause immédiate de décès citée en a).

- a)
 conséquence de :
 b)
 conséquence de :
 c)
 conséquence de :
 d)

L'affection morbide à l'origine de l'enchaînement est indiquée en dernier lieu "cause initiale"

II. Causes associées

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

- e)
 f)
 g)

(1) Il ne s'agit pas ici du mode de décès, par exemple: défaillance cardiaque, syncope, etc..., mais de la maladie ou traumatisme ou de la complication qui a entraîné la mort. Prière de ne faire figurer qu'une cause par ligne.

(2) Placez un "X" à l'endroit approprié : colonne 'M' si Maternelle, colonne 'F' si Foetale, colonne 'I' si Infantile

(3) Délai approximatif entre le début du processus morbide et le décès (précisez s'il y a lieu en minutes, heures, semaines ou mois, ...)

Réservé

- a) □□□□□ b) □□□□□ c) □□□□□ d) □□□□□
 e) □□□□□ f) □□□□□ g) □□□□□

6. Autopsie/examens complémentaires

- oui, en cours • non
 • oui, prévu • ne sait pas

7. Le médecin signataire était-il impliqué dans le traitement du décédé?

- oui • non

No. du dossier médical de la **Mère**

No. du dossier médical de l'**enfant**

Identification du médecin

• No. INAMI

• date (JJMMAAAA) □□ □□ □□□□

nom, prénom
signature
cachet

Modèle III D

VOLET A

DECLARATION DE DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE (a)

(Volet à remplir par le médecin et à conserver par l'administration communale)

Nom et prénom de l'enfant

Nom et prénom de la mère

Résidence habituelle de la mère : commune

rue, no.

Date (JJMMAAAA) et heure (HHMM) du décès

 / / h m

Adresse du décès : commune

rue, no.

Numéro de l'acte au registre des décès

Sexe de l'enfant

 • masculin • féminin • indéterminé

L'enfant est-il

 • mort-né • né vivant

Obstacle médico-légal

à l'inhumation ou à la crémation (1)

 oui non

Obstacle au

don du corps (2)

 oui non

Obligation de mise immédiate:

• en cercueil hermétique (3)

 oui non

Obstacle à la pratique éventuelle

des opérations suivantes:

• crémation (4)

 oui non

• soins de conservation (5)

 oui non

• transport avant la mise en bière (6)

 oui non

Risques d'exposition

aux radiations ionisantes (3)

 oui non

Le docteur en médecine, soussigné, (nom, prénom et no. d'inscription à l'Ordre des Médecins ou no. INAMI)

certifie avoir constaté le décès de la personne désignée ci-dessus le à heure.

Signature et cachet du médecin

(a) Il sera rempli un bulletin de décès par enfant mort-né ou décédé avant l'âge d'un an.

(1) Décès par cause externe, certaine ou probable (accident, suicide, homicide).

(2) Le défunt présente un risque de contamination visés sous le n° (3).

(3) A. le défunt présente une des maladies contagieuses suivantes: charbon, choléra, peste, fièvre hémorragique virale, variole, et autres orthopox viroses;

B. le défunt présente un risque de contamination radioactive (cfr. A.R. du 28 février 1963 - M.B. du 16 mai 1963 -; art. 69.4, art. 69.7 et art. 3).

(4) Les prothèses fonctionnant au moyen d'une pile au lithium ainsi que toute autre prothèse renfermant des radio-éléments doivent être enlevées avant la crémation.

(5) - cfr (2) et (3)

- mauvais état du corps (putréfaction ou corps déchiqueté);
- certitude ou suspicion de décès par cause externe.

(6) cfr (2) et (3).

VOLET B

**BULLETIN STATISTIQUE DE DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN
OU D'UN MORT-NE**

*(Volet à remplir par le médecin, à vérifier par l'administration communale
et à envoyer au médecin fonctionnaire responsable)*

1. Date et heure du décès

• date (JJMMAAAA) / /

• heure (HHMM) h m

2. Date et heure de naissance

• date (JJMMAAAA) / /

• heure (HHMM) h m

3. L'enfant est-il

• mort-né • né vivant

4. Lieu de naissance

• institution hospitalière • maison privée

• autre, précisez

.....

5. Lieu du décès

• institution hospitalière • maison privée

• autre, précisez

.....

6. Sexe de l'enfant

• masculin

• féminin

• indéterminé

7. Enfant issu d'une grossesse multiple

• oui • non

En cas d'accouchement multiple :

• nombre total de naissances mort-nés compris

• no. d'ordre de l'enfant déclaré

• nombre et sexe des enfants nés du même accouchement
(y compris le déclaré)

→ nombre d'enfants nés vivants

• masculin • féminin • indéterminé

→ nombre d'enfants mort-nés

• masculin • féminin • indéterminé

VOLET D

**BULLETIN STATISTIQUE DE DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN
OU D'UN MORT-NE**

(Volet à remplir par l'administration communale avec l'aide du déclarant)

1. Commune (ou pays) du décès

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Code I.N.S. ⇨

--	--	--	--	--	--	--	--

2. Numéro de l'acte au registre des décès

--	--	--	--	--	--

3. Commune (ou pays) de la naissance

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Code I.N.S. ⇨

--	--	--	--	--	--	--	--

4. Date de naissance (JJMMAAAA)

• du père

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 /

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 /

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

• de la mère

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 /

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 /

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5. Instruction (niveau le plus élevé achevé ou diplôme)

	père	mère
• pas d'instruction ou primaire inachevé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• primaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• secondaire inférieur		
→ professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ technique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ général	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• secondaire supérieur		
→ professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ technique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ général	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• supérieur de type court	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• supérieur de type long ou universitaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ne sait pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• autres, précisez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		
.....		

6. Situation professionnelle actuelle

	père	mère
• actif(ve)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• étudiant(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• chômeur(se)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• pensionné(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• sans profession	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• autres, précisez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		
.....		

7. État social dans la profession actuelle (pensionnés, chômeurs, etc... état social dans la dernière profession exercée)

	père	mère
• indépendant(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• employé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ouvrier(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• aidant(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• sans profession	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• autres, précisez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		

8. Profession actuelle (pour les pensionnés, chômeurs, etc... dernière profession exercée)

• père

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Code I.N.S. ⇨

--	--	--	--	--	--	--	--

• mère

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Code I.N.S. ⇨

--	--	--	--	--	--	--	--

9. Nationalité

• du père
→ d'origine

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 → actuelle

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Code I.N.S. ⇨

--	--	--	--	--	--	--	--

• de la mère
→ d'origine

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 → actuelle

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Code I.N.S. ⇨

--	--	--	--	--	--	--	--

10. Résidence habituelle de la mère (commune ou pays)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Code I.N.S. ⇨

--	--	--	--	--	--	--	--

11. État civil de la mère

• célibataire • divorcée

• mariée • légalement séparée de corps

• veuve • ne sait pas

12. État d'union de la mère

• vit seule • en union

13. Date du mariage actuel (JJMMAAAA)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

14. Naissances précédentes issues du mariage actuel

• mort-né(s)

--	--	--	--	--	--	--	--

 • né(s) vivant(s)

--	--	--	--	--	--	--	--

Modèle III D

VOLET C

DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE

(Volet à remplir et à mettre sous enveloppe scellée par le médecin)

A. Renseignements concernant la naissance

1. Naissances précédentes

• nombre total d'enfants nés vivants • nombre total d'enfants morts-nés • nombre total d'enfants encore en vie • date du dernier accouchement (JJMMAAAA) / / 2. Durée probable de la grossesse en semaines

3. Facteurs de risques médicaux relatifs à cette grossesse (maximum 3)

- diabète • maladie rénale
 • hypertension chronique • hémorragie du 3e trimestre
 • hypertension gravidique • naissance antérieure d'un enfant pesant < 2.500 grammes
 • éclampsie
 • autres, précisez
 • pas de risques médicaux connus

4. Transfert in utero

- oui • non • ne sait pas

5. Présentation de l'enfant avant la naissance

- sommet fléchi • siège
 • autres présentations céphaliques • oblique/transverse
 • autres, précisez

6. Accouchement

6.1 Induction avant le début du travail

- oui • non • ne sait pas

6.2 Accouchement avec assistance

- oui • non • ne sait pas

Si oui, complétez 6.3, 6.4 et 6.5

Si non ou ne sait pas, passez immédiatement au point 7

6.3 Type d'assistance (maximum 3)

- forceps • extraction par le siège (Bracht excl.)
 • ventouse • version avec extraction
 • césarienne • version externe
 • autres, précisez

6.4 État de la mère justifiant ce type d'accouchement

- césarienne antérieure • pathologies placentaires
 • dystocie
 • autres, précisez

- pas d'indication maternelle

6.5 État de l'enfant justifiant ce type d'accouchement

- souffrance foetale • anomalie de la présentation
 • autres, précisez
 • pas d'indication foetale

7. Etat de l'enfant à la naissance

7.1 Traumatisme obstétrical

- oui • non • ne sait pas
 si oui, précisez

7.2 Détresse respiratoire

- oui • non • ne sait pas • sans objet
 si oui, précisez

7.3 État infectieux

- oui • non • ne sait pas
 si oui, précisez

7.4 Anomalies congénitales

- anencéphalie • imperforation anale
 • spina bifida • réduction des membres
 • hydrocéphalie • hernie diaphragmatique
 • fente labiale/palatine • omphalocèle/gastroschisis
 • autres, précisez
 • pas d'anomalie congénitale

8. Poids de l'enfant à la naissance (en grammes)

9. Indice d'Apgar à:

- 1 minute • 10 minutes
 • 5 minutes

10. Soins immédiats au nouveau-né (maximum 3)

- ventilation sans intubation • sans objet
 • intubation • pas d'intervention
 • transfert vers service n (endéans les 12 premières heures)
 • transfert vers service N (endéans les 12 premières heures)
 • autres, précisez

(suite au verso)

Modèle III D

VOLET C
(suite)

DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE (suite)

B. Renseignements concernant le décès

1. En cas de décès foetal, le décès est survenu:

- avant le travail d'accouchement • pendant le travail d'accouchement • ne sait pas

2. Type de décès

- par cause naturelle • homicide
 • accident de la circulation • sous investigation
 • autre accident • n'a pu être déterminé

3. Si le décès n'est pas dû à une cause naturelle, décrivez les circonstances :

.....
 Réservé

4. En cas d'accident

4.1 Lieu de l'accident

- voie publique • ne sait pas
 • domicile
 • autres, précisezz

4.2 Date de l'accident (JJMMAAAA)

□□ / □□ / □□□□

4.3 Heure de l'accident (0 - 24 H)

□□

5. Cause du décès (1)

Spécifiez (2)

Délai (3)

M	F	I
---	---	---

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

Enchaînement des phénomènes morbides qui ont conduit à la cause immédiate de décès citée en a).

- a)
 conséquence de :
 b)
 conséquence de :
 c)
 conséquence de :
 d)

L'affection morbide à l'origine de l'enchaînement est indiquée en dernier lieu "cause initiale"

II. Causes associées

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

- e)
 f)
 g)

(1) Il ne s'agit pas ici du mode de décès, par exemple: défaillance cardiaque, syncope, etc..., mais de la maladie ou traumatisme ou de la complication qui a entraîné la mort. Prière de ne faire figurer qu'une cause par ligne.

(2) Placez un "X" à l'endroit approprié : colonne 'M' si Maternelle, colonne 'F' si Foetale, colonne 'I' si Infantile

(3) Délai approximatif entre le début du processus morbide et le décès (précisez s'il y a lieu en minutes, heures, semaines ou mois, ...)

Réservé

- a) □□□□□ b) □□□□□ c) □□□□□ d) □□□□□
 e) □□□□□ f) □□□□□ g) □□□□□

6. Autopsie/examens complémentaires

- oui, en cours • non
 • oui, prévu • ne sait pas

7. Le médecin signataire était-il impliqué dans le traitement du décédé?

- oui • non

No. du dossier médical de la **Mère**

No. du dossier médical de l'**enfant**

Identification du médecin

• No. INAMI

• date (JJMMAAAA) □□ □□ □□□□

nom, prénom
signature
cachet

Modèle III D

VOLET A

DECLARATION DE DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE (a)

(Volet à remplir par le médecin et à conserver par l'administration communale)

Nom et prénom de l'enfant

Nom et prénom de la mère

Résidence habituelle de la mère : commune

rue, no.

Date (JJMMAAAA) et heure (HHMM) du décès

 / / h m

Adresse du décès : commune

rue, no.

Numéro de l'acte au registre des décès

Sexe de l'enfant

 • masculin • féminin • indéterminé

L'enfant est-il

 • mort-né • né vivant

Obstacle médico-légal

à l'inhumation ou à la crémation (1)

 oui non

Obstacle au

don du corps (2)

 oui non

Obligation de mise immédiate:

• en cercueil hermétique (3)

 oui non

Obstacle à la pratique éventuelle

des opérations suivantes:

• crémation (4)

 oui non

• soins de conservation (5)

 oui non

• transport avant la mise en bière (6)

 oui non

Risques d'exposition

aux radiations ionisantes (3)

 oui non

Le docteur en médecine, soussigné, (nom, prénom et no. d'inscription à l'Ordre des Médecins ou no. INAMI)

certifie avoir constaté le décès de la personne désignée ci-dessus le à heure.

Signature et cachet du médecin

(a) Il sera rempli un bulletin de décès par enfant mort-né ou décédé avant l'âge d'un an.

(1) Décès par cause externe, certaine ou probable (accident, suicide, homicide).

(2) Le défunt présente un risque de contamination visés sous le n° (3).

(3) A. le défunt présente une des maladies contagieuses suivantes: charbon, choléra, peste, fièvre hémorragique virale, variole, et autres orthopox viroses;

B. le défunt présente un risque de contamination radioactive (cfr. A.R. du 28 février 1963 - M.B. du 16 mai 1963 -; art. 69.4, art. 69.7 et art. 3).

(4) Les prothèses fonctionnant au moyen d'une pile au lithium ainsi que toute autre prothèse renfermant des radio-éléments doivent être enlevées avant la crémation.

(5) - cfr (2) et (3)

- mauvais état du corps (putréfaction ou corps déchiqueté);
- certitude ou suspicion de décès par cause externe.

(6) cfr (2) et (3).

VOLET B

**BULLETIN STATISTIQUE DE DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN
OU D'UN MORT-NE**

*(Volet à remplir par le médecin, à vérifier par l'administration communale
et à envoyer au médecin fonctionnaire responsable)*

1. Date et heure du décès

• date (JJMMAAAA) / /

• heure (HHMM) h m

2. Date et heure de naissance

• date (JJMMAAAA) / /

• heure (HHMM) h m

3. L'enfant est-il

• mort-né • né vivant

4. Lieu de naissance

• institution hospitalière • maison privée

• autre, précisez

.....

5. Lieu du décès

• institution hospitalière • maison privée

• autre, précisez

.....

6. Sexe de l'enfant

• masculin

• féminin

• indéterminé

7. Enfant issu d'une grossesse multiple

• oui • non

En cas d'accouchement multiple :

• nombre total de naissances mort-nés compris

• no. d'ordre de l'enfant déclaré

• nombre et sexe des enfants nés du même accouchement
(y compris le déclaré)

→ nombre d'enfants nés vivants

• masculin • féminin • indéterminé

→ nombre d'enfants mort-nés

• masculin • féminin • indéterminé

Modèle III D

VOLET C

DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE

(Volet à remplir et à mettre sous enveloppe scellée par le médecin)

A. Renseignements concernant la naissance

1. Naissances précédentes

- nombre total d'enfants nés vivants
- nombre total d'enfants morts-nés
- nombre total d'enfants encore en vie
- date du dernier accouchement (JJMMAAAA) / /

2. Durée probable de la grossesse en semaines

3. Facteurs de risques médicaux relatifs à cette grossesse (maximum 3)

- diabète
- maladie rénale
- hypertension chronique
- hémorragie du 3e trimestre
- hypertension gravidique
- naissance antérieure d'un enfant pesant < 2.500 grammes
- éclampsie
- autres, précisez
- pas de risques médicaux connus

4. Transfert in utero

- oui
- non
- ne sait pas

5. Présentation de l'enfant avant la naissance

- sommet fléchi
- siège
- autres présentations céphaliques
- oblique/transverse
- autres, précisez

6. Accouchement

6.1 Induction avant le début du travail

- oui
- non
- ne sait pas

6.2 Accouchement avec assistance

- oui
- non
- ne sait pas

Si oui, complétez 6.3, 6.4 et 6.5

Si non ou ne sait pas, passez immédiatement au point 7

6.3 Type d'assistance (maximum 3)

- forceps
- extraction par le siège (Bracht excl.)
- ventouse
- version avec extraction
- césarienne
- version externe
- autres, précisez

6.4 État de la mère justifiant ce type d'accouchement

- césarienne antérieure
- pathologies placentaires
- dystocie
- autres, précisez

- pas d'indication maternelle

6.5 État de l'enfant justifiant ce type d'accouchement

- souffrance foetale
- anomalie de la présentation
- autres, précisez
- pas d'indication foetale

7. Etat de l'enfant à la naissance

7.1 Traumatisme obstétrical

- oui
- non
- ne sait pas
- si oui, précisez

7.2 Détresse respiratoire

- oui
- non
- ne sait pas
- sans objet
- si oui, précisez

7.3 État infectieux

- oui
- non
- ne sait pas
- si oui, précisez

7.4 Anomalies congénitales

- anencéphalie
- imperforation anale
- spina bifida
- réduction des membres
- hydrocéphalie
- hernie diaphragmatique
- fente labiale/palatine
- omphalocèle/gastroschisis
- autres, précisez
- pas d'anomalie congénitale

8. Poids de l'enfant à la naissance (en grammes)

9. Indice d'Appgar à:

- 1 minute
- 10 minutes
- 5 minutes

10. Soins immédiats au nouveau-né (maximum 3)

- ventilation sans intubation
- sans objet
- intubation
- pas d'intervention
- transfert vers service n (endéans les 12 premières heures)
- transfert vers service N (endéans les 12 premières heures)
- autres, précisez

(suite au verso)

Modèle III D

VOLET C
(suite)

DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE (suite)

B. Renseignements concernant le décès

1. En cas de décès foetal, le décès est survenu:

- avant le travail d'accouchement • pendant le travail d'accouchement • ne sait pas

2. Type de décès

- par cause naturelle • homicide
 • accident de la circulation • sous investigation
 • autre accident • n'a pu être déterminé

3. Si le décès n'est pas dû à une cause naturelle, décrivez les circonstances :

.....
 Réserve

.....

4. En cas d'accident

4.1 Lieu de l'accident

- voie publique • ne sait pas
 • domicile
 • autres, précisez :

4.2 Date de l'accident (JJMMAAAA)

/ /

4.3 Heure de l'accident (0 - 24 H)

5. Cause du décès (1)

Spécifiez (2)

Délai (3)

M	F	I
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Enchaînement des phénomènes morbides qui ont conduit à la cause immédiate de décès citée en a).

L'affection morbide à l'origine de l'enchaînement est indiquée en dernier lieu "cause initiale"

- a)
 conséquence de :
 b)
 conséquence de :
 c)
 conséquence de :
 d)

II. Causes associées

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

- e)
 f)
 g)

(1) Il ne s'agit pas ici du mode de décès, par exemple: défaillance cardiaque, syncope, etc..., mais de la maladie ou traumatisme ou de la complication qui a entraîné la mort. Prière de ne faire figurer qu'une cause par ligne.

(2) Placez un "X" à l'endroit approprié : colonne 'M' si Maternelle, colonne 'F' si Foetale, colonne 'I' si Infantile

(3) Délai approximatif entre le début du processus morbide et le décès (précisez s'il y a lieu en minutes, heures, semaines ou mois, ...)

Réserve

- a) b) c) d)
 e) f) g)

6. Autopsie/examens complémentaires

- oui, en cours • non
 • oui, prévu • ne sait pas

7. Le médecin signataire était-il impliqué dans le traitement du décédé?

- oui • non

No. du dossier médical de la **Mère**

No. du dossier médical de l'**enfant**

Identification du médecin

• No. INAMI

• date (JJMMAAAA)

nom, prénom
signature
cachet

Modèle III D

VOLET A

DECLARATION DE DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE (a)

(Volet à remplir par le médecin et à conserver par l'administration communale)

Nom et prénom de l'enfant

Nom et prénom de la mère

Résidence habituelle de la mère : commune

rue, no.

Date (JJMMAAAA) et heure (HHMM) du décès

 / / h m

Adresse du décès : commune

rue, no.

Numéro de l'acte au registre des décès

Sexe de l'enfant

 • masculin • féminin • indéterminé

L'enfant est-il

 • mort-né • né vivant

Obstacle médico-légal

à l'inhumation ou à la crémation (1)

 oui non

Obstacle au

don du corps (2)

 oui non

Obligation de mise immédiate:

• en cercueil hermétique (3)

 oui non

Obstacle à la pratique éventuelle

des opérations suivantes:

• crémation (4)

 oui non

• soins de conservation (5)

 oui non

• transport avant la mise en bière (6)

 oui non

Risques d'exposition

aux radiations ionisantes (3)

 oui non

Le docteur en médecine, soussigné, (nom, prénom et no. d'inscription à l'Ordre des Médecins ou no. INAMI)

certifie avoir constaté le décès de la personne désignée ci-dessus le à heure.

Signature et cachet du médecin

(a) Il sera rempli un bulletin de décès par enfant mort-né ou décédé avant l'âge d'un an.

(1) Décès par cause externe, certaine ou probable (accident, suicide, homicide).

(2) Le défunt présente un risque de contamination visés sous le n° (3).

(3) A. le défunt présente une des maladies contagieuses suivantes: charbon, choléra, peste, fièvre hémorragique virale, variole, et autres orthopox viroses;

B. le défunt présente un risque de contamination radioactive (cfr. A.R. du 28 février 1963 - M.B. du 16 mai 1963 -; art. 69.4, art. 69.7 et art. 3).

(4) Les prothèses fonctionnant au moyen d'une pile au lithium ainsi que toute autre prothèse renfermant des radio-éléments doivent être enlevées avant la crémation.

(5) - cfr (2) et (3)

- mauvais état du corps (putréfaction ou corps déchiqueté);
- certitude ou suspicion de décès par cause externe.

(6) cfr (2) et (3).

VOLET B

**BULLETIN STATISTIQUE DE DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN
OU D'UN MORT-NE**

*(Volet à remplir par le médecin, à vérifier par l'administration communale
et à envoyer au médecin fonctionnaire responsable)*

1. Date et heure du décès

• date (JJMMAAAA) / /

• heure (HHMM) h m

2. Date et heure de naissance

• date (JJMMAAAA) / /

• heure (HHMM) h m

3. L'enfant est-il

• mort-né • né vivant

4. Lieu de naissance

• institution hospitalière • maison privée

• autre, précisez

.....

5. Lieu du décès

• institution hospitalière • maison privée

• autre, précisez

.....

6. Sexe de l'enfant

• masculin

• féminin

• indéterminé

7. Enfant issu d'une grossesse multiple

• oui • non

En cas d'accouchement multiple :

• nombre total de naissances mort-nés compris

• no. d'ordre de l'enfant déclaré

• nombre et sexe des enfants nés du même accouchement
(y compris le déclaré)

→ nombre d'enfants nés vivants

• masculin • féminin • indéterminé

→ nombre d'enfants mort-nés

• masculin • féminin • indéterminé

Modèle III D

VOLET C

DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE

(Volet à remplir et à mettre sous enveloppe scellée par le médecin)

A. Renseignements concernant la naissance

1. Naissances précédentes

- nombre total d'enfants nés vivants
- nombre total d'enfants morts-nés
- nombre total d'enfants encore en vie
- date du dernier accouchement (JJMMAAAA) / /

2. Durée probable de la grossesse en semaines

3. Facteurs de risques médicaux relatifs à cette grossesse (maximum 3)

- diabète
- hypertension chronique
- hypertension gravidique
- éclampsie
- autres, précisez
- pas de risques médicaux connus
- maladie rénale
- hémorragie du 3e trimestre
- naissance antérieure d'un enfant pesant < 2.500 grammes

4. Transfert in utero

- oui
- non
- ne sait pas

5. Présentation de l'enfant avant la naissance

- sommet fléchi
- autres présentations céphaliques
- autres, précisez
- siège
- oblique/transverse

6. Accouchement

6.1 Induction avant le début du travail

- oui
- non
- ne sait pas

6.2 Accouchement avec assistance

- oui
- non
- ne sait pas

Si oui, complétez 6.3, 6.4 et 6.5

Si non ou ne sait pas, passez immédiatement au point 7

6.3 Type d'assistance (maximum 3)

- forceps
- ventouse
- césarienne
- autres, précisez
- extraction par le siège (Bracht excl.)
- version avec extraction
- version externe

6.4 État de la mère justifiant ce type d'accouchement

- césarienne antérieure
- dystocie
- autres, précisez
- pathologies placentaires

- pas d'indication maternelle

6.5 État de l'enfant justifiant ce type d'accouchement

- souffrance foetale
- autres, précisez
- pas d'indication foetale
- anomalie de la présentation

7. Etat de l'enfant à la naissance

7.1 Traumatisme obstétrical

- oui
- si oui, précisez
- non
- ne sait pas

7.2 Détresse respiratoire

- oui
- si oui, précisez
- non
- ne sait pas
- sans objet

7.3 État infectieux

- oui
- si oui, précisez
- non
- ne sait pas

7.4 Anomalies congénitales

- anencéphalie
- spina bifida
- hydrocéphalie
- fente labiale/palatine
- autres, précisez
- imperforation anale
- réduction des membres
- hernie diaphragmatique
- omphalocèle/gastroschisis
- pas d'anomalie congénitale

8. Poids de l'enfant à la naissance (en grammes)

9. Indice d'Apgar à:

- 1 minute
- 5 minutes
- 10 minutes

10. Soins immédiats au nouveau-né (maximum 3)

- ventilation sans intubation
- intubation
- transfert vers service n (endéans les 12 premières heures)
- transfert vers service N (endéans les 12 premières heures)
- autres, précisez
- sans objet
- pas d'intervention

(suite au verso)

Modèle III D

VOLET C
(suite)

DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE (suite)

B. Renseignements concernant le décès

1. En cas de décès foetal, le décès est survenu:

- avant le travail d'accouchement • pendant le travail d'accouchement • ne sait pas

2. Type de décès

- par cause naturelle • homicide
 • accident de la circulation • sous investigation
 • autre accident • n'a pu être déterminé

3. Si le décès n'est pas dû à une cause naturelle, décrivez les circonstances :

.....
 Réservé

4. En cas d'accident

4.1 Lieu de l'accident

- voie publique • ne sait pas
 • domicile
 • autres, précisez

4.2 Date de l'accident (JJMMAAAA)

□□ / □□ / □□□□

4.3 Heure de l'accident (0 - 24 H)

□□

5. Cause du décès (1)

Spécifiez (2)

Délai (3)

M	F	I
---	---	---

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

Enchaînement des phénomènes morbides qui ont conduit à la cause immédiate de décès citée en a).

L'affection morbide à l'origine de l'enchaînement est indiquée en dernier lieu "cause initiale"

- a)
 conséquence de :
 b)
 conséquence de :
 c)
 conséquence de :
 d)

II. Causes associées

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

- e)
 f)
 g)

(1) Il ne s'agit pas ici du mode de décès, par exemple: défaillance cardiaque, syncope, etc..., mais de la maladie ou traumatisme ou de la complication qui a entraîné la mort. Prière de ne faire figurer qu'une cause par ligne.

(2) Placez un "X" à l'endroit approprié : colonne 'M' si Maternelle, colonne 'F' si Foetale, colonne 'I' si Infantile

(3) Délai approximatif entre le début du processus morbide et le décès (précisez s'il y a lieu en minutes, heures, semaines ou mois, ...)

Réservé

- a) □□□□□ b) □□□□□ c) □□□□□ d) □□□□□
 e) □□□□□ f) □□□□□ g) □□□□□

6. Autopsie/examens complémentaires

- oui, en cours • non
 • oui, prévu • ne sait pas

7. Le médecin signataire était-il impliqué dans le traitement du décédé?

- oui • non

No. du dossier médical de la **Mère**

No. du dossier médical de l'**enfant**

Identification du médecin

• No. INAMI

• date (JJMMAAAA) □□ □□ □□□□

nom, prénom
signature
cachet

Modèle III D

VOLET A

DECLARATION DE DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE (a)

(Volet à remplir par le médecin et à conserver par l'administration communale)

Nom et prénom de l'enfant		<input type="text"/>
Nom et prénom de la mère		<input type="text"/>
Résidence habituelle de la mère :	commune	<input type="text"/>
	rue, no.	<input type="text"/>
Date (JJMMAAAA) et heure (HHMM) du décès		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> m
Adresse du décès :	commune	<input type="text"/>
	rue, no.	<input type="text"/>

Numéro de l'acte au registre des décès	<input type="text"/>	Obstacle médico-légal à l'inhumation ou à la crémation (1)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Sexe de l'enfant		Obstacle au don du corps (2)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> • masculin	<input type="checkbox"/> • féminin	Obligation de mise immédiate: • en cercueil hermétique (3)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> • indéterminé		Obstacle à la pratique éventuelle des opérations suivantes:	
L'enfant est-il		• crémation (4)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> • mort-né	<input type="checkbox"/> • né vivant	• soins de conservation (5)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
		• transport avant la mise en bière (6)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
		Risques d'exposition aux radiations ionisantes (3)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Le docteur en médecine, soussigné, (nom, prénom et no. d'inscription à l'Ordre des Médecins ou no. INAMI)

certifie avoir constaté le décès de la personne désignée ci-dessus le à heure.

Signature et cachet du médecin

- (a) Il sera rempli un bulletin de décès par enfant mort-né ou décédé avant l'âge d'un an.
 (1) Décès par cause externe, certaine ou probable (accident, suicide, homicide).
 (2) Le défunt présente un risque de contamination visés sous le n° (3).
 (3) A. le défunt présente une des maladies contagieuses suivantes: charbon, choléra, peste, fièvre hémorragique virale, variole, et autres orthopox viroses;
 B. le défunt présente un risque de contamination radioactive (cfr. A.R. du 28 février 1963 - M.B. du 16 mai 1963 -; art. 69.4, art. 69.7 et art. 3).
 (4) Les prothèses fonctionnant au moyen d'une pile au lithium ainsi que toute autre prothèse renfermant des radio-éléments doivent être enlevées avant la crémation.
 (5) - cfr (2) et (3)
 - mauvais état du corps (putréfaction ou corps déchiqueté);
 - certitude ou suspicion de décès par cause externe.
 (6) cfr (2) et (3).

VOLET B

**BULLETIN STATISTIQUE DE DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN
OU D'UN MORT-NE**

*(Volet à remplir par le médecin, à vérifier par l'administration communale
et à envoyer au médecin fonctionnaire responsable)*

1. Date et heure du décès

• date (JJMMAAAA) / /

• heure (HHMM) h m

2. Date et heure de naissance

• date (JJMMAAAA) / /

• heure (HHMM) h m

3. L'enfant est-il

• mort-né • né vivant

4. Lieu de naissance

• institution hospitalière • maison privée

• autre, précisez

.....

5. Lieu du décès

• institution hospitalière • maison privée

• autre, précisez

.....

6. Sexe de l'enfant

• masculin

• féminin

• indéterminé

7. Enfant issu d'une grossesse multiple

• oui • non

En cas d'accouchement multiple :

• nombre total de naissances mort-nés compris

• no. d'ordre de l'enfant déclaré

• nombre et sexe des enfants nés du même accouchement
(y compris le déclaré)

→ nombre d'enfants nés vivants

• masculin • féminin • indéterminé

→ nombre d'enfants mort-nés

• masculin • féminin • indéterminé

Modèle III D

VOLET C

DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE

(Volet à remplir et à mettre sous enveloppe scellée par le médecin)

A. Renseignements concernant la naissance

1. Naissances précédentes

• nombre total d'enfants nés vivants • nombre total d'enfants morts-nés • nombre total d'enfants encore en vie • date du dernier accouchement (JJMMAAAA) / / 2. Durée probable de la grossesse en semaines

3. Facteurs de risques médicaux relatifs à cette grossesse (maximum 3)

- diabète • maladie rénale
 • hypertension chronique • hémorragie du 3e trimestre
 • hypertension gravidique • naissance antérieure d'un enfant pesant < 2.500 grammes
 • éclampsie
 • autres, précisez
 • pas de risques médicaux connus

4. Transfert in utero

- oui • non • ne sait pas

5. Présentation de l'enfant avant la naissance

- sommet fléchi • siège
 • autres présentations céphaliques • oblique/transverse
 • autres, précisez

6. Accouchement

6.1 Induction avant le début du travail

- oui • non • ne sait pas

6.2 Accouchement avec assistance

- oui • non • ne sait pas

Si oui, complétez 6.3, 6.4 et 6.5

Si non ou ne sait pas, passez immédiatement au point 7

6.3 Type d'assistance (maximum 3)

- forceps • extraction par le siège (Bracht excl.)
 • ventouse • version avec extraction
 • césarienne • version externe
 • autres, précisez

6.4 État de la mère justifiant ce type d'accouchement

- césarienne antérieure • pathologies placentaires
 • dystocie
 • autres, précisez

- pas d'indication maternelle

6.5 État de l'enfant justifiant ce type d'accouchement

- souffrance foetale • anomalie de la présentation
 • autres, précisez
 • pas d'indication foetale

7. Etat de l'enfant à la naissance

7.1 Traumatisme obstétrical

- oui • non • ne sait pas
 si oui, précisez

7.2 Détresse respiratoire

- oui • non • ne sait pas • sans objet
 si oui, précisez

7.3 État infectieux

- oui • non • ne sait pas
 si oui, précisez

7.4 Anomalies congénitales

- anencéphalie • imperforation anale
 • spina bifida • réduction des membres
 • hydrocéphalie • hernie diaphragmatique
 • fente labiale/palatine • omphalocèle/gastroschisis
 • autres, précisez
 • pas d'anomalie congénitale

8. Poids de l'enfant à la naissance (en grammes)

9. Indice d'Apgar à:

- 1 minute • 10 minutes
 • 5 minutes

10. Soins immédiats au nouveau-né (maximum 3)

- ventilation sans intubation • sans objet
 • intubation • pas d'intervention
 • transfert vers service n (endéans les 12 premières heures)
 • transfert vers service N (endéans les 12 premières heures)
 • autres, précisez

(suite au verso)

Modèle III D

VOLET C
(suite)

DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE (suite)

B. Renseignements concernant le décès

1. En cas de décès foetal, le décès est survenu:

- avant le travail d'accouchement • pendant le travail d'accouchement • ne sait pas

2. Type de décès

- par cause naturelle • homicide
 • accident de la circulation • sous investigation
 • autre accident • n'a pu être déterminé

3. Si le décès n'est pas dû à une cause naturelle, décrivez les circonstances :

.....
 Réserve

.....

4. En cas d'accident

4.1 Lieu de l'accident

- voie publique • ne sait pas
 • domicile
 • autres, précisez

4.2 Date de l'accident (JJMMAAAA)

/ /

4.3 Heure de l'accident (0 - 24 H)

5. Cause du décès (1)

Spécifiez (2)

Délai (3)

M	F	I
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Enchaînement des phénomènes morbides qui ont conduit à la cause immédiate de décès citée en a).

L'affection morbide à l'origine de l'enchaînement est indiquée en dernier lieu "cause initiale"

- a)
 conséquence de :
 b)
 conséquence de :
 c)
 conséquence de :
 d)

II. Causes associées

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

- e)
 f)
 g)

(1) Il ne s'agit pas ici du mode de décès, par exemple: défaillance cardiaque, syncope, etc..., mais de la maladie ou traumatisme ou de la complication qui a entraîné la mort. Prière de ne faire figurer qu'une cause par ligne.

(2) Placez un "X" à l'endroit approprié : colonne 'M' si Maternelle, colonne 'F' si Foetale, colonne 'I' si Infantile

(3) Délai approximatif entre le début du processus morbide et le décès (précisez s'il y a lieu en minutes, heures, semaines ou mois, ...)

Réserve

- a) b) c) d)
 e) f) g)

6. Autopsie/examens complémentaires

- oui, en cours • non
 • oui, prévu • ne sait pas

7. Le médecin signataire était-il impliqué dans le traitement du décédé?

- oui • non

No. du dossier médical de la **Mère**

No. du dossier médical de l'**enfant**

Identification du médecin

• No. INAMI

• date (JJMMAAAA)

nom, prénom
signature
cachet

Modèle III D

VOLET A

DECLARATION DE DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE (a)

(Volet à remplir par le médecin et à conserver par l'administration communale)

Nom et prénom de l'enfant

Nom et prénom de la mère

Résidence habituelle de la mère : commune

rue, no.

Date (JJMMAAAA) et heure (HHMM) du décès

 / / h m

Adresse du décès : commune

rue, no.

Numéro de l'acte au registre des décès

Sexe de l'enfant

 • masculin • féminin • indéterminé

L'enfant est-il

 • mort-né • né vivant

Obstacle médico-légal

à l'inhumation ou à la crémation (1)

 oui non

Obstacle au

don du corps (2)

 oui non

Obligation de mise immédiate:

• en cercueil hermétique (3)

 oui non

Obstacle à la pratique éventuelle

des opérations suivantes:

• crémation (4)

 oui non

• soins de conservation (5)

 oui non

• transport avant la mise en bière (6)

 oui non

Risques d'exposition

aux radiations ionisantes (3)

 oui non

Le docteur en médecine, soussigné, (nom, prénom et no. d'inscription à l'Ordre des Médecins ou no. INAMI)

certifie avoir constaté le décès de la personne désignée ci-dessus le à heure.

Signature et cachet du médecin

(a) Il sera rempli un bulletin de décès par enfant mort-né ou décédé avant l'âge d'un an.

(1) Décès par cause externe, certaine ou probable (accident, suicide, homicide).

(2) Le défunt présente un risque de contamination visés sous le n° (3).

(3) A. le défunt présente une des maladies contagieuses suivantes: charbon, choléra, peste, fièvre hémorragique virale, variole, et autres orthopox viroses;

B. le défunt présente un risque de contamination radioactive (cfr. A.R. du 28 février 1963 - M.B. du 16 mai 1963 -; art. 69.4, art. 69.7 et art. 3).

(4) Les prothèses fonctionnant au moyen d'une pile au lithium ainsi que toute autre prothèse renfermant des radio-éléments doivent être enlevées avant la crémation.

(5) - cfr (2) et (3)

- mauvais état du corps (putréfaction ou corps déchiqueté);
- certitude ou suspicion de décès par cause externe.

(6) cfr (2) et (3).

VOLET B

**BULLETIN STATISTIQUE DE DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN
OU D'UN MORT-NE**

(Volet à remplir par le **médecin**, à vérifier par l'administration communale
et à envoyer au médecin fonctionnaire responsable)

1. Date et heure du décès

• date (JJMMAAAA) / /

• heure (HHMM) h m

2. Date et heure de naissance

• date (JJMMAAAA) / /

• heure (HHMM) h m

3. L'enfant est-il

• mort-né • né vivant

4. Lieu de naissance

• institution hospitalière • maison privée

• autre, précisez

.....

5. Lieu du décès

• institution hospitalière • maison privée

• autre, précisez

.....

6. Sexe de l'enfant

• masculin

• féminin

• indéterminé

7. Enfant issu d'une grossesse multiple

• oui • non

En cas d'accouchement multiple :

• nombre total de naissances mort-nés compris

• no. d'ordre de l'enfant déclaré

• nombre et sexe des enfants nés du même accouchement
(y compris le déclaré)

→ nombre d'enfants nés vivants

• masculin • féminin • indéterminé

→ nombre d'enfants mort-nés

• masculin • féminin • indéterminé

Modèle III D

VOLET C

DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE

(Volet à remplir et à mettre sous enveloppe scellée par le médecin)

A. Renseignements concernant la naissance

1. Naissances précédentes

- nombre total d'enfants nés vivants
- nombre total d'enfants morts-nés
- nombre total d'enfants encore en vie
- date du dernier accouchement (JJMMAAAA) / /

2. Durée probable de la grossesse en semaines

3. Facteurs de risques médicaux relatifs à cette grossesse (maximum 3)

- diabète
- maladie rénale
- hypertension chronique
- hémorragie du 3e trimestre
- hypertension gravidique
- naissance antérieure d'un enfant pesant < 2.500 grammes
- éclampsie
- autres, précisez
- pas de risques médicaux connus

4. Transfert in utero

- oui
- non
- ne sait pas

5. Présentation de l'enfant avant la naissance

- sommet fléchi
- siège
- autres présentations céphaliques
- oblique/transverse
- autres, précisez

6. Accouchement

6.1 Induction avant le début du travail

- oui
- non
- ne sait pas

6.2 Accouchement avec assistance

- oui
- non
- ne sait pas

Si oui, complétez 6.3, 6.4 et 6.5

Si non ou ne sait pas, passez immédiatement au point 7

6.3 Type d'assistance (maximum 3)

- forceps
- extraction par le siège (Bracht excl.)
- ventouse
- version avec extraction
- césarienne
- version externe
- autres, précisez

6.4 État de la mère justifiant ce type d'accouchement

- césarienne antérieure
- pathologies placentaires
- dystocie
- autres, précisez

- pas d'indication maternelle

6.5 État de l'enfant justifiant ce type d'accouchement

- souffrance foetale
- anomalie de la présentation
- autres, précisez
- pas d'indication foetale

7. Etat de l'enfant à la naissance

7.1 Traumatisme obstétrical

- oui
- non
- ne sait pas
- si oui, précisez

7.2 Détresse respiratoire

- oui
- non
- ne sait pas
- sans objet
- si oui, précisez

7.3 État infectieux

- oui
- non
- ne sait pas
- si oui, précisez

7.4 Anomalies congénitales

- anencéphalie
- imperforation anale
- spina bifida
- réduction des membres
- hydrocéphalie
- hernie diaphragmatique
- fente labiale/palatine
- omphalocèle/gastroschisis
- autres, précisez
- pas d'anomalie congénitale

8. Poids de l'enfant à la naissance (en grammes)

9. Indice d'Apgar à:

- 1 minute
- 10 minutes
- 5 minutes

10. Soins immédiats au nouveau-né (maximum 3)

- ventilation sans intubation
- sans objet
- intubation
- pas d'intervention
- transfert vers service n (endéans les 12 premières heures)
- transfert vers service N (endéans les 12 premières heures)
- autres, précisez

(suite au verso)

Modèle III D

VOLET C
 (suite)

DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE (suite)

B. Renseignements concernant le décès

1. En cas de décès foetal, le décès est survenu:

-
- avant le travail d'accouchement
-
- pendant le travail d'accouchement
-
- ne sait pas

2. Type de décès

-
- par cause naturelle
-
- homicide
-
-
- accident de la circulation
-
- sous investigation
-
-
- autre accident
-
- n'a pu être déterminé

3. Si le décès n'est pas dû à une cause naturelle, décrivez les circonstances :

.....

..... Réservé

.....

4. En cas d'accident

4.1 Lieu de l'accident

-
- voie publique
-
- ne sait pas
-
-
- domicile
-
-
- autres, précisez :

4.2 Date de l'accident (JJMMAAAA)

 / /

4.3 Heure de l'accident (0 - 24 H)

5. Cause du décès (1)

Spécifiez (2)

Délai (3)

M	F	I
---	---	---

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

Enchaînement des phénomènes morbides qui ont conduit à la cause immédiate de décès citée en a).

L'affection morbide à l'origine de l'enchaînement est indiquée en dernier lieu "cause initiale"

- a)
- conséquence de :
- b)
- conséquence de :
- c)
- conséquence de :
- d)

II. Causes associées

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

- e)
- f)
- g)

(1) Il ne s'agit pas ici du mode de décès, par exemple: défaillance cardiaque, syncope, etc..., mais de la maladie ou traumatisme ou de la complication qui a entraîné la mort. Prière de ne faire figurer qu'une cause par ligne.

(2) Placez un "X" à l'endroit approprié : colonne 'M' si Maternelle, colonne 'F' si Foetale, colonne 'I' si Infantile

(3) Délai approximatif entre le début du processus morbide et le décès (précisez s'il y a lieu en minutes, heures, semaines ou mois, ...)

Réservé

- a) b) c) d)
- e) f) g)

6. Autopsie/examens complémentaires

-
- oui, en cours
-
- non
-
-
- oui, prévu
-
- ne sait pas

7. Le médecin signataire était-il impliqué dans le traitement du décédé?

-
- oui
-
- non

 No. du dossier médical de la **Mère**

 No. du dossier médical de l'**enfant**

Identification du médecin

• No. INAMI

 • date (JJMMAAAA)

 nom, prénom
 signature
 cachet

Modèle III D

VOLET A

DECLARATION DE DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE (a)

(Volet à remplir par le médecin et à conserver par l'administration communale)

Nom et prénom de l'enfant

Nom et prénom de la mère

Résidence habituelle de la mère : commune

rue, no.

Date (JJMMAAAA) et heure (HHMM) du décès

 / / h m

Adresse du décès : commune

rue, no.

Numéro de l'acte au registre des décès

Sexe de l'enfant

 • masculin • féminin • indéterminé

L'enfant est-il

 • mort-né • né vivant

Obstacle médico-légal

à l'inhumation ou à la crémation (1)

 oui non

Obstacle au

don du corps (2)

 oui non

Obligation de mise immédiate:

• en cercueil hermétique (3)

 oui non

Obstacle à la pratique éventuelle

des opérations suivantes:

• crémation (4)

 oui non

• soins de conservation (5)

 oui non

• transport avant la mise en bière (6)

 oui non

Risques d'exposition

aux radiations ionisantes (3)

 oui non

Le docteur en médecine, soussigné, (nom, prénom et no. d'inscription à l'Ordre des Médecins ou no. INAMI)

certifie avoir constaté le décès de la personne désignée ci-dessus le à heure.

Signature et cachet du médecin

(a) Il sera rempli un bulletin de décès par enfant mort-né ou décédé avant l'âge d'un an.

(1) Décès par cause externe, certaine ou probable (accident, suicide, homicide).

(2) Le défunt présente un risque de contamination visés sous le n° (3).

(3) A. le défunt présente une des maladies contagieuses suivantes: charbon, choléra, peste, fièvre hémorragique virale, variole, et autres orthopox viroses;

B. le défunt présente un risque de contamination radioactive (cfr. A.R. du 28 février 1963 - M.B. du 16 mai 1963 -; art. 69.4, art. 69.7 et art. 3).

(4) Les prothèses fonctionnant au moyen d'une pile au lithium ainsi que toute autre prothèse renfermant des radio-éléments doivent être enlevées avant la crémation.

(5) - cfr (2) et (3)

- mauvais état du corps (putréfaction ou corps déchiqueté);
- certitude ou suspicion de décès par cause externe.

(6) cfr (2) et (3).

VOLET B

**BULLETIN STATISTIQUE DE DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN
OU D'UN MORT-NE**

*(Volet à remplir par le médecin, à vérifier par l'administration communale
et à envoyer au médecin fonctionnaire responsable)*

1. Date et heure du décès

• date (JJMMAAAA) / /

• heure (HHMM) h m

2. Date et heure de naissance

• date (JJMMAAAA) / /

• heure (HHMM) h m

3. L'enfant est-il

• mort-né • né vivant

4. Lieu de naissance

• institution hospitalière • maison privée

• autre, précisez

.....

5. Lieu du décès

• institution hospitalière • maison privée

• autre, précisez

.....

6. Sexe de l'enfant

• masculin

• féminin

• indéterminé

7. Enfant issu d'une grossesse multiple

• oui • non

En cas d'accouchement multiple :

• nombre total de naissances mort-nés compris

• no. d'ordre de l'enfant déclaré

• nombre et sexe des enfants nés du même accouchement
(y compris le déclaré)

→ nombre d'enfants nés vivants

• masculin • féminin • indéterminé

→ nombre d'enfants mort-nés

• masculin • féminin • indéterminé

VOLET D

**BULLETIN STATISTIQUE DE DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN
OU D'UN MORT-NE**

(Volet à remplir par l'administration communale avec l'aide du déclarant)

1. Commune (ou pays) du décès

Code I.N.S. ⇨ _____

2. Numéro de l'acte au registre des décès

3. Commune (ou pays) de la naissance

Code I.N.S. ⇨ _____

4. Date de naissance (JJMMAAAA)

• du père _____ / _____ / _____

• de la mère _____ / _____ / _____

5. Instruction (niveau le plus élevé achevé ou diplôme)

	père	mère
• pas d'instruction ou primaire inachevé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• primaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• secondaire inférieur		
→ professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ technique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ général	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• secondaire supérieur		
→ professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ technique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ général	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• supérieur de type court	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• supérieur de type long ou universitaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ne sait pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• autres, précisez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Situation professionnelle actuelle

	père	mère
• actif(ve)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• étudiant(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• chômeur(se)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• pensionné(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• sans profession	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• autres, précisez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. État social dans la profession actuelle (pensionnés, chômeurs, etc... état social dans la dernière profession exercée)

	père	mère
• indépendant(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• employé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ouvrier(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• aidant(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• sans profession	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• autres, précisez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Profession actuelle (pour les pensionnés, chômeurs, etc... dernière profession exercée)

• père _____

Code I.N.S. ⇨ _____

• mère _____

Code I.N.S. ⇨ _____

9. Nationalité

• du père
→ d'origine _____ → actuelle _____

Code I.N.S. ⇨ _____

• de la mère
→ d'origine _____ → actuelle _____

Code I.N.S. ⇨ _____

10. Résidence habituelle de la mère (commune ou pays)

Code I.N.S. ⇨ _____

11. État civil de la mère

- célibataire
- mariée
- veuve
- divorcée
- légalement séparée de corps
- ne sait pas

12. État d'union de la mère

- vit seule
- en union

13. Date du mariage actuel (JJMMAAAA)

_____ / _____ / _____

14. Naissances précédentes issues du mariage actuel

• mort-né(s) _____ • né(s) vivant(s) _____

Modèle III D

VOLET C

DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE

(Volet à remplir et à mettre sous enveloppe scellée par le médecin)

A. Renseignements concernant la naissance

1. Naissances précédentes

• nombre total d'enfants nés vivants

• nombre total d'enfants morts-nés

• nombre total d'enfants encore en vie

• date du dernier accouchement (JJMMAAAA)

2. Durée probable de la grossesse en semaines

3. Facteurs de risques médicaux relatifs à cette grossesse (maximum 3)

- diabète • maladie rénale
 • hypertension chronique • hémorragie du 3e trimestre
 • hypertension gravidique • naissance antérieure d'un enfant pesant < 2.500 grammes
 • éclampsie
 • autres, précisez
 • pas de risques médicaux connus

4. Transfert in utero

- oui • non • ne sait pas

5. Présentation de l'enfant avant la naissance

- sommet fléchi • siège
 • autres présentations céphaliques • oblique/transverse
 • autres, précisez

6. Accouchement

6.1 Induction avant le début du travail

- oui • non • ne sait pas

6.2 Accouchement avec assistance

- oui • non • ne sait pas

Si oui, complétez 6.3, 6.4 et 6.5

Si non ou ne sait pas, passez immédiatement au point 7

6.3 Type d'assistance (maximum 3)

- forceps • extraction par le siège (Bracht excl.)
 • ventouse • version avec extraction
 • césarienne • version externe
 • autres, précisez

6.4 État de la mère justifiant ce type d'accouchement

- césarienne antérieure • pathologies placentaires
 • dystocie
 • autres, précisez

- pas d'indication maternelle

6.5 État de l'enfant justifiant ce type d'accouchement

- souffrance foetale • anomalie de la présentation
 • autres, précisez
 • pas d'indication foetale

7. Etat de l'enfant à la naissance

7.1 Traumatisme obstétrical

- oui • non • ne sait pas
 si oui, précisez

7.2 Détresse respiratoire

- oui • non • ne sait pas • sans objet
 si oui, précisez

7.3 État infectieux

- oui • non • ne sait pas
 si oui, précisez

7.4 Anomalies congénitales

- anencéphalie • imperforation anale
 • spina bifida • réduction des membres
 • hydrocéphalie • hernie diaphragmatique
 • fente labiale/palatine • omphalocèle/gastroschisis
 • autres, précisez
 • pas d'anomalie congénitale

8. Poids de l'enfant à la naissance (en grammes)

9. Indice d'Apgar à:

- 1 minute • 10 minutes
 • 5 minutes

10. Soins immédiats au nouveau-né (maximum 3)

- ventilation sans intubation • sans objet
 • intubation • pas d'intervention
 • transfert vers service n (endéans les 12 premières heures)
 • transfert vers service N (endéans les 12 premières heures)
 • autres, précisez

(suite au verso)

Modèle III D

VOLET C
(suite)

DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE (suite)

B. Renseignements concernant le décès

1. En cas de décès foetal, le décès est survenu:

- avant le travail d'accouchement • pendant le travail d'accouchement • ne sait pas

2. Type de décès

- par cause naturelle • homicide
 • accident de la circulation • sous investigation
 • autre accident • n'a pu être déterminé

3. Si le décès n'est pas dû à une cause naturelle, décrivez les circonstances :

.....
 Réserve

.....

4. En cas d'accident

4.1 Lieu de l'accident

- voie publique • ne sait pas
 • domicile
 • autres, précisez

4.2 Date de l'accident (JJMMAAAA)

/ /

4.3 Heure de l'accident (0 - 24 H)

5. Cause du décès (1)

Spécifiez (2)

Délai (3)

M	F	I
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Enchaînement des phénomènes morbides qui ont conduit à la cause immédiate de décès citée en a).

L'affection morbide à l'origine de l'enchaînement est indiquée en dernier lieu "cause initiale"

- a)
 conséquence de :
 b)
 conséquence de :
 c)
 conséquence de :
 d)

II. Causes associées

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

- e)
 f)
 g)

(1) Il ne s'agit pas ici du mode de décès, par exemple: défaillance cardiaque, syncope, etc..., mais de la maladie ou traumatisme ou de la complication qui a entraîné la mort. Prière de ne faire figurer qu'une cause par ligne.

(2) Placez un "X" à l'endroit approprié : colonne 'M' si Maternelle, colonne 'F' si Foetale, colonne 'I' si Infantile

(3) Délai approximatif entre le début du processus morbide et le décès (précisez s'il y a lieu en minutes, heures, semaines ou mois, ...)

Réserve

- a) b) c) d)
- e) f) g)

6. Autopsie/examens complémentaires

- oui, en cours • non
 • oui, prévu • ne sait pas

7. Le médecin signataire était-il impliqué dans le traitement du décédé?

- oui • non

No. du dossier médical de la **Mère**

No. du dossier médical de l'**enfant**

Identification du médecin

• No. INAMI

• date (JJMMAAAA)

nom, prénom
signature
cachet

Modèle III D

VOLET A

DECLARATION DE DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE (a)

(Volet à remplir par le médecin et à conserver par l'administration communale)

Nom et prénom de l'enfant

Nom et prénom de la mère

Résidence habituelle de la mère : commune

rue, no.

Date (JJMMAAAA) et heure (HHMM) du décès

 / / h m

Adresse du décès : commune

rue, no.

Numéro de l'acte au registre des décès

Sexe de l'enfant

 • masculin • féminin • indéterminé

L'enfant est-il

 • mort-né • né vivant

Obstacle médico-légal

à l'inhumation ou à la crémation (1)

 oui non

Obstacle au

don du corps (2)

 oui non

Obligation de mise immédiate:

• en cercueil hermétique (3)

 oui non

Obstacle à la pratique éventuelle

des opérations suivantes:

• crémation (4)

 oui non

• soins de conservation (5)

 oui non

• transport avant la mise en bière (6)

 oui non

Risques d'exposition

aux radiations ionisantes (3)

 oui non

Le docteur en médecine, soussigné, (nom, prénom et no. d'inscription à l'Ordre des Médecins ou no. INAMI)

certifie avoir constaté le décès de la personne désignée ci-dessus le à heure.

Signature et cachet du médecin

(a) Il sera rempli un bulletin de décès par enfant mort-né ou décédé avant l'âge d'un an.

(1) Décès par cause externe, certaine ou probable (accident, suicide, homicide).

(2) Le défunt présente un risque de contamination visés sous le n° (3).

(3) A. le défunt présente une des maladies contagieuses suivantes: charbon, choléra, peste, fièvre hémorragique virale, variole, et autres orthopox viroses;

B. le défunt présente un risque de contamination radioactive (cfr. A.R. du 28 février 1963 - M.B. du 16 mai 1963 -; art. 69.4, art. 69.7 et art. 3).

(4) Les prothèses fonctionnant au moyen d'une pile au lithium ainsi que toute autre prothèse renfermant des radio-éléments doivent être enlevées avant la crémation.

(5) - cfr (2) et (3)

- mauvais état du corps (putréfaction ou corps déchiqueté);
- certitude ou suspicion de décès par cause externe.

(6) cfr (2) et (3).

VOLET B

**BULLETIN STATISTIQUE DE DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN
OU D'UN MORT-NE**

*(Volet à remplir par le médecin, à vérifier par l'administration communale
et à envoyer au médecin fonctionnaire responsable)*

1. Date et heure du décès

• date (JJMMAAAA) / /

• heure (HHMM) h m

2. Date et heure de naissance

• date (JJMMAAAA) / /

• heure (HHMM) h m

3. L'enfant est-il

• mort-né • né vivant

4. Lieu de naissance

• institution hospitalière • maison privée

• autre, précisez

.....

5. Lieu du décès

• institution hospitalière • maison privée

• autre, précisez

.....

6. Sexe de l'enfant

• masculin

• féminin

• indéterminé

7. Enfant issu d'une grossesse multiple

• oui • non

En cas d'accouchement multiple :

• nombre total de naissances mort-nés compris

• no. d'ordre de l'enfant déclaré

• nombre et sexe des enfants nés du même accouchement
(y compris le déclaré)

→ nombre d'enfants nés vivants

• masculin • féminin • indéterminé

→ nombre d'enfants mort-nés

• masculin • féminin • indéterminé

Modèle III D

VOLET C

DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE

(Volet à remplir et à mettre sous enveloppe scellée par le médecin)

A. Renseignements concernant la naissance

1. Naissances précédentes

• nombre total d'enfants nés vivants • nombre total d'enfants morts-nés • nombre total d'enfants encore en vie • date du dernier accouchement (JJMMAAAA) / / 2. Durée probable de la grossesse en semaines

3. Facteurs de risques médicaux relatifs à cette grossesse (maximum 3)

- diabète • maladie rénale
 • hypertension chronique • hémorragie du 3e trimestre
 • hypertension gravidique • naissance antérieure d'un enfant pesant < 2.500 grammes
 • éclampsie
 • autres, précisez
- pas de risques médicaux connus

4. Transfert in utero

- oui • non • ne sait pas

5. Présentation de l'enfant avant la naissance

- sommet fléchi • siège
 • autres présentations céphaliques • oblique/transverse
 • autres, précisez

6. Accouchement

6.1 Induction avant le début du travail

- oui • non • ne sait pas

6.2 Accouchement avec assistance

- oui • non • ne sait pas

Si oui, complétez 6.3, 6.4 et 6.5

Si non ou ne sait pas, passez immédiatement au point 7

6.3 Type d'assistance (maximum 3)

- forceps • extraction par le siège (Bracht excl.)
 • ventouse • version avec extraction
 • césarienne • version externe
 • autres, précisez

6.4 État de la mère justifiant ce type d'accouchement

- césarienne antérieure • pathologies placentaires
 • dystocie
 • autres, précisez

- pas d'indication maternelle

6.5 État de l'enfant justifiant ce type d'accouchement

- souffrance foetale • anomalie de la présentation
 • autres, précisez
- pas d'indication foetale

7. Etat de l'enfant à la naissance

7.1 Traumatisme obstétrical

- oui • non • ne sait pas
 si oui, précisez

7.2 Détresse respiratoire

- oui • non • ne sait pas • sans objet
 si oui, précisez

7.3 État infectieux

- oui • non • ne sait pas
 si oui, précisez

7.4 Anomalies congénitales

- anencéphalie • imperforation anale
 • spina bifida • réduction des membres
 • hydrocéphalie • hernie diaphragmatique
 • fente labiale/palatine • omphalocèle/gastroschisis
 • autres, précisez
- pas d'anomalie congénitale

8. Poids de l'enfant à la naissance (en grammes)

9. Indice d'Apgar à:

- 1 minute • 10 minutes
 • 5 minutes

10. Soins immédiats au nouveau-né (maximum 3)

- ventilation sans intubation • sans objet
 • intubation • pas d'intervention
 • transfert vers service n (endéans les 12 premières heures)
 • transfert vers service N (endéans les 12 premières heures)
 • autres, précisez

(suite au verso)

Modèle III D

VOLET C
 (suite)

DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE (suite)

B. Renseignements concernant le décès

1. En cas de décès foetal, le décès est survenu:

-
- avant le travail d'accouchement
-
- pendant le travail d'accouchement
-
- ne sait pas

2. Type de décès

-
- par cause naturelle
-
- homicide
-
-
- accident de la circulation
-
- sous investigation
-
-
- autre accident
-
- n'a pu être déterminé

3. Si le décès n'est pas dû à une cause naturelle, décrivez les circonstances :

.....

..... Réservé

.....

4. En cas d'accident

4.1 Lieu de l'accident

-
- voie publique
-
- ne sait pas
-
-
- domicile
-
-
- autres, précisez :

4.2 Date de l'accident (JJMMAAAA)

 / /

4.3 Heure de l'accident (0 - 24 H)

5. Cause du décès (1)

Spécifiez (2)

Délai (3)

M	F	I
---	---	---

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

Enchaînement des phénomènes morbides qui ont conduit à la cause immédiate de décès citée en a).

- a)
- conséquence de :
- b)
- conséquence de :
- c)
- conséquence de :
- d)

L'affection morbide à l'origine de l'enchaînement est indiquée en dernier lieu "cause initiale"

II. Causes associées

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

- e)
- f)
- g)

(1) Il ne s'agit pas ici du mode de décès, par exemple: défaillance cardiaque, syncope, etc..., mais de la maladie ou traumatisme ou de la complication qui a entraîné la mort. Prière de ne faire figurer qu'une cause par ligne.

(2) Placez un "X" à l'endroit approprié : colonne 'M' si Maternelle, colonne 'F' si Foetale, colonne 'I' si Infantile

(3) Délai approximatif entre le début du processus morbide et le décès (précisez s'il y a lieu en minutes, heures, semaines ou mois, ...)

Réservé

- a) b) c) d)
- e) f) g)

6. Autopsie/examens complémentaires

-
- oui, en cours
-
- non
-
-
- oui, prévu
-
- ne sait pas

7. Le médecin signataire était-il impliqué dans le traitement du décédé?

-
- oui
-
- non

 No. du dossier médical de la **Mère**

 No. du dossier médical de l'**enfant**

Identification du médecin

• No. INAMI

 • date (JJMMAAAA)

 nom, prénom
 signature
 cachet

Modèle III D

VOLET A

DECLARATION DE DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE (a)

(Volet à remplir par le médecin et à conserver par l'administration communale)

Nom et prénom de l'enfant		<input type="text"/>
Nom et prénom de la mère		<input type="text"/>
Résidence habituelle de la mère :	commune	<input type="text"/>
	rue, no.	<input type="text"/>
Date (JJMMAAAA) et heure (HHMM) du décès		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> m
Adresse du décès :	commune	<input type="text"/>
	rue, no.	<input type="text"/>

Numéro de l'acte au registre des décès	<input type="text"/>	Obstacle médico-légal à l'inhumation ou à la crémation (1)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Sexe de l'enfant		Obstacle au don du corps (2)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> • masculin	<input type="checkbox"/> • féminin	Obligation de mise immédiate: • en cercueil hermétique (3)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> • indéterminé		Obstacle à la pratique éventuelle des opérations suivantes:	
L'enfant est-il		• crémation (4)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> • mort-né	<input type="checkbox"/> • né vivant	• soins de conservation (5)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
		• transport avant la mise en bière (6)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
		Risques d'exposition aux radiations ionisantes (3)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Le docteur en médecine, soussigné, (nom, prénom et no. d'inscription à l'Ordre des Médecins ou no. INAMI)

certifie avoir constaté le décès de la personne désignée ci-dessus le à heure.

Signature et cachet du médecin

- (a) Il sera rempli un bulletin de décès par enfant mort-né ou décédé avant l'âge d'un an.
 (1) Décès par cause externe, certaine ou probable (accident, suicide, homicide).
 (2) Le défunt présente un risque de contamination visés sous le n° (3).
 (3) A. le défunt présente une des maladies contagieuses suivantes: charbon, choléra, peste, fièvre hémorragique virale, variole, et autres orthopox viroses;
 B. le défunt présente un risque de contamination radioactive (cfr. A.R. du 28 février 1963 - M.B. du 16 mai 1963 -; art. 69.4, art. 69.7 et art. 3).
 (4) Les prothèses fonctionnant au moyen d'une pile au lithium ainsi que toute autre prothèse renfermant des radio-éléments doivent être enlevées avant la crémation.
 (5) - cfr (2) et (3)
 - mauvais état du corps (putréfaction ou corps déchiqueté);
 - certitude ou suspicion de décès par cause externe.
 (6) cfr (2) et (3).

VOLET B

**BULLETIN STATISTIQUE DE DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN
OU D'UN MORT-NE**

*(Volet à remplir par le médecin, à vérifier par l'administration communale
et à envoyer au médecin fonctionnaire responsable)*

1. Date et heure du décès

• date (JJMMAAAA) / /

• heure (HHMM) h m

2. Date et heure de naissance

• date (JJMMAAAA) / /

• heure (HHMM) h m

3. L'enfant est-il

• mort-né • né vivant

4. Lieu de naissance

• institution hospitalière • maison privée

• autre, précisez

.....

5. Lieu du décès

• institution hospitalière • maison privée

• autre, précisez

.....

6. Sexe de l'enfant

• masculin

• féminin

• indéterminé

7. Enfant issu d'une grossesse multiple

• oui • non

En cas d'accouchement multiple :

• nombre total de naissances mort-nés compris

• no. d'ordre de l'enfant déclaré

• nombre et sexe des enfants nés du même accouchement (y compris le déclaré)

→ nombre d'enfants nés vivants

• masculin • féminin • indéterminé

→ nombre d'enfants mort-nés

• masculin • féminin • indéterminé

Modèle III D

VOLET C

DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE

(Volet à remplir et à mettre sous enveloppe scellée par le médecin)

A. Renseignements concernant la naissance

1. Naissances précédentes

• nombre total d'enfants nés vivants • nombre total d'enfants morts-nés • nombre total d'enfants encore en vie • date du dernier accouchement (JJMMAAAA) / / 2. Durée probable de la grossesse en semaines

3. Facteurs de risques médicaux relatifs à cette grossesse (maximum 3)

- diabète • maladie rénale
 • hypertension chronique • hémorragie du 3e trimestre
 • hypertension gravidique • naissance antérieure d'un enfant pesant < 2.500 grammes
 • éclampsie
 • autres, précisez
- pas de risques médicaux connus

4. Transfert in utero

- oui • non • ne sait pas

5. Présentation de l'enfant avant la naissance

- sommet fléchi • siège
 • autres présentations céphaliques • oblique/transverse
 • autres, précisez

6. Accouchement

6.1 Induction avant le début du travail

- oui • non • ne sait pas

6.2 Accouchement avec assistance

- oui • non • ne sait pas

Si oui, complétez 6.3, 6.4 et 6.5

Si non ou ne sait pas, passez immédiatement au point 7

6.3 Type d'assistance (maximum 3)

- forceps • extraction par le siège (Bracht excl.)
 • ventouse • version avec extraction
 • césarienne • version externe
 • autres, précisez

6.4 État de la mère justifiant ce type d'accouchement

- césarienne antérieure • pathologies placentaires
 • dystocie
 • autres, précisez

- pas d'indication maternelle

6.5 État de l'enfant justifiant ce type d'accouchement

- souffrance foetale • anomalie de la présentation
 • autres, précisez
- pas d'indication foetale

7. Etat de l'enfant à la naissance

7.1 Traumatisme obstétrical

- oui • non • ne sait pas
 si oui, précisez

7.2 Détresse respiratoire

- oui • non • ne sait pas • sans objet
 si oui, précisez

7.3 État infectieux

- oui • non • ne sait pas
 si oui, précisez

7.4 Anomalies congénitales

- anencéphalie • imperforation anale
 • spina bifida • réduction des membres
 • hydrocéphalie • hernie diaphragmatique
 • fente labiale/palatine • omphalocèle/gastroschisis
 • autres, précisez
- pas d'anomalie congénitale

8. Poids de l'enfant à la naissance (en grammes)

9. Indice d'Apgar à:

- 1 minute • 10 minutes
 • 5 minutes

10. Soins immédiats au nouveau-né (maximum 3)

- ventilation sans intubation • sans objet
 • intubation • pas d'intervention
 • transfert vers service n (endéans les 12 premières heures)
 • transfert vers service N (endéans les 12 premières heures)
 • autres, précisez

(suite au verso)

Modèle III D

VOLET C
(suite)

DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE (suite)

B. Renseignements concernant le décès

1. En cas de décès foetal, le décès est survenu:

- avant le travail d'accouchement • pendant le travail d'accouchement • ne sait pas

2. Type de décès

- par cause naturelle • homicide
 • accident de la circulation • sous investigation
 • autre accident • n'a pu être déterminé

3. Si le décès n'est pas dû à une cause naturelle, décrivez les circonstances :

.....
 Réservé

4. En cas d'accident

4.1 Lieu de l'accident

- voie publique • ne sait pas
 • domicile
 • autres, précisezz

4.2 Date de l'accident (JJMMAAAA)

□□ / □□ / □□□□

4.3 Heure de l'accident (0 - 24 H)

□□

5. Cause du décès (1)

Spécifiez (2)

Délai (3)

M	F	I
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Enchaînement des phénomènes morbides qui ont conduit à la cause immédiate de décès citée en a).

- a)
 conséquence de :
 b)
 conséquence de :
 c)
 conséquence de :
 d)

L'affection morbide à l'origine de l'enchaînement est indiquée en dernier lieu "cause initiale"

II. Causes associées

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

- e)
 f)
 g)

(1) Il ne s'agit pas ici du mode de décès, par exemple: défaillance cardiaque, syncope, etc..., mais de la maladie ou traumatisme ou de la complication qui a entraîné la mort. Prière de ne faire figurer qu'une cause par ligne.

(2) Placez un "X" à l'endroit approprié : colonne 'M' si Maternelle, colonne 'F' si Foetale, colonne 'I' si Infantile

(3) Délai approximatif entre le début du processus morbide et le décès (précisez s'il y a lieu en minutes, heures, semaines ou mois, ...)

Réservé

- a) □□□□□ b) □□□□□ c) □□□□□ d) □□□□□
 e) □□□□□ f) □□□□□ g) □□□□□

6. Autopsie/examens complémentaires

- oui, en cours • non
 • oui, prévu • ne sait pas

7. Le médecin signataire était-il impliqué dans le traitement du décédé?

- oui • non

No. du dossier médical de la **Mère**

No. du dossier médical de l'**enfant**

Identification du médecin

• No. INAMI

• date (JJMMAAAA) □□ □□ □□□□

nom, prénom
signature
cachet

Modèle III D

VOLET A

DECLARATION DE DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE (a)

(Volet à remplir par le médecin et à conserver par l'administration communale)

Nom et prénom de l'enfant		<input type="text"/>
Nom et prénom de la mère		<input type="text"/>
Résidence habituelle de la mère :	commune	<input type="text"/>
	rue, no.	<input type="text"/>
Date (JJMMAAAA) et heure (HHMM) du décès		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> m
Adresse du décès :	commune	<input type="text"/>
	rue, no.	<input type="text"/>

Numéro de l'acte au registre des décès	<input type="text"/>	Obstacle médico-légal à l'inhumation ou à la crémation (1)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Sexe de l'enfant		Obstacle au don du corps (2)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> • masculin	<input type="checkbox"/> • féminin	Obligation de mise immédiate: • en cercueil hermétique (3)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> • indéterminé		Obstacle à la pratique éventuelle des opérations suivantes:	
L'enfant est-il		• crémation (4)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> • mort-né	<input type="checkbox"/> • né vivant	• soins de conservation (5)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
		• transport avant la mise en bière (6)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
		Risques d'exposition aux radiations ionisantes (3)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Le docteur en médecine, soussigné, (nom, prénom et no. d'inscription à l'Ordre des Médecins ou no. INAMI)

certifie avoir constaté le décès de la personne désignée ci-dessus le à heure.

Signature et cachet du médecin

- (a) Il sera rempli un bulletin de décès par enfant mort-né ou décédé avant l'âge d'un an.
 (1) Décès par cause externe, certaine ou probable (accident, suicide, homicide).
 (2) Le défunt présente un risque de contamination visés sous le n° (3).
 (3) A. le défunt présente une des maladies contagieuses suivantes: charbon, choléra, peste, fièvre hémorragique virale, variole, et autres orthopox viroses;
 B. le défunt présente un risque de contamination radioactive (cfr. A.R. du 28 février 1963 - M.B. du 16 mai 1963 -; art. 69.4, art. 69.7 et art. 3).
 (4) Les prothèses fonctionnant au moyen d'une pile au lithium ainsi que toute autre prothèse renfermant des radio-éléments doivent être enlevées avant la crémation.
 (5) - cfr (2) et (3)
 - mauvais état du corps (putréfaction ou corps décheté);
 - certitude ou suspicion de décès par cause externe.
 (6) cfr (2) et (3).

VOLET B

**BULLETIN STATISTIQUE DE DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN
OU D'UN MORT-NE**

*(Volet à remplir par le médecin, à vérifier par l'administration communale
et à envoyer au médecin fonctionnaire responsable)*

1. Date et heure du décès

• date (JJMMAAAA) / /

• heure (HHMM) h m

2. Date et heure de naissance

• date (JJMMAAAA) / /

• heure (HHMM) h m

3. L'enfant est-il

• mort-né • né vivant

4. Lieu de naissance

• institution hospitalière • maison privée

• autre, précisez

.....

5. Lieu du décès

• institution hospitalière • maison privée

• autre, précisez

.....

6. Sexe de l'enfant

• masculin

• féminin

• indéterminé

7. Enfant issu d'une grossesse multiple

• oui • non

En cas d'accouchement multiple :

• nombre total de naissances mort-nés compris

• no. d'ordre de l'enfant déclaré

• nombre et sexe des enfants nés du même accouchement
(y compris le déclaré)

→ nombre d'enfants nés vivants

• masculin • féminin • indéterminé

→ nombre d'enfants mort-nés

• masculin • féminin • indéterminé

VOLET D

**BULLETIN STATISTIQUE DE DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN
OU D'UN MORT-NE**

(Volet à remplir par l'administration communale avec l'aide du déclarant)

1. Commune (ou pays) du décès

Code I.N.S. ⇔

2. Numéro de l'acte au registre des décès

3. Commune (ou pays) de la naissance

Code I.N.S. ⇔

4. Date de naissance (JJMMAAAA)

• du père

• de la mère

5. Instruction (niveau le plus élevé achevé ou diplôme)

	père	mère
• pas d'instruction ou primaire inachevé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• primaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• secondaire inférieur		
→ professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ technique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ général	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• secondaire supérieur		
→ professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ technique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ général	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• supérieur de type court	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• supérieur de type long ou universitaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ne sait pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• autres, précisez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Situation professionnelle actuelle

	père	mère
• actif(ve)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• étudiant(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• chômeur(se)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• pensionné(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• sans profession	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• autres, précisez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. État social dans la profession actuelle (pensionnés, chômeurs, etc... état social dans la dernière profession exercée)

	père	mère
• indépendant(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• employé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ouvrier(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• aidant(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• sans profession	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• autres, précisez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Profession actuelle (pour les pensionnés, chômeurs, etc... dernière profession exercée)

• père

Code I.N.S. ⇔

• mère

Code I.N.S. ⇔

9. Nationalité

• du père
→ d'origine → actuelle

Code I.N.S. ⇔

• de la mère
→ d'origine → actuelle

Code I.N.S. ⇔

10. Résidence habituelle de la mère (commune ou pays)

Code I.N.S. ⇔

11. État civil de la mère

<input type="checkbox"/> • célibataire	<input type="checkbox"/> • divorcée
<input type="checkbox"/> • mariée	<input type="checkbox"/> • légalement séparée de corps
<input type="checkbox"/> • veuve	<input type="checkbox"/> • ne sait pas

12. État d'union de la mère

<input type="checkbox"/> • vit seule	<input type="checkbox"/> • en union
--------------------------------------	-------------------------------------

13. Date du mariage actuel (JJMMAAAA)

14. Naissances précédentes issues du mariage actuel

• mort-né(s)

• né(s) vivant(s)

Modèle III D

VOLET C

DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE

(Volet à remplir et à mettre sous enveloppe scellée par le médecin)

A. Renseignements concernant la naissance

1. Naissances précédentes

• nombre total d'enfants nés vivants • nombre total d'enfants morts-nés • nombre total d'enfants encore en vie • date du dernier accouchement (JJMMAAAA) / / 2. Durée probable de la grossesse en semaines

3. Facteurs de risques médicaux relatifs à cette grossesse (maximum 3)

- diabète • maladie rénale
 • hypertension chronique • hémorragie du 3e trimestre
 • hypertension gravidique • naissance antérieure d'un enfant pesant < 2.500 grammes
 • éclampsie
 • autres, précisez
- pas de risques médicaux connus

4. Transfert in utero

 • oui • non • ne sait pas

5. Présentation de l'enfant avant la naissance

- sommet fléchi • siège
 • autres présentations céphaliques • oblique/transverse
 • autres, précisez

6. Accouchement

6.1 Induction avant le début du travail

 • oui • non • ne sait pas

6.2 Accouchement avec assistance

 • oui • non • ne sait pas

Si oui, complétez 6.3, 6.4 et 6.5

Si non ou ne sait pas, passez immédiatement au point 7

6.3 Type d'assistance (maximum 3)

- forceps • extraction par le siège (Bracht excl.)
 • ventouse • version avec extraction
 • césarienne • version externe
 • autres, précisez

6.4 État de la mère justifiant ce type d'accouchement

- césarienne antérieure • pathologies placentaires
 • dystocie
 • autres, précisez

 • pas d'indication maternelle

6.5 État de l'enfant justifiant ce type d'accouchement

- souffrance foetale • anomalie de la présentation
 • autres, précisez
- pas d'indication foetale

7. Etat de l'enfant à la naissance

7.1 Traumatisme obstétrical

- oui • non • ne sait pas
 si oui, précisez

7.2 Détresse respiratoire

- oui • non • ne sait pas • sans objet
 si oui, précisez

7.3 État infectieux

- oui • non • ne sait pas
 si oui, précisez

7.4 Anomalies congénitales

- anencéphalie • imperforation anale
 • spina bifida • réduction des membres
 • hydrocéphalie • hernie diaphragmatique
 • fente labiale/palatine • omphalocèle/gastroschisis
 • autres, précisez
- pas d'anomalie congénitale

8. Poids de l'enfant à la naissance (en grammes)

9. Indice d'Apgar à:

• 1 minute • 10 minutes
 • 5 minutes

10. Soins immédiats au nouveau-né (maximum 3)

- ventilation sans intubation • sans objet
 • intubation • pas d'intervention
 • transfert vers service n (endéans les 12 premières heures)
 • transfert vers service N (endéans les 12 premières heures)
 • autres, précisez

(suite au verso)

Modèle III D

VOLET C
(suite)

DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE (suite)

B. Renseignements concernant le décès

1. En cas de décès foetal, le décès est survenu:

- avant le travail d'accouchement • pendant le travail d'accouchement • ne sait pas

2. Type de décès

- par cause naturelle • homicide
 • accident de la circulation • sous investigation
 • autre accident • n'a pu être déterminé

3. Si le décès n'est pas dû à une cause naturelle, décrivez les circonstances :

.....
 Réservé

4. En cas d'accident

4.1 Lieu de l'accident

- voie publique • ne sait pas
 • domicile
 • autres, précisezz

4.2 Date de l'accident (JJMMAAAA)

□□ / □□ / □□□□

4.3 Heure de l'accident (0 - 24 H)

□□

5. Cause du décès (1)

Spécifiez (2)

Délai (3)

M	F	I
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Enchaînement des phénomènes morbides qui ont conduit à la cause immédiate de décès citée en a).

L'affection morbide à l'origine de l'enchaînement est indiquée en dernier lieu "cause initiale"

- a)
 conséquence de :
 b)
 conséquence de :
 c)
 conséquence de :
 d)

II. Causes associées

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

- e)
 f)
 g)

(1) Il ne s'agit pas ici du mode de décès, par exemple: défaillance cardiaque, syncope, etc..., mais de la maladie ou traumatisme ou de la complication qui a entraîné la mort. Prière de ne faire figurer qu'une cause par ligne.

(2) Placez un "X" à l'endroit approprié : colonne 'M' si Maternelle, colonne 'F' si Foetale, colonne 'I' si Infantile

(3) Délai approximatif entre le début du processus morbide et le décès (précisez s'il y a lieu en minutes, heures, semaines ou mois, ...)

Réservé

- a) □□□□□ b) □□□□□ c) □□□□□ d) □□□□□
 e) □□□□□ f) □□□□□ g) □□□□□

6. Autopsie/examens complémentaires

- oui, en cours • non
 • oui, prévu • ne sait pas

7. Le médecin signataire était-il impliqué dans le traitement du décédé?

- oui • non

No. du dossier médical de la **Mère**

No. du dossier médical de l'**enfant**

Identification du médecin

• No. INAMI

• date (JJMMAAAA) □□ □□ □□□□

nom, prénom
signature
cachet

Modèle III D

VOLET A

DECLARATION DE DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE (a)

(Volet à remplir par le **médecin** et à conserver par l'administration communale)

Nom et prénom de l'enfant

Nom et prénom de la mère

Résidence habituelle de la mère : commune

rue, no.

Date (JJMMAAAA) et heure (HHMM) du décès

 / / h m

Adresse du décès : commune

rue, no.

Numéro de l'acte au registre des décès

Sexe de l'enfant

 • masculin • féminin • indéterminé

L'enfant est-il

 • mort-né • né vivant

Obstacle médico-légal

à l'inhumation ou à la crémation (1)

 oui non

Obstacle au

don du corps (2)

 oui non

Obligation de mise immédiate:

• en cercueil hermétique (3)

 oui non

Obstacle à la pratique éventuelle

des opérations suivantes:

• crémation (4)

 oui non

• soins de conservation (5)

 oui non

• transport avant la mise en bière (6)

 oui non

Risques d'exposition

aux radiations ionisantes (3)

 oui non

Le docteur en médecine, soussigné, (nom, prénom et no. d'inscription à l'Ordre des Médecins ou no. INAMI)

certifie avoir constaté le décès de la personne désignée ci-dessus le à heure.

Signature et cachet du médecin

(a) Il sera rempli un bulletin de décès par enfant mort-né ou décédé avant l'âge d'un an.

(1) Décès par cause externe, certaine ou probable (accident, suicide, homicide).

(2) Le défunt présente un risque de contamination visés sous le n° (3).

(3) A. le défunt présente une des maladies contagieuses suivantes: charbon, choléra, peste, fièvre hémorragique virale, variole, et autres orthopox viroses;

B. le défunt présente un risque de contamination radioactive (cfr. A.R. du 28 février 1963 - M.B. du 16 mai 1963 -; art. 69.4, art. 69.7 et art. 3).

(4) Les prothèses fonctionnant au moyen d'une pile au lithium ainsi que toute autre prothèse renfermant des radio-éléments doivent être enlevées avant la crémation.

(5) - cfr (2) et (3)

- mauvais état du corps (putréfaction ou corps déchiqueté);
- certitude ou suspicion de décès par cause externe.

(6) cfr (2) et (3).

VOLET B

**BULLETIN STATISTIQUE DE DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN
OU D'UN MORT-NE**

*(Volet à remplir par le médecin, à vérifier par l'administration communale
et à envoyer au médecin fonctionnaire responsable)*

1. Date et heure du décès

• date (JJMMAAAA) / /

• heure (HHMM) h m

2. Date et heure de naissance

• date (JJMMAAAA) / /

• heure (HHMM) h m

3. L'enfant est-il

• mort-né • né vivant

4. Lieu de naissance

• institution hospitalière • maison privée

• autre, précisez

.....

5. Lieu du décès

• institution hospitalière • maison privée

• autre, précisez

.....

6. Sexe de l'enfant

• masculin

• féminin

• indéterminé

7. Enfant issu d'une grossesse multiple

• oui • non

En cas d'accouchement multiple :

• nombre total de naissances mort-nés compris

• no. d'ordre de l'enfant déclaré

• nombre et sexe des enfants nés du même accouchement
(y compris le déclaré)

→ nombre d'enfants nés vivants

• masculin • féminin • indéterminé

→ nombre d'enfants mort-nés

• masculin • féminin • indéterminé

Modèle III D

VOLET C

DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE

(Volet à remplir et à mettre sous enveloppe scellée par le médecin)

A. Renseignements concernant la naissance

1. Naissances précédentes

• nombre total d'enfants nés vivants • nombre total d'enfants morts-nés • nombre total d'enfants encore en vie • date du dernier accouchement (JJMMAAAA) / / 2. Durée probable de la grossesse en semaines

3. Facteurs de risques médicaux relatifs à cette grossesse (maximum 3)

- diabète • maladie rénale
 • hypertension chronique • hémorragie du 3e trimestre
 • hypertension gravidique • naissance antérieure d'un enfant pesant < 2.500 grammes
 • éclampsie
 • autres, précisez
 • pas de risques médicaux connus

4. Transfert in utero

- oui • non • ne sait pas

5. Présentation de l'enfant avant la naissance

- sommet fléchi • siège
 • autres présentations céphaliques • oblique/transverse
 • autres, précisez

6. Accouchement

6.1 Induction avant le début du travail

- oui • non • ne sait pas

6.2 Accouchement avec assistance

- oui • non • ne sait pas

Si oui, complétez 6.3, 6.4 et 6.5

Si non ou ne sait pas, passez immédiatement au point 7

6.3 Type d'assistance (maximum 3)

- forceps • extraction par le siège (Bracht excl.)
 • ventouse • version avec extraction
 • césarienne • version externe
 • autres, précisez

6.4 État de la mère justifiant ce type d'accouchement

- césarienne antérieure • pathologies placentaires
 • dystocie
 • autres, précisez

- pas d'indication maternelle

6.5 État de l'enfant justifiant ce type d'accouchement

- souffrance foetale • anomalie de la présentation
 • autres, précisez
 • pas d'indication foetale

7. Etat de l'enfant à la naissance

7.1 Traumatisme obstétrical

- oui • non • ne sait pas
 si oui, précisez

7.2 Détresse respiratoire

- oui • non • ne sait pas • sans objet
 si oui, précisez

7.3 État infectieux

- oui • non • ne sait pas
 si oui, précisez

7.4 Anomalies congénitales

- anencéphalie • imperforation anale
 • spina bifida • réduction des membres
 • hydrocéphalie • hernie diaphragmatique
 • fente labiale/palatine • omphalocèle/gastroschisis
 • autres, précisez
 • pas d'anomalie congénitale

8. Poids de l'enfant à la naissance (en grammes)

9. Indice d'Appgar à:

- 1 minute • 10 minutes
 • 5 minutes

10. Soins immédiats au nouveau-né (maximum 3)

- ventilation sans intubation • sans objet
 • intubation • pas d'intervention
 • transfert vers service n (endéans les 12 premières heures)
 • transfert vers service N (endéans les 12 premières heures)
 • autres, précisez

(suite au verso)

Modèle III D

VOLET C
(suite)

DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE (suite)

B. Renseignements concernant le décès

1. En cas de décès foetal, le décès est survenu:

- avant le travail d'accouchement • pendant le travail d'accouchement • ne sait pas

2. Type de décès

- par cause naturelle • homicide
 • accident de la circulation • sous investigation
 • autre accident • n'a pu être déterminé

3. Si le décès n'est pas dû à une cause naturelle, décrivez les circonstances :

.....
 Réservé

4. En cas d'accident

4.1 Lieu de l'accident

- voie publique • ne sait pas
 • domicile
 • autres, précisez:

4.2 Date de l'accident (JJMMAAAA)

/ /

4.3 Heure de l'accident (0 - 24 H)

5. Cause du décès (1)

Spécifiez (2)

Délai (3)

M	F	I
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Enchaînement des phénomènes morbides qui ont conduit à la cause immédiate de décès citée en a).

L'affection morbide à l'origine de l'enchaînement est indiquée en dernier lieu "cause initiale"

- a)
 conséquence de :
 b)
 conséquence de :
 c)
 conséquence de :
 d)

II. Causes associées

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

- e)
 f)
 g)

(1) Il ne s'agit pas ici du mode de décès, par exemple: défaillance cardiaque, syncope, etc..., mais de la maladie ou traumatisme ou de la complication qui a entraîné la mort. Prière de ne faire figurer qu'une cause par ligne.

(2) Placez un "X" à l'endroit approprié : colonne 'M' si Maternelle, colonne 'F' si Foetale, colonne 'I' si Infantile

(3) Délai approximatif entre le début du processus morbide et le décès (précisez s'il y a lieu en minutes, heures, semaines ou mois, ...)

Réservé

- a) b) c) d)
 e) f) g)

6. Autopsie/examens complémentaires

- oui, en cours • non
 • oui, prévu • ne sait pas

7. Le médecin signataire était-il impliqué dans le traitement du décédé?

- oui • non

No. du dossier médical de la **Mère**

No. du dossier médical de l'**enfant**

Identification du médecin

• No. INAMI

• date (JJMMAAAA)

nom, prénom
signature
cachet

Modèle III D

VOLET A

DECLARATION DE DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE (a)

(Volet à remplir par le médecin et à conserver par l'administration communale)

Nom et prénom de l'enfant

Nom et prénom de la mère

Résidence habituelle de la mère : commune

rue, no.

Date (JJMMAAAA) et heure (HHMM) du décès

 / / h m

Adresse du décès : commune

rue, no.

Numéro de l'acte au registre des décès

Sexe de l'enfant

 • masculin • féminin • indéterminé

L'enfant est-il

 • mort-né • né vivant

Obstacle médico-légal

à l'inhumation ou à la crémation (1)

 oui non

Obstacle au

don du corps (2)

 oui non

Obligation de mise immédiate:

• en cercueil hermétique (3)

 oui non

Obstacle à la pratique éventuelle

des opérations suivantes:

• crémation (4)

 oui non

• soins de conservation (5)

 oui non

• transport avant la mise en bière (6)

 oui non

Risques d'exposition

aux radiations ionisantes (3)

 oui non

Le docteur en médecine, soussigné, (nom, prénom et no. d'inscription à l'Ordre des Médecins ou no. INAMI)

certifie avoir constaté le décès de la personne désignée ci-dessus le à heure.

Signature et cachet du médecin

(a) Il sera rempli un bulletin de décès par enfant mort-né ou décédé avant l'âge d'un an.

(1) Décès par cause externe, certaine ou probable (accident, suicide, homicide).

(2) Le défunt présente un risque de contamination visés sous le n° (3).

(3) A. le défunt présente une des maladies contagieuses suivantes: charbon, choléra, peste, fièvre hémorragique virale, variole, et autres orthopox viroses;

B. le défunt présente un risque de contamination radioactive (cfr. A.R. du 28 février 1963 - M.B. du 16 mai 1963 -; art. 69.4, art. 69.7 et art. 3).

(4) Les prothèses fonctionnant au moyen d'une pile au lithium ainsi que toute autre prothèse renfermant des radio-éléments doivent être enlevées avant la crémation.

(5) - cfr (2) et (3)

- mauvais état du corps (putréfaction ou corps déchiqueté);
- certitude ou suspicion de décès par cause externe.

(6) cfr (2) et (3).

VOLET B

**BULLETIN STATISTIQUE DE DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN
OU D'UN MORT-NE**

*(Volet à remplir par le médecin, à vérifier par l'administration communale
et à envoyer au médecin fonctionnaire responsable)*

1. Date et heure du décès

• date (JJMMAAAA) / /

• heure (HHMM) h m

2. Date et heure de naissance

• date (JJMMAAAA) / /

• heure (HHMM) h m

3. L'enfant est-il

• mort-né • né vivant

4. Lieu de naissance

• institution hospitalière • maison privée

• autre, précisez

.....

5. Lieu du décès

• institution hospitalière • maison privée

• autre, précisez

.....

6. Sexe de l'enfant

• masculin

• féminin

• indéterminé

7. Enfant issu d'une grossesse multiple

• oui • non

En cas d'accouchement multiple :

• nombre total de naissances mort-nés compris

• no. d'ordre de l'enfant déclaré

• nombre et sexe des enfants nés du même accouchement
(y compris le déclaré)

→ nombre d'enfants nés vivants

• masculin • féminin • indéterminé

→ nombre d'enfants mort-nés

• masculin • féminin • indéterminé

Modèle III D

VOLET C

DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE

(Volet à remplir et à mettre sous enveloppe scellée par le médecin)

A. Renseignements concernant la naissance

1. Naissances précédentes

- nombre total d'enfants nés vivants
- nombre total d'enfants morts-nés
- nombre total d'enfants encore en vie
- date du dernier accouchement (JJMMAAAA) / /

2. Durée probable de la grossesse en semaines

3. Facteurs de risques médicaux relatifs à cette grossesse (maximum 3)

- diabète
- hypertension chronique
- hypertension gravidique
- éclampsie
- autres, précisez
- pas de risques médicaux connus
- maladie rénale
- hémorragie du 3e trimestre
- naissance antérieure d'un enfant pesant < 2.500 grammes

4. Transfert in utero

- oui
- non
- ne sait pas

5. Présentation de l'enfant avant la naissance

- sommet fléchi
- autres présentations céphaliques
- autres, précisez
- siège
- oblique/transverse

6. Accouchement

6.1 Induction avant le début du travail

- oui
- non
- ne sait pas

6.2 Accouchement avec assistance

- oui
- non
- ne sait pas

Si oui, complétez 6.3, 6.4 et 6.5

Si non ou ne sait pas, passez immédiatement au point 7

6.3 Type d'assistance (maximum 3)

- forceps
- ventouse
- césarienne
- autres, précisez
- extraction par le siège (Bracht excl.)
- version avec extraction
- version externe

6.4 État de la mère justifiant ce type d'accouchement

- césarienne antérieure
- dystocie
- autres, précisez
- pathologies placentaires

- pas d'indication maternelle

6.5 État de l'enfant justifiant ce type d'accouchement

- souffrance foetale
- autres, précisez
- pas d'indication foetale
- anomalie de la présentation

7. Etat de l'enfant à la naissance

7.1 Traumatisme obstétrical

- oui
- si oui, précisez
- non
- ne sait pas

7.2 Détresse respiratoire

- oui
- si oui, précisez
- non
- ne sait pas
- sans objet

7.3 État infectieux

- oui
- si oui, précisez
- non
- ne sait pas

7.4 Anomalies congénitales

- anencéphalie
- spina bifida
- hydrocéphalie
- fente labiale/palatine
- autres, précisez
- imperforation anale
- réduction des membres
- hernie diaphragmatique
- omphalocèle/gastroschisis
- pas d'anomalie congénitale

8. Poids de l'enfant à la naissance (en grammes)

9. Indice d'Apgar à:

- 1 minute
- 5 minutes
- 10 minutes

10. Soins immédiats au nouveau-né (maximum 3)

- ventilation sans intubation
- intubation
- transfert vers service n (endéans les 12 premières heures)
- transfert vers service N (endéans les 12 premières heures)
- autres, précisez
- sans objet
- pas d'intervention

(suite au verso)

Modèle III D

VOLET C
(suite)

DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE (suite)

B. Renseignements concernant le décès

1. En cas de décès foetal, le décès est survenu:

- avant le travail d'accouchement • pendant le travail d'accouchement • ne sait pas

2. Type de décès

- par cause naturelle • homicide
 • accident de la circulation • sous investigation
 • autre accident • n'a pu être déterminé

3. Si le décès n'est pas dû à une cause naturelle, décrivez les circonstances :

.....
 Réservé

4. En cas d'accident

4.1 Lieu de l'accident

- voie publique • ne sait pas
 • domicile
 • autres, précisezz

4.2 Date de l'accident (JJMMAAAA)

□□ / □□ / □□□□

4.3 Heure de l'accident (0 - 24 H)

□□

5. Cause du décès (1)

Spécifiez (2)

Délai (3)

M	F	I
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Enchaînement des phénomènes morbides qui ont conduit à la cause immédiate de décès citée en a).

L'affection morbide à l'origine de l'enchaînement est indiquée en dernier lieu "cause initiale"

- a)
 conséquence de :
 b)
 conséquence de :
 c)
 conséquence de :
 d)

II. Causes associées

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

- e)
 f)
 g)

(1) Il ne s'agit pas ici du mode de décès, par exemple: défaillance cardiaque, syncope, etc..., mais de la maladie ou traumatisme ou de la complication qui a entraîné la mort. Prière de ne faire figurer qu'une cause par ligne.

(2) Placez un "X" à l'endroit approprié : colonne 'M' si Maternelle, colonne 'F' si Foetale, colonne 'I' si Infantile

(3) Délai approximatif entre le début du processus morbide et le décès (précisez s'il y a lieu en minutes, heures, semaines ou mois, ...)

Réservé

- a) □□□□□□ b) □□□□□□ c) □□□□□□ d) □□□□□□
 e) □□□□□□ f) □□□□□□ g) □□□□□□

6. Autopsie/examens complémentaires

- oui, en cours • non
 • oui, prévu • ne sait pas

7. Le médecin signataire était-il impliqué dans le traitement du décédé?

- oui • non

No. du dossier médical de la **Mère**

No. du dossier médical de l'**enfant**

Identification du médecin

• No. INAMI

• date (JJMMAAAA) □□ □□ □□□□

nom, prénom
signature
cachet

Modèle III D

VOLET A

DECLARATION DE DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE (a)

(Volet à remplir par le médecin et à conserver par l'administration communale)

Nom et prénom de l'enfant

Nom et prénom de la mère

Résidence habituelle de la mère : commune

rue, no.

Date (JJMMAAAA) et heure (HHMM) du décès

 / / h m

Adresse du décès : commune

rue, no.

Numéro de l'acte au registre des décès

Sexe de l'enfant

 • masculin • féminin • indéterminé

L'enfant est-il

 • mort-né • né vivant

Obstacle médico-légal

à l'inhumation ou à la crémation (1)

 oui non

Obstacle au

don du corps (2)

 oui non

Obligation de mise immédiate:

• en cercueil hermétique (3)

 oui non

Obstacle à la pratique éventuelle

des opérations suivantes:

• crémation (4)

 oui non

• soins de conservation (5)

 oui non

• transport avant la mise en bière (6)

 oui non

Risques d'exposition

aux radiations ionisantes (3)

 oui non

Le docteur en médecine, soussigné, (nom, prénom et no. d'inscription à l'Ordre des Médecins ou no. INAMI)

certifie avoir constaté le décès de la personne désignée ci-dessus le à heure.

Signature et cachet du médecin

(a) Il sera rempli un bulletin de décès par enfant mort-né ou décédé avant l'âge d'un an.

(1) Décès par cause externe, certaine ou probable (accident, suicide, homicide).

(2) Le défunt présente un risque de contamination visés sous le n° (3).

(3) A. le défunt présente une des maladies contagieuses suivantes: charbon, choléra, peste, fièvre hémorragique virale, variole, et autres orthopox viroses;

B. le défunt présente un risque de contamination radioactive (cfr. A.R. du 28 février 1963 - M.B. du 16 mai 1963 -; art. 69.4, art. 69.7 et art. 3).

(4) Les prothèses fonctionnant au moyen d'une pile au lithium ainsi que toute autre prothèse renfermant des radio-éléments doivent être enlevées avant la crémation.

(5) - cfr (2) et (3)

- mauvais état du corps (putréfaction ou corps déchiqueté);
- certitude ou suspicion de décès par cause externe.

(6) cfr (2) et (3).

VOLET B

**BULLETIN STATISTIQUE DE DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN
OU D'UN MORT-NE**

*(Volet à remplir par le médecin, à vérifier par l'administration communale
et à envoyer au médecin fonctionnaire responsable)*

1. Date et heure du décès

• date (JJMMAAAA) / /
 • heure (HHMM) h m

2. Date et heure de naissance

• date (JJMMAAAA) / /
 • heure (HHMM) h m

3. L'enfant est-il

• mort-né • né vivant

4. Lieu de naissance

• institution hospitalière • maison privée
 • autre, précisez

5. Lieu du décès

• institution hospitalière • maison privée
 • autre, précisez

6. Sexe de l'enfant

• masculin
 • féminin
 • indéterminé

7. Enfant issu d'une grossesse multiple

• oui • non

En cas d'accouchement multiple :

• nombre total de naissances mort-nés compris

• no. d'ordre de l'enfant déclaré

• nombre et sexe des enfants nés du même accouchement
(y compris le déclaré)

→ nombre d'enfants nés vivants

• masculin • féminin • indéterminé

→ nombre d'enfants mort-nés

• masculin • féminin • indéterminé

Modèle III D

VOLET C

DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE

(Volet à remplir et à mettre sous enveloppe scellée par le médecin)

A. Renseignements concernant la naissance

1. Naissances précédentes

• nombre total d'enfants nés vivants • nombre total d'enfants morts-nés • nombre total d'enfants encore en vie • date du dernier accouchement (JJMMAAAA) / / 2. Durée probable de la grossesse en semaines

3. Facteurs de risques médicaux relatifs à cette grossesse (maximum 3)

- diabète • maladie rénale
 • hypertension chronique • hémorragie du 3e trimestre
 • hypertension gravidique • naissance antérieure d'un enfant pesant < 2.500 grammes
 • éclampsie
 • autres, précisez
- pas de risques médicaux connus

4. Transfert in utero

- oui • non • ne sait pas

5. Présentation de l'enfant avant la naissance

- sommet fléchi • siège
 • autres présentations céphaliques • oblique/transverse
 • autres, précisez

6. Accouchement

6.1 Induction avant le début du travail

- oui • non • ne sait pas

6.2 Accouchement avec assistance

- oui • non • ne sait pas

Si oui, complétez 6.3, 6.4 et 6.5

Si non ou ne sait pas, passez immédiatement au point 7

6.3 Type d'assistance (maximum 3)

- forceps • extraction par le siège (Bracht excl.)
 • ventouse • version avec extraction
 • césarienne • version externe
 • autres, précisez

6.4 État de la mère justifiant ce type d'accouchement

- césarienne antérieure • pathologies placentaires
 • dystocie
 • autres, précisez

- pas d'indication maternelle

6.5 État de l'enfant justifiant ce type d'accouchement

- souffrance foetale • anomalie de la présentation
 • autres, précisez
- pas d'indication foetale

7. Etat de l'enfant à la naissance

7.1 Traumatisme obstétrical

- oui • non • ne sait pas
 si oui, précisez

7.2 Détresse respiratoire

- oui • non • ne sait pas • sans objet
 si oui, précisez

7.3 État infectieux

- oui • non • ne sait pas
 si oui, précisez

7.4 Anomalies congénitales

- anencéphalie • imperforation anale
 • spina bifida • réduction des membres
 • hydrocéphalie • hernie diaphragmatique
 • fente labiale/palatine • omphalocèle/gastroschisis
 • autres, précisez
- pas d'anomalie congénitale

8. Poids de l'enfant à la naissance (en grammes)

9. Indice d'Apgar à:

- 1 minute • 10 minutes
 • 5 minutes

10. Soins immédiats au nouveau-né (maximum 3)

- ventilation sans intubation • sans objet
 • intubation • pas d'intervention
 • transfert vers service n (endéans les 12 premières heures)
 • transfert vers service N (endéans les 12 premières heures)
 • autres, précisez

(suite au verso)

Modèle III D

VOLET C
(suite)

DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE (suite)

B. Renseignements concernant le décès

1. En cas de décès foetal, le décès est survenu:

- avant le travail d'accouchement • pendant le travail d'accouchement • ne sait pas

2. Type de décès

- par cause naturelle • homicide
 • accident de la circulation • sous investigation
 • autre accident • n'a pu être déterminé

3. Si le décès n'est pas dû à une cause naturelle, décrivez les circonstances :

.....
 Réservé

4. En cas d'accident

4.1 Lieu de l'accident

- voie publique • ne sait pas
 • domicile
 • autres, précisezz

4.2 Date de l'accident (JJMMAAAA)

□□ / □□ / □□□□

4.3 Heure de l'accident (0 - 24 H)

□□

5. Cause du décès (1)

Spécifiez (2)

Délai (3)

M	F	I
---	---	---

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

Enchaînement des phénomènes morbides qui ont conduit à la cause immédiate de décès citée en a).

- a)
 conséquence de :
 b)
 conséquence de :
 c)
 conséquence de :
 d)

L'affection morbide à l'origine de l'enchaînement est indiquée en dernier lieu "cause initiale"

II. Causes associées

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

- e)
 f)
 g)

(1) Il ne s'agit pas ici du mode de décès, par exemple: défaillance cardiaque, syncope, etc..., mais de la maladie ou traumatisme ou de la complication qui a entraîné la mort. Prière de ne faire figurer qu'une cause par ligne.

(2) Placez un "X" à l'endroit approprié : colonne 'M' si Maternelle, colonne 'F' si Foetale, colonne 'I' si Infantile

(3) Délai approximatif entre le début du processus morbide et le décès (précisez s'il y a lieu en minutes, heures, semaines ou mois, ...)

Réservé

- a) □□□□□ b) □□□□□ c) □□□□□ d) □□□□□
 e) □□□□□ f) □□□□□ g) □□□□□

6. Autopsie/examens complémentaires

- oui, en cours • non
 • oui, prévu • ne sait pas

7. Le médecin signataire était-il impliqué dans le traitement du décédé?

- oui • non

No. du dossier médical de la **Mère**

No. du dossier médical de l'**enfant**

Identification du médecin

• No. INAMI

• date (JJMMAAAA) □□ □□ □□□□

nom, prénom
signature
cachet

Modèle III D

VOLET A

DECLARATION DE DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE (a)

(Volet à remplir par le médecin et à conserver par l'administration communale)

Nom et prénom de l'enfant

Nom et prénom de la mère

Résidence habituelle de la mère : commune

rue, no.

Date (JJMMAAAA) et heure (HHMM) du décès

 / / h m

Adresse du décès : commune

rue, no.

Numéro de l'acte au registre des décès

Sexe de l'enfant

 • masculin • féminin • indéterminé

L'enfant est-il

 • mort-né • né vivant

Obstacle médico-légal

à l'inhumation ou à la crémation (1)

 oui non

Obstacle au

don du corps (2)

 oui non

Obligation de mise immédiate:

• en cercueil hermétique (3)

 oui non

Obstacle à la pratique éventuelle

des opérations suivantes:

• crémation (4)

 oui non

• soins de conservation (5)

 oui non

• transport avant la mise en bière (6)

 oui non

Risques d'exposition

aux radiations ionisantes (3)

 oui non

Le docteur en médecine, soussigné, (nom, prénom et no. d'inscription à l'Ordre des Médecins ou no. INAMI)

certifie avoir constaté le décès de la personne désignée ci-dessus le à heure.

Signature et cachet du médecin

(a) Il sera rempli un bulletin de décès par enfant mort-né ou décédé avant l'âge d'un an.

(1) Décès par cause externe, certaine ou probable (accident, suicide, homicide).

(2) Le défunt présente un risque de contamination visés sous le n° (3).

(3) A. le défunt présente une des maladies contagieuses suivantes: charbon, choléra, peste, fièvre hémorragique virale, variole, et autres orthopox viroses;

B. le défunt présente un risque de contamination radioactive (cfr. A.R. du 28 février 1963 - M.B. du 16 mai 1963 -; art. 69.4, art. 69.7 et art. 3).

(4) Les prothèses fonctionnant au moyen d'une pile au lithium ainsi que toute autre prothèse renfermant des radio-éléments doivent être enlevées avant la crémation.

(5) - cfr (2) et (3)

- mauvais état du corps (putréfaction ou corps décheté);
- certitude ou suspicion de décès par cause externe.

(6) cfr (2) et (3).

VOLET B

**BULLETIN STATISTIQUE DE DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN
OU D'UN MORT-NE**

*(Volet à remplir par le médecin, à vérifier par l'administration communale
et à envoyer au médecin fonctionnaire responsable)*

1. Date et heure du décès

• date (JJMMAAAA) / /

• heure (HHMM) h m

2. Date et heure de naissance

• date (JJMMAAAA) / /

• heure (HHMM) h m

3. L'enfant est-il

• mort-né • né vivant

4. Lieu de naissance

• institution hospitalière • maison privée

• autre, précisez

.....

5. Lieu du décès

• institution hospitalière • maison privée

• autre, précisez

.....

6. Sexe de l'enfant

• masculin

• féminin

• indéterminé

7. Enfant issu d'une grossesse multiple

• oui • non

En cas d'accouchement multiple :

• nombre total de naissances mort-nés compris

• no. d'ordre de l'enfant déclaré

• nombre et sexe des enfants nés du même accouchement
(y compris le déclaré)

→ nombre d'enfants nés vivants

• masculin • féminin • indéterminé

→ nombre d'enfants mort-nés

• masculin • féminin • indéterminé

Modèle III D

VOLET C

DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE

(Volet à remplir et à mettre sous enveloppe scellée par le médecin)

A. Renseignements concernant la naissance

1. Naissances précédentes

• nombre total d'enfants nés vivants • nombre total d'enfants morts-nés • nombre total d'enfants encore en vie

• date du dernier accouchement (JJMMAAAA)

 / /

2. Durée probable de la grossesse en semaines

3. Facteurs de risques médicaux relatifs à cette grossesse (maximum 3)

- diabète • maladie rénale
 • hypertension chronique • hémorragie du 3e trimestre
 • hypertension gravidique • naissance antérieure d'un enfant pesant < 2.500 grammes
 • éclampsie
 • autres, précisez
 • pas de risques médicaux connus

4. Transfert in utero

- oui • non • ne sait pas

5. Présentation de l'enfant avant la naissance

- sommet fléchi • siège
 • autres présentations céphaliques • oblique/transverse
 • autres, précisez

6. Accouchement

6.1 Induction avant le début du travail

- oui • non • ne sait pas

6.2 Accouchement avec assistance

- oui • non • ne sait pas

Si oui, complétez 6.3, 6.4 et 6.5

Si non ou ne sait pas, passez immédiatement au point 7

6.3 Type d'assistance (maximum 3)

- forceps • extraction par le siège (Bracht excl.)
 • ventouse • version avec extraction
 • césarienne • version externe
 • autres, précisez

6.4 État de la mère justifiant ce type d'accouchement

- césarienne antérieure • pathologies placentaires
 • dystocie
 • autres, précisez

- pas d'indication maternelle

6.5 État de l'enfant justifiant ce type d'accouchement

- souffrance foetale • anomalie de la présentation
 • autres, précisez
 • pas d'indication foetale

7. Etat de l'enfant à la naissance

7.1 Traumatisme obstétrical

- oui • non • ne sait pas
 si oui, précisez

7.2 Détresse respiratoire

- oui • non • ne sait pas • sans objet
 si oui, précisez

7.3 État infectieux

- oui • non • ne sait pas
 si oui, précisez

7.4 Anomalies congénitales

- anencéphalie • imperforation anale
 • spina bifida • réduction des membres
 • hydrocéphalie • hernie diaphragmatique
 • fente labiale/palatine • omphalocèle/gastroschisis
 • autres, précisez
 • pas d'anomalie congénitale

8. Poids de l'enfant à la naissance (en grammes)

9. Indice d'Apgar à:

- 1 minute • 10 minutes
 • 5 minutes

10. Soins immédiats au nouveau-né (maximum 3)

- ventilation sans intubation • sans objet
 • intubation • pas d'intervention
 • transfert vers service n (endéans les 12 premières heures)
 • transfert vers service N (endéans les 12 premières heures)
 • autres, précisez

(suite au verso)

Modèle III D

VOLET C
 (suite)

DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE (suite)

B. Renseignements concernant le décès

1. En cas de décès foetal, le décès est survenu:

-
- avant le travail d'accouchement
-
- pendant le travail d'accouchement
-
- ne sait pas

2. Type de décès

-
- par cause naturelle
-
- homicide
-
-
- accident de la circulation
-
- sous investigation
-
-
- autre accident
-
- n'a pu être déterminé

3. Si le décès n'est pas dû à une cause naturelle, décrivez les circonstances :

 Réservé

4. En cas d'accident

4.1 Lieu de l'accident

-
- voie publique
-
- ne sait pas
-
-
- domicile
-
-
- autres, précisez :

4.2 Date de l'accident (JJMMAAAA)

[] [] / [] [] / [] [] [] []

4.3 Heure de l'accident (0 - 24 H)

[] []

5. Cause du décès (1)

Spécifiez (2)

Délai (3)

M	F	I
---	---	---

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

Enchaînement des phénomènes morbides qui ont conduit à la cause immédiate de décès citée en a).

L'affection morbide à l'origine de l'enchaînement est indiquée en dernier lieu "cause initiale"

- a)
-
-
-
-
-
- conséquence de :
-
- b)
-
-
-
-
-
- conséquence de :
-
- c)
-
-
-
-
-
- conséquence de :
-
- d)
-
-
-
-

II. Causes associées

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

- e)
-
-
-
-
-
- f)
-
-
-
-
-
- g)
-
-
-
-

(1) Il ne s'agit pas ici du mode de décès, par exemple: défaillance cardiaque, syncope, etc..., mais de la maladie ou traumatisme ou de la complication qui a entraîné la mort. Prière de ne faire figurer qu'une cause par ligne.

(2) Placez un "X" à l'endroit approprié : colonne 'M' si Maternelle, colonne 'F' si Foetale, colonne 'I' si Infantile

(3) Délai approximatif entre le début du processus morbide et le décès (précisez s'il y a lieu en minutes, heures, semaines ou mois, ...)

Réservé

- a) [] [] [] [] [] b) [] [] [] [] [] c) [] [] [] [] [] d) [] [] [] [] []
-
- e) [] [] [] [] [] f) [] [] [] [] [] g) [] [] [] [] []

6. Autopsie/examens complémentaires

-
- oui, en cours
-
- non
-
-
- oui, prévu
-
- ne sait pas

7. Le médecin signataire était-il impliqué dans le traitement du décédé?

-
- oui
-
- non

 No. du dossier médical de la **Mère**

 No. du dossier médical de l'**enfant**

Identification du médecin

• No. INAMI

• date (JJMMAAAA) [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

 nom, prénom
 signature
 cachet

Modèle III D

VOLET A

DECLARATION DE DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE (a)

(Volet à remplir par le médecin et à conserver par l'administration communale)

Nom et prénom de l'enfant

Nom et prénom de la mère

Résidence habituelle de la mère : commune

rue, no.

Date (JJMMAAAA) et heure (HHMM) du décès

 / / h m

Adresse du décès : commune

rue, no.

Numéro de l'acte au registre des décès

Sexe de l'enfant

 • masculin • féminin • indéterminé

L'enfant est-il

 • mort-né • né vivant

Obstacle médico-légal

à l'inhumation ou à la crémation (1)

 oui non

Obstacle au

don du corps (2)

 oui non

Obligation de mise immédiate:

• en cercueil hermétique (3)

 oui non

Obstacle à la pratique éventuelle

des opérations suivantes:

• crémation (4)

 oui non

• soins de conservation (5)

 oui non

• transport avant la mise en bière (6)

 oui non

Risques d'exposition

aux radiations ionisantes (3)

 oui non

Le docteur en médecine, soussigné, (nom, prénom et no. d'inscription à l'Ordre des Médecins ou no. INAMI)

certifie avoir constaté le décès de la personne désignée ci-dessus le à heure.

Signature et cachet du médecin

(a) Il sera rempli un bulletin de décès par enfant mort-né ou décédé avant l'âge d'un an.

(1) Décès par cause externe, certaine ou probable (accident, suicide, homicide).

(2) Le défunt présente un risque de contamination visés sous le n° (3).

(3) A. le défunt présente une des maladies contagieuses suivantes: charbon, choléra, peste, fièvre hémorragique virale, variole, et autres orthopox viroses;

B. le défunt présente un risque de contamination radioactive (cfr. A.R. du 28 février 1963 - M.B. du 16 mai 1963 -; art. 69.4, art. 69.7 et art. 3).

(4) Les prothèses fonctionnant au moyen d'une pile au lithium ainsi que toute autre prothèse renfermant des radio-éléments doivent être enlevées avant la crémation.

(5) - cfr (2) et (3)

- mauvais état du corps (putréfaction ou corps déchiqueté);
- certitude ou suspicion de décès par cause externe.

(6) cfr (2) et (3).

VOLET B

**BULLETIN STATISTIQUE DE DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN
OU D'UN MORT-NE**

*(Volet à remplir par le médecin, à vérifier par l'administration communale
et à envoyer au médecin fonctionnaire responsable)*

1. Date et heure du décès

• date (JJMMAAAA) / /

• heure (HHMM) h m

2. Date et heure de naissance

• date (JJMMAAAA) / /

• heure (HHMM) h m

3. L'enfant est-il

• mort-né • né vivant

4. Lieu de naissance

• institution hospitalière • maison privée

• autre, précisez

.....

5. Lieu du décès

• institution hospitalière • maison privée

• autre, précisez

.....

6. Sexe de l'enfant

• masculin

• féminin

• indéterminé

7. Enfant issu d'une grossesse multiple

• oui • non

En cas d'accouchement multiple :

• nombre total de naissances mort-nés compris

• no. d'ordre de l'enfant déclaré

• nombre et sexe des enfants nés du même accouchement
(y compris le déclaré)

→ nombre d'enfants nés vivants

• masculin • féminin • indéterminé

→ nombre d'enfants mort-nés

• masculin • féminin • indéterminé

Modèle III D

VOLET C

DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE

(Volet à remplir et à mettre sous enveloppe scellée par le médecin)

A. Renseignements concernant la naissance

1. Naissances précédentes

• nombre total d'enfants nés vivants • nombre total d'enfants morts-nés • nombre total d'enfants encore en vie • date du dernier accouchement (JJMMAAAA) / / 2. Durée probable de la grossesse en semaines

3. Facteurs de risques médicaux relatifs à cette grossesse (maximum 3)

- diabète • maladie rénale
 • hypertension chronique • hémorragie du 3e trimestre
 • hypertension gravidique • naissance antérieure d'un enfant pesant < 2.500 grammes
 • éclampsie
 • autres, précisez
 • pas de risques médicaux connus

4. Transfert in utero

- oui • non • ne sait pas

5. Présentation de l'enfant avant la naissance

- sommet fléchi • siège
 • autres présentations céphaliques • oblique/transverse
 • autres, précisez

6. Accouchement

6.1 Induction avant le début du travail

- oui • non • ne sait pas

6.2 Accouchement avec assistance

- oui • non • ne sait pas

Si oui, complétez 6.3, 6.4 et 6.5

Si non ou ne sait pas, passez immédiatement au point 7

6.3 Type d'assistance (maximum 3)

- forceps • extraction par le siège (Bracht excl.)
 • ventouse • version avec extraction
 • césarienne • version externe
 • autres, précisez

6.4 État de la mère justifiant ce type d'accouchement

- césarienne antérieure • pathologies placentaires
 • dystocie
 • autres, précisez

- pas d'indication maternelle

6.5 État de l'enfant justifiant ce type d'accouchement

- souffrance foetale • anomalie de la présentation
 • autres, précisez
 • pas d'indication foetale

7. Etat de l'enfant à la naissance

7.1 Traumatisme obstétrical

- oui • non • ne sait pas
 si oui, précisez

7.2 Détresse respiratoire

- oui • non • ne sait pas • sans objet
 si oui, précisez

7.3 État infectieux

- oui • non • ne sait pas
 si oui, précisez

7.4 Anomalies congénitales

- anencéphalie • imperforation anale
 • spina bifida • réduction des membres
 • hydrocéphalie • hernie diaphragmatique
 • fente labiale/palatine • omphalocèle/gastroschisis
 • autres, précisez
 • pas d'anomalie congénitale

8. Poids de l'enfant à la naissance (en grammes)

9. Indice d'Apgar à:

- 1 minute • 10 minutes
 • 5 minutes

10. Soins immédiats au nouveau-né (maximum 3)

- ventilation sans intubation • sans objet
 • intubation • pas d'intervention
 • transfert vers service n (endéans les 12 premières heures)
 • transfert vers service N (endéans les 12 premières heures)
 • autres, précisez

(suite au verso)

Modèle III D

VOLET C
(suite)

DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE (suite)

B. Renseignements concernant le décès

1. En cas de décès foetal, le décès est survenu:

- avant le travail d'accouchement • pendant le travail d'accouchement • ne sait pas

2. Type de décès

- par cause naturelle • homicide
 • accident de la circulation • sous investigation
 • autre accident • n'a pu être déterminé

3. Si le décès n'est pas dû à une cause naturelle, décrivez les circonstances :

.....
 Réserve

.....

4. En cas d'accident

4.1 Lieu de l'accident

- voie publique • ne sait pas
 • domicile
 • autres, précisez

4.2 Date de l'accident (JJMMAAAA)

/ /

4.3 Heure de l'accident (0 - 24 H)

5. Cause du décès (1)

Spécifiez (2)

Délai (3)

M	F	I
---	---	---

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

Enchaînement des phénomènes morbides qui ont conduit à la cause immédiate de décès citée en a).

L'affection morbide à l'origine de l'enchaînement est indiquée en dernier lieu "cause initiale"

- a)
 conséquence de :
 b)
 conséquence de :
 c)
 conséquence de :
 d)

II. Causes associées

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

- e)
 f)
 g)

(1) Il ne s'agit pas ici du mode de décès, par exemple: défaillance cardiaque, syncope, etc..., mais de la maladie ou traumatisme ou de la complication qui a entraîné la mort. Prière de ne faire figurer qu'une cause par ligne.

(2) Placez un "X" à l'endroit approprié : colonne 'M' si Maternelle, colonne 'F' si Foetale, colonne 'I' si Infantile

(3) Délai approximatif entre le début du processus morbide et le décès (précisez s'il y a lieu en minutes, heures, semaines ou mois, ...)

Réserve

- a) b) c) d)
 e) f) g)

6. Autopsie/examens complémentaires

- oui, en cours • non
 • oui, prévu • ne sait pas

7. Le médecin signataire était-il impliqué dans le traitement du décédé?

- oui • non

No. du dossier médical de la **Mère**

No. du dossier médical de l'**enfant**

Identification du médecin

• No. INAMI

• date (JJMMAAAA)

nom, prénom
signature
cachet

Modèle III D

VOLET A

DECLARATION DE DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE (a)

(Volet à remplir par le médecin et à conserver par l'administration communale)

Nom et prénom de l'enfant

Nom et prénom de la mère

Résidence habituelle de la mère : commune

rue, no.

Date (JJMMAAAA) et heure (HHMM) du décès

 / / h m

Adresse du décès : commune

rue, no.

Numéro de l'acte au registre des décès

Sexe de l'enfant

 • masculin • féminin • indéterminé

L'enfant est-il

 • mort-né • né vivant

Obstacle médico-légal

à l'inhumation ou à la crémation (1)

 oui non

Obstacle au

don du corps (2)

 oui non

Obligation de mise immédiate:

• en cercueil hermétique (3)

 oui non

Obstacle à la pratique éventuelle

des opérations suivantes:

• crémation (4)

 oui non

• soins de conservation (5)

 oui non

• transport avant la mise en bière (6)

 oui non

Risques d'exposition

aux radiations ionisantes (3)

 oui non

Le docteur en médecine, soussigné, (nom, prénom et no. d'inscription à l'Ordre des Médecins ou no. INAMI)

certifie avoir constaté le décès de la personne désignée ci-dessus le à heure.

Signature et cachet du médecin

(a) Il sera rempli un bulletin de décès par enfant mort-né ou décédé avant l'âge d'un an.

(1) Décès par cause externe, certaine ou probable (accident, suicide, homicide).

(2) Le défunt présente un risque de contamination visés sous le n° (3).

(3) A. le défunt présente une des maladies contagieuses suivantes: charbon, choléra, peste, fièvre hémorragique virale, variole, et autres orthopox viroses;

B. le défunt présente un risque de contamination radioactive (cfr. A.R. du 28 février 1963 - M.B. du 16 mai 1963 -; art. 69.4, art. 69.7 et art. 3).

(4) Les prothèses fonctionnant au moyen d'une pile au lithium ainsi que toute autre prothèse renfermant des radio-éléments doivent être enlevées avant la crémation.

(5) - cfr (2) et (3)

- mauvais état du corps (putréfaction ou corps déchiqueté);
- certitude ou suspicion de décès par cause externe.

(6) cfr (2) et (3).

VOLET B

**BULLETIN STATISTIQUE DE DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN
OU D'UN MORT-NE**

*(Volet à remplir par le médecin, à vérifier par l'administration communale
et à envoyer au médecin fonctionnaire responsable)*

1. Date et heure du décès

• date (JJMMAAAA) / /

• heure (HHMM) h m

2. Date et heure de naissance

• date (JJMMAAAA) / /

• heure (HHMM) h m

3. L'enfant est-il

• mort-né • né vivant

4. Lieu de naissance

• institution hospitalière • maison privée

• autre, précisez

.....

5. Lieu du décès

• institution hospitalière • maison privée

• autre, précisez

.....

6. Sexe de l'enfant

• masculin

• féminin

• indéterminé

7. Enfant issu d'une grossesse multiple

• oui • non

En cas d'accouchement multiple :

• nombre total de naissances mort-nés compris

• no. d'ordre de l'enfant déclaré

• nombre et sexe des enfants nés du même accouchement
(y compris le déclaré)

→ nombre d'enfants nés vivants

• masculin • féminin • indéterminé

→ nombre d'enfants mort-nés

• masculin • féminin • indéterminé

Modèle III D

VOLET C

DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE

(Volet à remplir et à mettre sous enveloppe scellée par le médecin)

A. Renseignements concernant la naissance

1. Naissances précédentes

- nombre total d'enfants nés vivants
- nombre total d'enfants morts-nés
- nombre total d'enfants encore en vie
- date du dernier accouchement (JJMMAAAA) / /

2. Durée probable de la grossesse en semaines

3. Facteurs de risques médicaux relatifs à cette grossesse (maximum 3)

- diabète
- maladie rénale
- hypertension chronique
- hémorragie du 3e trimestre
- hypertension gravidique
- naissance antérieure d'un enfant pesant < 2.500 grammes
- éclampsie
- autres, précisez
- pas de risques médicaux connus

4. Transfert in utero

- oui
- non
- ne sait pas

5. Présentation de l'enfant avant la naissance

- sommet fléchi
- siège
- autres présentations céphaliques
- oblique/transverse
- autres, précisez

6. Accouchement

6.1 Induction avant le début du travail

- oui
- non
- ne sait pas

6.2 Accouchement avec assistance

- oui
- non
- ne sait pas

Si oui, complétez 6.3, 6.4 et 6.5

Si non ou ne sait pas, passez immédiatement au point 7

6.3 Type d'assistance (maximum 3)

- forceps
- extraction par le siège (Bracht excl.)
- ventouse
- version avec extraction
- césarienne
- version externe
- autres, précisez

6.4 État de la mère justifiant ce type d'accouchement

- césarienne antérieure
- pathologies placentaires
- dystocie
- autres, précisez

- pas d'indication maternelle

6.5 État de l'enfant justifiant ce type d'accouchement

- souffrance foetale
- anomalie de la présentation
- autres, précisez
- pas d'indication foetale

7. Etat de l'enfant à la naissance

7.1 Traumatisme obstétrical

- oui
- non
- ne sait pas
- si oui, précisez

7.2 Détresse respiratoire

- oui
- non
- ne sait pas
- sans objet
- si oui, précisez

7.3 État infectieux

- oui
- non
- ne sait pas
- si oui, précisez

7.4 Anomalies congénitales

- anencéphalie
- imperforation anale
- spina bifida
- réduction des membres
- hydrocéphalie
- hernie diaphragmatique
- fente labiale/palatine
- omphalocèle/gastroschisis
- autres, précisez
- pas d'anomalie congénitale

8. Poids de l'enfant à la naissance (en grammes)

9. Indice d'Apgar à:

- 1 minute
- 10 minutes
- 5 minutes

10. Soins immédiats au nouveau-né (maximum 3)

- ventilation sans intubation
- sans objet
- intubation
- pas d'intervention
- transfert vers service n (endéans les 12 premières heures)
- transfert vers service N (endéans les 12 premières heures)
- autres, précisez

(suite au verso)

Modèle III D

VOLET C
(suite)

DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE (suite)

B. Renseignements concernant le décès

1. En cas de décès foetal, le décès est survenu:

- avant le travail d'accouchement • pendant le travail d'accouchement • ne sait pas

2. Type de décès

- par cause naturelle • homicide
 • accident de la circulation • sous investigation
 • autre accident • n'a pu être déterminé

3. Si le décès n'est pas dû à une cause naturelle, décrivez les circonstances :

.....
 Réservé

4. En cas d'accident

4.1 Lieu de l'accident

- voie publique • ne sait pas
 • domicile
 • autres, précisezz

4.2 Date de l'accident (JJMMAAAA)

□□ / □□ / □□□□

4.3 Heure de l'accident (0 - 24 H)

□□

5. Cause du décès (1)

Spécifiez (2)

Délai (3)

M	F	I
---	---	---

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

Enchaînement des phénomènes morbides qui ont conduit à la cause immédiate de décès citée en a).

- a)
 conséquence de :
 b)
 conséquence de :
 c)
 conséquence de :
 d)

L'affection morbide à l'origine de l'enchaînement est indiquée en dernier lieu "cause initiale"

II. Causes associées

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

- e)
 f)
 g)

(1) Il ne s'agit pas ici du mode de décès, par exemple: défaillance cardiaque, syncope, etc..., mais de la maladie ou traumatisme ou de la complication qui a entraîné la mort. Prière de ne faire figurer qu'une cause par ligne.

(2) Placez un "X" à l'endroit approprié : colonne 'M' si Maternelle, colonne 'F' si Foetale, colonne 'I' si Infantile

(3) Délai approximatif entre le début du processus morbide et le décès (précisez s'il y a lieu en minutes, heures, semaines ou mois, ...)

Réservé

- a) □□□□□ b) □□□□□ c) □□□□□ d) □□□□□
 e) □□□□□ f) □□□□□ g) □□□□□

6. Autopsie/examens complémentaires

- oui, en cours • non
 • oui, prévu • ne sait pas

7. Le médecin signataire était-il impliqué dans le traitement du décédé?

- oui • non

No. du dossier médical de la **Mère**

No. du dossier médical de l'**enfant**

Identification du médecin

• No. INAMI

• date (JJMMAAAA) □□ □□ □□□□

nom, prénom
signature
cachet

Modèle III D

VOLET A

DECLARATION DE DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE (a)

(Volet à remplir par le médecin et à conserver par l'administration communale)

Nom et prénom de l'enfant	
Nom et prénom de la mère	
Résidence habituelle de la mère :	commune
	rue, no.
Date (JJMMAAAA) et heure (HHMM) du décès	
Adresse du décès :	commune
	rue, no.

Numéro de l'acte au registre des décès		Obstacle médico-légal à l'inhumation ou à la crémation (1)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Sexe de l'enfant		Obstacle au don du corps (2)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> • masculin <input type="checkbox"/> • féminin <input type="checkbox"/> • indéterminé		Obligation de mise immédiate: • en cercueil hermétique (3)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
L'enfant est-il		Obstacle à la pratique éventuelle des opérations suivantes:	
<input type="checkbox"/> • mort-né <input type="checkbox"/> • né vivant		• crémation (4)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
		• soins de conservation (5)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
		• transport avant la mise en bière (6)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
		Risques d'exposition aux radiations ionisantes (3)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Le docteur en médecine, soussigné, (nom, prénom et no. d'inscription à l'Ordre des Médecins ou no. INAMI)

certifie avoir constaté le décès de la personne désignée ci-dessus le à heure.

Signature et cachet du médecin

- (a) Il sera rempli un bulletin de décès par enfant mort-né ou décédé avant l'âge d'un an.
 (1) Décès par cause externe, certaine ou probable (accident, suicide, homicide).
 (2) Le défunt présente un risque de contamination visés sous le n° (3).
 (3) A. le défunt présente une des maladies contagieuses suivantes: charbon, choléra, peste, fièvre hémorragique virale, variole, et autres orthopox viroses;
 B. le défunt présente un risque de contamination radioactive (cfr. A.R. du 28 février 1963 - M.B. du 16 mai 1963 -; art. 69.4, art. 69.7 et art. 3).
 (4) Les prothèses fonctionnant au moyen d'une pile au lithium ainsi que toute autre prothèse renfermant des radio-éléments doivent être enlevées avant la crémation.
 (5) - cfr (2) et (3)
 - mauvais état du corps (putréfaction ou corps déchiqueté);
 - certitude ou suspicion de décès par cause externe.
 (6) cfr (2) et (3).

VOLET B

**BULLETIN STATISTIQUE DE DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN
OU D'UN MORT-NE**

*(Volet à remplir par le médecin, à vérifier par l'administration communale
et à envoyer au médecin fonctionnaire responsable)*

1. Date et heure du décès

• date (JJMMAAAA) / /

• heure (HHMM) h m

2. Date et heure de naissance

• date (JJMMAAAA) / /

• heure (HHMM) h m

3. L'enfant est-il

• mort-né • né vivant

4. Lieu de naissance

• institution hospitalière • maison privée

• autre, précisez

.....

5. Lieu du décès

• institution hospitalière • maison privée

• autre, précisez

.....

6. Sexe de l'enfant

• masculin

• féminin

• indéterminé

7. Enfant issu d'une grossesse multiple

• oui • non

En cas d'accouchement multiple :

• nombre total de naissances mort-nés compris

• no. d'ordre de l'enfant déclaré

• nombre et sexe des enfants nés du même accouchement
(y compris le déclaré)

→ nombre d'enfants nés vivants

• masculin • féminin • indéterminé

→ nombre d'enfants mort-nés

• masculin • féminin • indéterminé

Modèle III D

VOLET C

DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE

(Volet à remplir et à mettre sous enveloppe scellée par le médecin)

A. Renseignements concernant la naissance

1. Naissances précédentes

• nombre total d'enfants nés vivants • nombre total d'enfants morts-nés • nombre total d'enfants encore en vie • date du dernier accouchement (JJMMAAAA) / / 2. Durée probable de la grossesse en semaines

3. Facteurs de risques médicaux relatifs à cette grossesse (maximum 3)

- diabète • maladie rénale
 • hypertension chronique • hémorragie du 3e trimestre
 • hypertension gravidique • naissance antérieure d'un enfant pesant < 2.500 grammes
 • éclampsie
 • autres, précisez
 • pas de risques médicaux connus

4. Transfert in utero

- oui • non • ne sait pas

5. Présentation de l'enfant avant la naissance

- sommet fléchi • siège
 • autres présentations céphaliques • oblique/transverse
 • autres, précisez

6. Accouchement

6.1 Induction avant le début du travail

- oui • non • ne sait pas

6.2 Accouchement avec assistance

- oui • non • ne sait pas

Si oui, complétez 6.3, 6.4 et 6.5

Si non ou ne sait pas, passez immédiatement au point 7

6.3 Type d'assistance (maximum 3)

- forceps • extraction par le siège (Bracht excl.)
 • ventouse • version avec extraction
 • césarienne • version externe
 • autres, précisez

6.4 État de la mère justifiant ce type d'accouchement

- césarienne antérieure • pathologies placentaires
 • dystocie
 • autres, précisez

- pas d'indication maternelle

6.5 État de l'enfant justifiant ce type d'accouchement

- souffrance foetale • anomalie de la présentation
 • autres, précisez
 • pas d'indication foetale

7. Etat de l'enfant à la naissance

7.1 Traumatisme obstétrical

- oui • non • ne sait pas
 si oui, précisez

7.2 Détresse respiratoire

- oui • non • ne sait pas • sans objet
 si oui, précisez

7.3 État infectieux

- oui • non • ne sait pas
 si oui, précisez

7.4 Anomalies congénitales

- anencéphalie • imperforation anale
 • spina bifida • réduction des membres
 • hydrocéphalie • hernie diaphragmatique
 • fente labiale/palatine • omphalocèle/gastroschisis
 • autres, précisez
 • pas d'anomalie congénitale

8. Poids de l'enfant à la naissance (en grammes)

9. Indice d'Apgar à:

- 1 minute • 10 minutes
 • 5 minutes

10. Soins immédiats au nouveau-né (maximum 3)

- ventilation sans intubation • sans objet
 • intubation • pas d'intervention
 • transfert vers service n (endéans les 12 premières heures)
 • transfert vers service N (endéans les 12 premières heures)
 • autres, précisez

(suite au verso)

Modèle III D

VOLET C
(suite)

DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE (suite)

B. Renseignements concernant le décès

1. En cas de décès foetal, le décès est survenu:

- avant le travail d'accouchement • pendant le travail d'accouchement • ne sait pas

2. Type de décès

- par cause naturelle • homicide
 • accident de la circulation • sous investigation
 • autre accident • n'a pu être déterminé

3. Si le décès n'est pas dû à une cause naturelle, décrivez les circonstances :

.....
 Réservé

4. En cas d'accident

4.1 Lieu de l'accident

- voie publique • ne sait pas
 • domicile
 • autres, précisezz

4.2 Date de l'accident (JJMMAAAA)

□□ / □□ / □□□□

4.3 Heure de l'accident (0 - 24 H)

□□

5. Cause du décès (1)

Spécifiez (2)

Délai (3)

M	F	I
---	---	---

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

Enchaînement des phénomènes morbides qui ont conduit à la cause immédiate de décès citée en a).

- a)
 conséquence de :
 b)
 conséquence de :
 c)
 conséquence de :
 d)

L'affection morbide à l'origine de l'enchaînement est indiquée en dernier lieu "cause initiale"

II. Causes associées

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

- e)
 f)
 g)

(1) Il ne s'agit pas ici du mode de décès, par exemple: défaillance cardiaque, syncope, etc..., mais de la maladie ou traumatisme ou de la complication qui a entraîné la mort. Prière de ne faire figurer qu'une cause par ligne.

(2) Placez un "X" à l'endroit approprié : colonne 'M' si Maternelle, colonne 'F' si Foetale, colonne 'I' si Infantile

(3) Délai approximatif entre le début du processus morbide et le décès (précisez s'il y a lieu en minutes, heures, semaines ou mois, ...)

Réservé

- a) □□□□□ b) □□□□□ c) □□□□□ d) □□□□□
 e) □□□□□ f) □□□□□ g) □□□□□

6. Autopsie/examens complémentaires

- oui, en cours • non
 • oui, prévu • ne sait pas

7. Le médecin signataire était-il impliqué dans le traitement du décédé?

- oui • non

No. du dossier médical de la **Mère**

No. du dossier médical de l'**enfant**

Identification du médecin

• No. INAMI

• date (JJMMAAAA) □□ □□ □□□□

nom, prénom
signature
cachet

Modèle III D

VOLET A

DECLARATION DE DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE (a)

(Volet à remplir par le médecin et à conserver par l'administration communale)

Nom et prénom de l'enfant

Nom et prénom de la mère

Résidence habituelle de la mère : commune

rue, no.

Date (JJMMAAAA) et heure (HHMM) du décès

 / / h m

Adresse du décès : commune

rue, no.

Numéro de l'acte au registre des décès

Sexe de l'enfant

 • masculin • féminin • indéterminé

L'enfant est-il

 • mort-né • né vivant

Obstacle médico-légal

à l'inhumation ou à la crémation (1)

 oui non

Obstacle au

don du corps (2)

 oui non

Obligation de mise immédiate:

• en cercueil hermétique (3)

 oui non

Obstacle à la pratique éventuelle

des opérations suivantes:

• crémation (4)

 oui non

• soins de conservation (5)

 oui non

• transport avant la mise en bière (6)

 oui non

Risques d'exposition

aux radiations ionisantes (3)

 oui non

Le docteur en médecine, soussigné, (nom, prénom et no. d'inscription à l'Ordre des Médecins ou no. INAMI)

certifie avoir constaté le décès de la personne désignée ci-dessus le à heure.

Signature et cachet du médecin

(a) Il sera rempli un bulletin de décès par enfant mort-né ou décédé avant l'âge d'un an.

(1) Décès par cause externe, certaine ou probable (accident, suicide, homicide).

(2) Le défunt présente un risque de contamination visés sous le n° (3).

(3) A. le défunt présente une des maladies contagieuses suivantes: charbon, choléra, peste, fièvre hémorragique virale, variole, et autres orthopox viroses;

B. le défunt présente un risque de contamination radioactive (cfr. A.R. du 28 février 1963 - M.B. du 16 mai 1963 -; art. 69.4, art. 69.7 et art. 3).

(4) Les prothèses fonctionnant au moyen d'une pile au lithium ainsi que toute autre prothèse renfermant des radio-éléments doivent être enlevées avant la crémation.

(5) - cfr (2) et (3)

- mauvais état du corps (putréfaction ou corps déchiqueté);
- certitude ou suspicion de décès par cause externe.

(6) cfr (2) et (3).

VOLET B

BULLETIN STATISTIQUE DE DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN
OU D'UN MORT-NE

(Volet à remplir par le **médecin**, à vérifier par l'administration communale
et à envoyer au médecin fonctionnaire responsable)

1. Date et heure du décès

• date (JJMMAAAA) / /
• heure (HHMM) h m

2. Date et heure de naissance

• date (JJMMAAAA) / /
• heure (HHMM) h m

3. L'enfant est-il

• mort-né • né vivant

4. Lieu de naissance

• institution hospitalière • maison privée
 • autre, précisez

5. Lieu du décès

• institution hospitalière • maison privée
 • autre, précisez

6. Sexe de l'enfant

• masculin
 • féminin
 • indéterminé

7. Enfant issu d'une grossesse multiple

• oui • non

En cas d'accouchement multiple :

• nombre total de naissances mort-nés compris
• no. d'ordre de l'enfant déclaré
• nombre et sexe des enfants nés du même accouchement
(y compris le déclaré)
→ nombre d'enfants nés vivants
 • masculin • féminin • indéterminé
→ nombre d'enfants mort-nés
 • masculin • féminin • indéterminé

Modèle III D

VOLET C

DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE

(Volet à remplir et à mettre sous enveloppe scellée par le médecin)

A. Renseignements concernant la naissance

1. Naissances précédentes

• nombre total d'enfants nés vivants • nombre total d'enfants morts-nés • nombre total d'enfants encore en vie • date du dernier accouchement (JJMMAAAA) / / 2. Durée probable de la grossesse en semaines

3. Facteurs de risques médicaux relatifs à cette grossesse (maximum 3)

- diabète • maladie rénale
 • hypertension chronique • hémorragie du 3e trimestre
 • hypertension gravidique • naissance antérieure d'un enfant pesant < 2.500 grammes
 • éclampsie
 • autres, précisez
- pas de risques médicaux connus

4. Transfert in utero

- oui • non • ne sait pas

5. Présentation de l'enfant avant la naissance

- sommet fléchi • siège
 • autres présentations céphaliques • oblique/transverse
 • autres, précisez

6. Accouchement

6.1 Induction avant le début du travail

- oui • non • ne sait pas

6.2 Accouchement avec assistance

- oui • non • ne sait pas

Si oui, complétez 6.3, 6.4 et 6.5

Si non ou ne sait pas, passez immédiatement au point 7

6.3 Type d'assistance (maximum 3)

- forceps • extraction par le siège (Bracht excl.)
 • ventouse • version avec extraction
 • césarienne • version externe
 • autres, précisez

6.4 État de la mère justifiant ce type d'accouchement

- césarienne antérieure • pathologies placentaires
 • dystocie
 • autres, précisez

- pas d'indication maternelle

6.5 État de l'enfant justifiant ce type d'accouchement

- souffrance foetale • anomalie de la présentation
 • autres, précisez
- pas d'indication foetale

7. Etat de l'enfant à la naissance

7.1 Traumatisme obstétrical

- oui • non • ne sait pas
 si oui, précisez

7.2 Détresse respiratoire

- oui • non • ne sait pas • sans objet
 si oui, précisez

7.3 État infectieux

- oui • non • ne sait pas
 si oui, précisez

7.4 Anomalies congénitales

- anencéphalie • imperforation anale
 • spina bifida • réduction des membres
 • hydrocéphalie • hernie diaphragmatique
 • fente labiale/palatine • omphalocèle/gastroschisis
 • autres, précisez
- pas d'anomalie congénitale

8. Poids de l'enfant à la naissance (en grammes)

9. Indice d'Apgar à:

- 1 minute • 10 minutes
 • 5 minutes

10. Soins immédiats au nouveau-né (maximum 3)

- ventilation sans intubation • sans objet
 • intubation • pas d'intervention
 • transfert vers service n (endéans les 12 premières heures)
 • transfert vers service N (endéans les 12 premières heures)
 • autres, précisez

(suite au verso)

Modèle III D

VOLET C
(suite)

DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE (suite)

B. Renseignements concernant le décès

1. En cas de décès foetal, le décès est survenu:

- avant le travail d'accouchement • pendant le travail d'accouchement • ne sait pas

2. Type de décès

- par cause naturelle • homicide
 • accident de la circulation • sous investigation
 • autre accident • n'a pu être déterminé

3. Si le décès n'est pas dû à une cause naturelle, décrivez les circonstances :

.....
 Réserve

4. En cas d'accident

4.1 Lieu de l'accident

- voie publique • ne sait pas
 • domicile
 • autres, précisez:

4.2 Date de l'accident (JJMMAAAA)

/ /

4.3 Heure de l'accident (0 - 24 H)

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

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

Enchaînement des phénomènes morbides qui ont conduit à la cause immédiate de décès citée en a).
 L'affection morbide à l'origine de l'enchaînement est indiquée en dernier lieu "cause initiale"

- a)
 conséquence de :
 b)
 conséquence de :
 c)
 conséquence de :
 d)

II. Causes associées

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

- e)
 f)
 g)

(1) Il ne s'agit pas ici du mode de décès, par exemple: défaillance cardiaque, syncope, etc..., mais de la maladie ou traumatisme ou de la complication qui a entraîné la mort. Prière de ne faire figurer qu'une cause par ligne.

(2) Placez un "X" à l'endroit approprié : colonne 'M' si Maternelle, colonne 'F' si Foetale, colonne 'I' si Infantile

(3) Délai approximatif entre le début du processus morbide et le décès (précisez s'il y a lieu en minutes, heures, semaines ou mois, ...)

Réserve

- a) b) c) d)
 e) f) g)

6. Autopsie/examens complémentaires

- oui, en cours • non
 • oui, prévu • ne sait pas

7. Le médecin signataire était-il impliqué dans le traitement du décédé?

- oui • non

No. du dossier médical de la **Mère**

No. du dossier médical de l'**enfant**

Identification du médecin

• No. INAMI

• date (JJMMAAAA)

nom, prénom
signature
cachet

Modèle III D

VOLET A

DECLARATION DE DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE (a)

(Volet à remplir par le médecin et à conserver par l'administration communale)

Nom et prénom de l'enfant		<input type="text"/>
Nom et prénom de la mère		<input type="text"/>
Résidence habituelle de la mère :	commune	<input type="text"/>
	rue, no.	<input type="text"/>
Date (JJMMAAAA) et heure (HHMM) du décès		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> m
Adresse du décès :	commune	<input type="text"/>
	rue, no.	<input type="text"/>

Numéro de l'acte au registre des décès	<input type="text"/>	Obstacle médico-légal à l'inhumation ou à la crémation (1)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Sexe de l'enfant	<input type="checkbox"/> • masculin <input type="checkbox"/> • féminin <input type="checkbox"/> • indéterminé	Obstacle au don du corps (2)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
L'enfant est-il	<input type="checkbox"/> • mort-né <input type="checkbox"/> • né vivant	Obligation de mise immédiate: en cercueil hermétique (3)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
		Obstacle à la pratique éventuelle des opérations suivantes:	
		• crémation (4)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
		• soins de conservation (5)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
		• transport avant la mise en bière (6)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
		Risques d'exposition aux radiations ionisantes (3)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Le docteur en médecine, soussigné, (nom, prénom et no. d'inscription à l'Ordre des Médecins ou no. INAMI)

certifie avoir constaté le décès de la personne désignée ci-dessus le à heure.

Signature et cachet du médecin

- (a) Il sera rempli un bulletin de décès par enfant mort-né ou décédé avant l'âge d'un an.
 (1) Décès par cause externe, certaine ou probable (accident, suicide, homicide).
 (2) Le défunt présente un risque de contamination visés sous le n° (3).
 (3) A. le défunt présente une des maladies contagieuses suivantes: charbon, choléra, peste, fièvre hémorragique virale, variole, et autres orthopox viroses;
 B. le défunt présente un risque de contamination radioactive (cfr. A.R. du 28 février 1963 - M.B. du 16 mai 1963 -; art. 69.4, art. 69.7 et art. 3).
 (4) Les prothèses fonctionnant au moyen d'une pile au lithium ainsi que toute autre prothèse renfermant des radio-éléments doivent être enlevées avant la crémation.
 (5) - cfr (2) et (3)
 - mauvais état du corps (putréfaction ou corps décheté);
 - certitude ou suspicion de décès par cause externe.
 (6) cfr (2) et (3).

VOLET B

**BULLETIN STATISTIQUE DE DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN
OU D'UN MORT-NE**

(Volet à remplir par le **médecin**, à vérifier par l'administration communale
et à envoyer au médecin fonctionnaire responsable)

1. Date et heure du décès

• date (JJMMAAAA) / /

• heure (HHMM) h m

2. Date et heure de naissance

• date (JJMMAAAA) / /

• heure (HHMM) h m

3. L'enfant est-il

• mort-né • né vivant

4. Lieu de naissance

• institution hospitalière • maison privée

• autre, précisez

.....

5. Lieu du décès

• institution hospitalière • maison privée

• autre, précisez

.....

6. Sexe de l'enfant

• masculin

• féminin

• indéterminé

7. Enfant issu d'une grossesse multiple

• oui • non

En cas d'accouchement multiple :

• nombre total de naissances mort-nés compris

• no. d'ordre de l'enfant déclaré

• nombre et sexe des enfants nés du même accouchement
(y compris le déclaré)

→ nombre d'enfants nés vivants

• masculin • féminin • indéterminé

→ nombre d'enfants mort-nés

• masculin • féminin • indéterminé

VOLET D

**BULLETIN STATISTIQUE DE DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN
OU D'UN MORT-NE**

(Volet à remplir par l'administration communale avec l'aide du déclarant)

1. Commune (ou pays) du décès

Code I.N.S. ⇨

2. Numéro de l'acte au registre des décès

3. Commune (ou pays) de la naissance

Code I.N.S. ⇨

4. Date de naissance (JJMMAAAA)

• du père / /
• de la mère / /

5. Instruction (niveau le plus élevé achevé ou diplôme)

	père	mère
• pas d'instruction ou primaire inachevé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• primaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• secondaire inférieur		
→ professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ technique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ général	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• secondaire supérieur		
→ professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ technique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ général	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• supérieur de type court	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• supérieur de type long ou universitaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ne sait pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• autres, précisez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		
.....		

6. Situation professionnelle actuelle

	père	mère
• actif(ve)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• étudiant(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• chômeur(se)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• pensionné(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• sans profession	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• autres, précisez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		
.....		

7. État social dans la profession actuelle (pensionnés, chômeurs, etc... état social dans la dernière profession exercée)

	père	mère
• indépendant(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• employé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ouvrier(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• aidant(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• sans profession	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• autres, précisez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		

8. Profession actuelle (pour les pensionnés, chômeurs, etc... dernière profession exercée)

• père
Code I.N.S. ⇨

• mère
Code I.N.S. ⇨

9. Nationalité

• du père
→ d'origine → actuelle
Code I.N.S. ⇨

• de la mère
→ d'origine → actuelle
Code I.N.S. ⇨

10. Résidence habituelle de la mère (commune ou pays)

Code I.N.S. ⇨

11. État civil de la mère

• célibataire • divorcée
 • mariée • légalement séparée de corps
 • veuve • ne sait pas

12. État d'union de la mère

• vit seule • en union

13. Date du mariage actuel (JJMMAAAA)

/ /

14. Naissances précédentes issues du mariage actuel

• mort-né(s) • né(s) vivant(s)

Modèle III D

VOLET C

DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE

(Volet à remplir et à mettre sous enveloppe scellée par le médecin)

A. Renseignements concernant la naissance

1. Naissances précédentes

- nombre total d'enfants nés vivants
- nombre total d'enfants morts-nés
- nombre total d'enfants encore en vie
- date du dernier accouchement (JJMMAAAA) / /

2. Durée probable de la grossesse en semaines

3. Facteurs de risques médicaux relatifs à cette grossesse (maximum 3)

- diabète
- maladie rénale
- hypertension chronique
- hémorragie du 3e trimestre
- hypertension gravidique
- naissance antérieure d'un enfant pesant < 2.500 grammes
- éclampsie
- autres, précisez
- pas de risques médicaux connus

4. Transfert in utero

- oui
- non
- ne sait pas

5. Présentation de l'enfant avant la naissance

- sommet fléchi
- siège
- autres présentations céphaliques
- oblique/transverse
- autres, précisez

6. Accouchement

6.1 Induction avant le début du travail

- oui
- non
- ne sait pas

6.2 Accouchement avec assistance

- oui
- non
- ne sait pas

Si oui, complétez 6.3, 6.4 et 6.5

Si non ou ne sait pas, passez immédiatement au point 7

6.3 Type d'assistance (maximum 3)

- forceps
- extraction par le siège (Bracht excl.)
- ventouse
- version avec extraction
- césarienne
- version externe
- autres, précisez

6.4 État de la mère justifiant ce type d'accouchement

- césarienne antérieure
- pathologies placentaires
- dystocie
- autres, précisez

- pas d'indication maternelle

6.5 État de l'enfant justifiant ce type d'accouchement

- souffrance foetale
- anomalie de la présentation
- autres, précisez
- pas d'indication foetale

7. Etat de l'enfant à la naissance

7.1 Traumatisme obstétrical

- oui
- non
- ne sait pas
- si oui, précisez

7.2 Détresse respiratoire

- oui
- non
- ne sait pas
- sans objet
- si oui, précisez

7.3 État infectieux

- oui
- non
- ne sait pas
- si oui, précisez

7.4 Anomalies congénitales

- anencéphalie
- imperforation anale
- spina bifida
- réduction des membres
- hydrocéphalie
- hernie diaphragmatique
- fente labiale/palatine
- omphalocèle/gastroschisis
- autres, précisez
- pas d'anomalie congénitale

8. Poids de l'enfant à la naissance (en grammes)

9. Indice d'Apgar à:

- 1 minute
- 10 minutes
- 5 minutes

10. Soins immédiats au nouveau-né (maximum 3)

- ventilation sans intubation
- sans objet
- intubation
- pas d'intervention
- transfert vers service n (endéans les 12 premières heures)
- transfert vers service N (endéans les 12 premières heures)
- autres, précisez

(suite au verso)

Modèle III D

VOLET C
(suite)

DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE (suite)

B. Renseignements concernant le décès

1. En cas de décès foetal, le décès est survenu:

- avant le travail d'accouchement • pendant le travail d'accouchement • ne sait pas

2. Type de décès

- par cause naturelle • homicide
 • accident de la circulation • sous investigation
 • autre accident • n'a pu être déterminé

3. Si le décès n'est pas dû à une cause naturelle, décrivez les circonstances :

.....
 Réservé

4. En cas d'accident

4.1 Lieu de l'accident

- voie publique • ne sait pas
 • domicile
 • autres, précisezz

4.2 Date de l'accident (JJMMAAAA)

/ /

4.3 Heure de l'accident (0 - 24 H)

5. Cause du décès (1)

Spécifiez (2)

Délai (3)

M	F	I
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Enchaînement des phénomènes morbides qui ont conduit à la cause immédiate de décès citée en a).

L'affection morbide à l'origine de l'enchaînement est indiquée en dernier lieu "cause initiale"

- a)
 conséquence de :
 b)
 conséquence de :
 c)
 conséquence de :
 d)

II. Causes associées

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

- e)
 f)
 g)

(1) Il ne s'agit pas ici du mode de décès, par exemple: défaillance cardiaque, syncope, etc..., mais de la maladie ou traumatisme ou de la complication qui a entraîné la mort. Prière de ne faire figurer qu'une cause par ligne.

(2) Placez un "X" à l'endroit approprié : colonne 'M' si Maternelle, colonne 'F' si Foetale, colonne 'I' si Infantile

(3) Délai approximatif entre le début du processus morbide et le décès (précisez s'il y a lieu en minutes, heures, semaines ou mois, ...)

Réservé

- a) b) c) d)
 e) f) g)

6. Autopsie/examens complémentaires

- oui, en cours • non
 • oui, prévu • ne sait pas

7. Le médecin signataire était-il impliqué dans le traitement du décédé?

- oui • non

No. du dossier médical de la **Mère**

No. du dossier médical de l'**enfant**

Identification du médecin

• No. INAMI

• date (JJMMAAAA)

nom, prénom
signature
cachet

Modèle III D

VOLET A

DECLARATION DE DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE (a)

(Volet à remplir par le médecin et à conserver par l'administration communale)

Nom et prénom de l'enfant		<input type="text"/>
Nom et prénom de la mère		<input type="text"/>
Résidence habituelle de la mère :	commune	<input type="text"/>
	rue, no.	<input type="text"/>
Date (JJMMAAAA) et heure (HHMM) du décès		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> m
Adresse du décès :	commune	<input type="text"/>
	rue, no.	<input type="text"/>

Numéro de l'acte au registre des décès	<input type="text"/>	Obstacle médico-légal à l'inhumation ou à la crémation (1)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Sexe de l'enfant	<input type="checkbox"/> • masculin <input type="checkbox"/> • féminin <input type="checkbox"/> • indéterminé	Obstacle au don du corps (2)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
L'enfant est-il	<input type="checkbox"/> • mort-né <input type="checkbox"/> • né vivant	Obligation de mise immédiate: • en cercueil hermétique (3)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
		Obstacle à la pratique éventuelle des opérations suivantes:	
		• crémation (4)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
		• soins de conservation (5)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
		• transport avant la mise en bière (6)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
		Risques d'exposition aux radiations ionisantes (3)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Le docteur en médecine, soussigné, (nom, prénom et no. d'inscription à l'Ordre des Médecins ou no. INAMI)

certifie avoir constaté le décès de la personne désignée ci-dessus le à heure.

Signature et cachet du médecin

- (a) Il sera rempli un bulletin de décès par enfant mort-né ou décédé avant l'âge d'un an.
 (1) Décès par cause externe, certaine ou probable (accident, suicide, homicide).
 (2) Le défunt présente un risque de contamination visés sous le n° (3).
 (3) A. le défunt présente une des maladies contagieuses suivantes: charbon, choléra, peste, fièvre hémorragique virale, variole, et autres orthopox viroses;
 B. le défunt présente un risque de contamination radioactive (cfr. A.R. du 28 février 1963 - M.B. du 16 mai 1963 -; art. 69.4, art. 69.7 et art. 3).
 (4) Les prothèses fonctionnant au moyen d'une pile au lithium ainsi que toute autre prothèse renfermant des radio-éléments doivent être enlevées avant la crémation.
 (5) - cfr (2) et (3)
 - mauvais état du corps (putréfaction ou corps décheté);
 - certitude ou suspicion de décès par cause externe.
 (6) cfr (2) et (3).

VOLET B

**BULLETIN STATISTIQUE DE DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN
OU D'UN MORT-NE**

*(Volet à remplir par le médecin, à vérifier par l'administration communale
et à envoyer au médecin fonctionnaire responsable)*

1. Date et heure du décès

• date (JJMMAAAA) / /

• heure (HHMM) h m

2. Date et heure de naissance

• date (JJMMAAAA) / /

• heure (HHMM) h m

3. L'enfant est-il

• mort-né • né vivant

4. Lieu de naissance

• institution hospitalière • maison privée

• autre, précisez

.....

5. Lieu du décès

• institution hospitalière • maison privée

• autre, précisez

.....

6. Sexe de l'enfant

• masculin

• féminin

• indéterminé

7. Enfant issu d'une grossesse multiple

• oui • non

En cas d'accouchement multiple :

• nombre total de naissances mort-nés compris

• no. d'ordre de l'enfant déclaré

• nombre et sexe des enfants nés du même accouchement
(y compris le déclaré)

→ nombre d'enfants nés vivants

• masculin • féminin • indéterminé

→ nombre d'enfants mort-nés

• masculin • féminin • indéterminé

VOLET D

BULLETIN STATISTIQUE DE DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN
OU D'UN MORT-NE

(Volet à remplir par l'administration communale avec l'aide du déclarant)

1. Commune (ou pays) du décès

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Code I.N.S. ⇨

--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Numéro de l'acte au registre des décès

--	--	--	--	--	--

3. Commune (ou pays) de la naissance

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Code I.N.S. ⇨

--	--	--	--	--	--	--	--	--

4. Date de naissance (JJMMAAAA)

• du père

		/			/						
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--

• de la mère

		/			/						
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--

5. Instruction (niveau le plus élevé achevé ou diplôme)

	père	mère
• pas d'instruction ou primaire inachevé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• primaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• secondaire inférieur		
→ professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ technique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ général	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• secondaire supérieur		
→ professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ technique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ général	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• supérieur de type court	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• supérieur de type long ou universitaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ne sait pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• autres, précisez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		
.....		

6. Situation professionnelle actuelle

	père	mère
• actif(ve)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• étudiant(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• chômeur(se)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• pensionné(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• sans profession	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• autres, précisez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		
.....		

7. État social dans la profession actuelle (pensionnés, chômeurs, etc... état social dans la dernière profession exercée)

	père	mère
• indépendant(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• employé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ouvrier(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• aidant(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• sans profession	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• autres, précisez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		
.....		

8. Profession actuelle (pour les pensionnés, chômeurs, etc... dernière profession exercée)

• père	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																							
	Code I.N.S. ⇨ <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																							
• mère	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																							
	Code I.N.S. ⇨ <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																							

9. Nationalité

• du père	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																							
→ d'origine	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																							
	→ actuelle																							
	Code I.N.S. ⇨ <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																							
• de la mère	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																							
→ d'origine	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																							
	→ actuelle																							
	Code I.N.S. ⇨ <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																							

10. Résidence habituelle de la mère (commune ou pays)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Code I.N.S. ⇨

--	--	--	--	--	--	--	--	--

11. État civil de la mère

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> • célibataire | <input type="checkbox"/> • divorcée |
| <input type="checkbox"/> • mariée | <input type="checkbox"/> • légalement séparée de corps |
| <input type="checkbox"/> • veuve | <input type="checkbox"/> • ne sait pas |

12. État d'union de la mère

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> • vit seule | <input type="checkbox"/> • en union |
|--------------------------------------|-------------------------------------|

13. Date du mariage actuel (JJMMAAAA)

		/			/						
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--

14. Naissances précédentes issues du mariage actuel

• mort-né(s)

--	--

 • né(s) vivant(s)

--	--

Modèle III D

VOLET C

DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE

(Volet à remplir et à mettre sous enveloppe scellée par le médecin)

A. Renseignements concernant la naissance

1. Naissances précédentes

- nombre total d'enfants nés vivants
- nombre total d'enfants morts-nés
- nombre total d'enfants encore en vie
- date du dernier accouchement (JJMMAAAA) / /

2. Durée probable de la grossesse en semaines

3. Facteurs de risques médicaux relatifs à cette grossesse (maximum 3)

- diabète
- maladie rénale
- hypertension chronique
- hémorragie du 3e trimestre
- hypertension gravidique
- naissance antérieure d'un enfant pesant < 2.500 grammes
- éclampsie
- autres, précisez
- pas de risques médicaux connus

4. Transfert in utero

- oui
- non
- ne sait pas

5. Présentation de l'enfant avant la naissance

- sommet fléchi
- siège
- autres présentations céphaliques
- oblique/transverse
- autres, précisez

6. Accouchement

6.1 Induction avant le début du travail

- oui
- non
- ne sait pas

6.2 Accouchement avec assistance

- oui
- non
- ne sait pas

Si oui, complétez 6.3, 6.4 et 6.5

Si non ou ne sait pas, passez immédiatement au point 7

6.3 Type d'assistance (maximum 3)

- forceps
- extraction par le siège (Bracht excl.)
- ventouse
- version avec extraction
- césarienne
- version externe
- autres, précisez

6.4 État de la mère justifiant ce type d'accouchement

- césarienne antérieure
- pathologies placentaires
- dystocie
- autres, précisez

- pas d'indication maternelle

6.5 État de l'enfant justifiant ce type d'accouchement

- souffrance foetale
- anomalie de la présentation
- autres, précisez
- pas d'indication foetale

7. Etat de l'enfant à la naissance

7.1 Traumatisme obstétrical

- oui
- non
- ne sait pas
- si oui, précisez

7.2 Détresse respiratoire

- oui
- non
- ne sait pas
- sans objet
- si oui, précisez

7.3 État infectieux

- oui
- non
- ne sait pas
- si oui, précisez

7.4 Anomalies congénitales

- anencéphalie
- imperforation anale
- spina bifida
- réduction des membres
- hydrocéphalie
- hernie diaphragmatique
- fente labiale/palatine
- omphalocèle/gastroschisis
- autres, précisez
- pas d'anomalie congénitale

8. Poids de l'enfant à la naissance (en grammes)

9. Indice d'Apgar à:

- 1 minute
- 10 minutes
- 5 minutes

10. Soins immédiats au nouveau-né (maximum 3)

- ventilation sans intubation
- sans objet
- intubation
- pas d'intervention
- transfert vers service n (endéans les 12 premières heures)
- transfert vers service N (endéans les 12 premières heures)
- autres, précisez

(suite au verso)

Modèle III D

VOLET C
(suite)

DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE (suite)

B. Renseignements concernant le décès

1. En cas de décès foetal, le décès est survenu:

- avant le travail d'accouchement • pendant le travail d'accouchement • ne sait pas

2. Type de décès

- par cause naturelle • homicide
 • accident de la circulation • sous investigation
 • autre accident • n'a pu être déterminé

3. Si le décès n'est pas dû à une cause naturelle, décrivez les circonstances :

.....
 Réservé

4. En cas d'accident

4.1 Lieu de l'accident

- voie publique • ne sait pas
 • domicile
 • autres, précisezz

4.2 Date de l'accident (JJMMAAAA)

□□ / □□ / □□□□

4.3 Heure de l'accident (0 - 24 H)

□□

5. Cause du décès (1)

Spécifiez (2)

Délai (3)

M	F	I
---	---	---

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

Enchaînement des phénomènes morbides qui ont conduit à la cause immédiate de décès citée en a).

- a)
 conséquence de :
 b)
 conséquence de :
 c)
 conséquence de :
 d)

L'affection morbide à l'origine de l'enchaînement est indiquée en dernier lieu "cause initiale"

II. Causes associées

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

- e)
 f)
 g)

(1) Il ne s'agit pas ici du mode de décès, par exemple: défaillance cardiaque, syncope, etc..., mais de la maladie ou traumatisme ou de la complication qui a entraîné la mort. Prière de ne faire figurer qu'une cause par ligne.

(2) Placez un "X" à l'endroit approprié : colonne 'M' si Maternelle, colonne 'F' si Foetale, colonne 'I' si Infantile

(3) Délai approximatif entre le début du processus morbide et le décès (précisez s'il y a lieu en minutes, heures, semaines ou mois, ...)

Réservé

- a) □□□□□ b) □□□□□ c) □□□□□ d) □□□□□
 e) □□□□□ f) □□□□□ g) □□□□□

6. Autopsie/examens complémentaires

- oui, en cours • non
 • oui, prévu • ne sait pas

7. Le médecin signataire était-il impliqué dans le traitement du décédé?

- oui • non

No. du dossier médical de la **Mère**

No. du dossier médical de l'**enfant**

Identification du médecin

• No. INAMI

• date (JJMMAAAA) □□ □□ □□□□

nom, prénom
signature
cachet

Modèle III D

VOLET A

DECLARATION DE DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE (a)

(Volet à remplir par le médecin et à conserver par l'administration communale)

Nom et prénom de l'enfant

Nom et prénom de la mère

Résidence habituelle de la mère : commune

rue, no.

Date (JJMMAAAA) et heure (HHMM) du décès

 / / h m

Adresse du décès : commune

rue, no.

Numéro de l'acte au registre des décès

Sexe de l'enfant

 • masculin • féminin • indéterminé

L'enfant est-il

 • mort-né • né vivant

Obstacle médico-légal

à l'inhumation ou à la crémation (1)

 oui non

Obstacle au

don du corps (2)

 oui non

Obligation de mise immédiate:

• en cercueil hermétique (3)

 oui non

Obstacle à la pratique éventuelle

des opérations suivantes:

• crémation (4)

 oui non

• soins de conservation (5)

 oui non

• transport avant la mise en bière (6)

 oui non

Risques d'exposition

aux radiations ionisantes (3)

 oui non

Le docteur en médecine, soussigné, (nom, prénom et no. d'inscription à l'Ordre des Médecins ou no. INAMI)

certifie avoir constaté le décès de la personne désignée ci-dessus le à heure.

Signature et cachet du médecin

(a) Il sera rempli un bulletin de décès par enfant mort-né ou décédé avant l'âge d'un an.

(1) Décès par cause externe, certaine ou probable (accident, suicide, homicide).

(2) Le défunt présente un risque de contamination visés sous le n° (3).

(3) A. le défunt présente une des maladies contagieuses suivantes: charbon, choléra, peste, fièvre hémorragique virale, variole, et autres orthopox viroses;

B. le défunt présente un risque de contamination radioactive (cfr. A.R. du 28 février 1963 - M.B. du 16 mai 1963 -; art. 69.4, art. 69.7 et art. 3).

(4) Les prothèses fonctionnant au moyen d'une pile au lithium ainsi que toute autre prothèse renfermant des radio-éléments doivent être enlevées avant la crémation.

(5) - cfr (2) et (3)

- mauvais état du corps (putréfaction ou corps déchiqueté);
- certitude ou suspicion de décès par cause externe.

(6) cfr (2) et (3).

VOLET B

BULLETIN STATISTIQUE DE DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN
OU D'UN MORT-NE

(Volet à remplir par le **médecin**, à vérifier par l'administration communale
et à envoyer au médecin fonctionnaire responsable)

1. Date et heure du décès

• date (JJMMAAAA) / / • heure (HHMM) h m

2. Date et heure de naissance

• date (JJMMAAAA) / / • heure (HHMM) h m

3. L'enfant est-il

 • mort-né • né vivant

4. Lieu de naissance

 • institution hospitalière • maison privée • autre, précisez

5. Lieu du décès

 • institution hospitalière • maison privée • autre, précisez

6. Sexe de l'enfant

 • masculin • féminin • indéterminé

7. Enfant issu d'une grossesse multiple

 • oui • non

En cas d'accouchement multiple :

• nombre total de naissances mort-nés compris • no. d'ordre de l'enfant déclaré • nombre et sexe des enfants nés du même accouchement
(y compris le déclaré)

→ nombre d'enfants nés vivants

 • masculin • féminin • indéterminé

→ nombre d'enfants mort-nés

 • masculin • féminin • indéterminé

Modèle III D

VOLET C

DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE

(Volet à remplir et à mettre sous enveloppe scellée par le médecin)

A. Renseignements concernant la naissance

1. Naissances précédentes

• nombre total d'enfants nés vivants • nombre total d'enfants morts-nés • nombre total d'enfants encore en vie • date du dernier accouchement (JJMMAAAA) / / 2. Durée probable de la grossesse en semaines

3. Facteurs de risques médicaux relatifs à cette grossesse (maximum 3)

- diabète • maladie rénale
 • hypertension chronique • hémorragie du 3e trimestre
 • hypertension gravidique • naissance antérieure d'un enfant pesant < 2.500 grammes
 • éclampsie
 • autres, précisez
 • pas de risques médicaux connus

4. Transfert in utero

- oui • non • ne sait pas

5. Présentation de l'enfant avant la naissance

- sommet fléchi • siège
 • autres présentations céphaliques • oblique/transverse
 • autres, précisez

6. Accouchement

6.1 Induction avant le début du travail

- oui • non • ne sait pas

6.2 Accouchement avec assistance

- oui • non • ne sait pas

Si oui, complétez 6.3, 6.4 et 6.5

Si non ou ne sait pas, passez immédiatement au point 7

6.3 Type d'assistance (maximum 3)

- forceps • extraction par le siège (Bracht excl.)
 • ventouse • version avec extraction
 • césarienne • version externe
 • autres, précisez

6.4 État de la mère justifiant ce type d'accouchement

- césarienne antérieure • pathologies placentaires
 • dystocie
 • autres, précisez

- pas d'indication maternelle

6.5 État de l'enfant justifiant ce type d'accouchement

- souffrance foetale • anomalie de la présentation
 • autres, précisez
 • pas d'indication foetale

7. Etat de l'enfant à la naissance

7.1 Traumatisme obstétrical

- oui • non • ne sait pas
 si oui, précisez

7.2 Détresse respiratoire

- oui • non • ne sait pas • sans objet
 si oui, précisez

7.3 État infectieux

- oui • non • ne sait pas
 si oui, précisez

7.4 Anomalies congénitales

- anencéphalie • imperforation anale
 • spina bifida • réduction des membres
 • hydrocéphalie • hernie diaphragmatique
 • fente labiale/palatine • omphalocèle/gastroschisis
 • autres, précisez
 • pas d'anomalie congénitale

8. Poids de l'enfant à la naissance (en grammes)

9. Indice d'Apgar à:

- 1 minute • 10 minutes
 • 5 minutes

10. Soins immédiats au nouveau-né (maximum 3)

- ventilation sans intubation • sans objet
 • intubation • pas d'intervention
 • transfert vers service n (endéans les 12 premières heures)
 • transfert vers service N (endéans les 12 premières heures)
 • autres, précisez

(suite au verso)

Modèle III D

VOLET C
(suite)

DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE (suite)

B. Renseignements concernant le décès

1. En cas de décès foetal, le décès est survenu:

- avant le travail d'accouchement • pendant le travail d'accouchement • ne sait pas

2. Type de décès

- par cause naturelle • homicide
 • accident de la circulation • sous investigation
 • autre accident • n'a pu être déterminé

3. Si le décès n'est pas dû à une cause naturelle, décrivez les circonstances :

.....
 Réservé

4. En cas d'accident

4.1 Lieu de l'accident

- voie publique • ne sait pas
 • domicile
 • autres, précisezz

4.2 Date de l'accident (JJMMAAAA)

 / /

4.3 Heure de l'accident (0 - 24 H)

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

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

Enchaînement des phénomènes morbides qui ont conduit à la cause immédiate de décès citée en a).
 L'affection morbide à l'origine de l'enchaînement est indiquée en dernier lieu "cause initiale"

- a)
 conséquence de :
 b)
 conséquence de :
 c)
 conséquence de :
 d)
- II. Causes associées**
- Autres états morbides importants ayant contribué au décès, mais sans rapport avec la maladie ou avec l'état morbide qui l'a provoqué.
- e)
 f)
 g)

(1) Il ne s'agit pas ici du mode de décès, par exemple: défaillance cardiaque, syncope, etc..., mais de la maladie ou traumatisme ou de la complication qui a entraîné la mort. Prière de ne faire figurer qu'une cause par ligne.
 (2) Placez un "X" à l'endroit approprié : colonne 'M' si Maternelle, colonne 'F' si Foetale, colonne 'I' si Infantile
 (3) Délai approximatif entre le début du processus morbide et le décès (précisez s'il y a lieu en minutes, heures, semaines ou mois, ...)

Réservé

- a) b) c) d)
 e) f) g)

6. Autopsie/examens complémentaires

- oui, en cours • non
 • oui, prévu • ne sait pas

7. Le médecin signataire était-il impliqué dans le traitement du décédé?

- oui • non

No. du dossier médical de la **Mère**
 No. du dossier médical de l'**enfant**

Identification du médecin

• No. INAMI
 • date (JJMMAAAA)
 nom, prénom
 signature
 cachet

Modèle III D

VOLET A

DECLARATION DE DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE (a)

(Volet à remplir par le médecin et à conserver par l'administration communale)

Nom et prénom de l'enfant

Nom et prénom de la mère

Résidence habituelle de la mère : commune

rue, no.

Date (JJMMAAAA) et heure (HHMM) du décès

 / / h m

Adresse du décès : commune

rue, no.

Numéro de l'acte au registre des décès

Sexe de l'enfant

 • masculin • féminin • indéterminé

L'enfant est-il

 • mort-né • né vivant

Obstacle médico-légal

à l'inhumation ou à la crémation (1)

 oui non

Obstacle au

don du corps (2)

 oui non

Obligation de mise immédiate:

• en cercueil hermétique (3)

 oui non

Obstacle à la pratique éventuelle

des opérations suivantes:

• crémation (4)

 oui non

• soins de conservation (5)

 oui non

• transport avant la mise en bière (6)

 oui non

Risques d'exposition

aux radiations ionisantes (3)

 oui non

Le docteur en médecine, soussigné, (nom, prénom et no. d'inscription à l'Ordre des Médecins ou no. INAMI)

certifie avoir constaté le décès de la personne désignée ci-dessus le à heure.

Signature et cachet du médecin

(a) Il sera rempli un bulletin de décès par enfant mort-né ou décédé avant l'âge d'un an.

(1) Décès par cause externe, certaine ou probable (accident, suicide, homicide).

(2) Le défunt présente un risque de contamination visés sous le n° (3).

(3) A. le défunt présente une des maladies contagieuses suivantes: charbon, choléra, peste, fièvre hémorragique virale, variole, et autres orthopox viroses;

B. le défunt présente un risque de contamination radioactive (cfr. A.R. du 28 février 1963 - M.B. du 16 mai 1963 -; art. 69.4, art. 69.7 et art. 3).

(4) Les prothèses fonctionnant au moyen d'une pile au lithium ainsi que toute autre prothèse renfermant des radio-éléments doivent être enlevées avant la crémation.

(5) - cfr (2) et (3)

- mauvais état du corps (putréfaction ou corps déchiqueté);
- certitude ou suspicion de décès par cause externe.

(6) cfr (2) et (3).

VOLET B

BULLETIN STATISTIQUE DE DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN
OU D'UN MORT-NE

(Volet à remplir par le **médecin**, à vérifier par l'administration communale
et à envoyer au médecin fonctionnaire responsable)

1. Date et heure du décès

• date (JJMMAAAA) / /
• heure (HHMM) h m

2. Date et heure de naissance

• date (JJMMAAAA) / /
• heure (HHMM) h m

3. L'enfant est-il

• mort-né • né vivant

4. Lieu de naissance

• institution hospitalière • maison privée
 • autre, précisez

5. Lieu du décès

• institution hospitalière • maison privée
 • autre, précisez

6. Sexe de l'enfant

• masculin
 • féminin
 • indéterminé

7. Enfant issu d'une grossesse multiple

• oui • non

En cas d'accouchement multiple :

• nombre total de naissances mort-nés compris
• no. d'ordre de l'enfant déclaré
• nombre et sexe des enfants nés du même accouchement
(y compris le déclaré)
→ nombre d'enfants nés vivants
 • masculin • féminin • indéterminé
→ nombre d'enfants mort-nés
 • masculin • féminin • indéterminé

VOLET D

**BULLETIN STATISTIQUE DE DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN
OU D'UN MORT-NE**

(Volet à remplir par l'administration communale avec l'aide du déclarant)

1. Commune (ou pays) du décès

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Code I.N.S. ⇨

--	--	--	--	--	--	--	--

2. Numéro de l'acte au registre des décès

--	--	--	--	--

3. Commune (ou pays) de la naissance

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Code I.N.S. ⇨

--	--	--	--	--	--	--	--

4. Date de naissance (JJMMAAAA)

- du père

--	--	--	--	--	--

 /

--	--	--	--	--	--

 /

--	--	--	--	--	--
- de la mère

--	--	--	--	--	--

 /

--	--	--	--	--	--

 /

--	--	--	--	--	--

5. Instruction (niveau le plus élevé achevé ou diplôme)

	père	mère
• pas d'instruction ou primaire inachevé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• primaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• secondaire inférieur		
→ professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ technique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ général	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• secondaire supérieur		
→ professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ technique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ général	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• supérieur de type court	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• supérieur de type long ou universitaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ne sait pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• autres, précisez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		
.....		

6. Situation professionnelle actuelle

	père	mère
• actif(ve)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• étudiant(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• chômeur(se)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• pensionné(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• sans profession	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• autres, précisez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		
.....		

7. État social dans la profession actuelle (pensionnés, chômeurs, etc... état social dans la dernière profession exercée)

	père	mère
• indépendant(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• employé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ouvrier(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• aidant(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• sans profession	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• autres, précisez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		

8. Profession actuelle (pour les pensionnés, chômeurs, etc... dernière profession exercée)

- père

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Code I.N.S. ⇨

--	--	--	--
- mère

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Code I.N.S. ⇨

--	--	--	--

9. Nationalité

- du père
 → d'origine

--	--	--	--	--	--

 → actuelle

--	--	--	--	--	--

Code I.N.S. ⇨

--	--	--	--
- de la mère
 → d'origine

--	--	--	--	--	--

 → actuelle

--	--	--	--	--	--

Code I.N.S. ⇨

--	--	--	--

10. Résidence habituelle de la mère (commune ou pays)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Code I.N.S. ⇨

--	--	--	--

11. État civil de la mère

- célibataire
- mariée
- veuve
- divorcée
- légalement séparée de corps
- ne sait pas

12. État d'union de la mère

- vit seule
- en union

13. Date du mariage actuel (JJMMAAAA)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

14. Naissances précédentes issues du mariage actuel

- mort-né(s)

--	--
- né(s) vivant(s)

--	--

Modèle III D

VOLET C

DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE

(Volet à remplir et à mettre sous enveloppe scellée par le médecin)

A. Renseignements concernant la naissance

1. Naissances précédentes

• nombre total d'enfants nés vivants • nombre total d'enfants morts-nés • nombre total d'enfants encore en vie • date du dernier accouchement (JJMMAAAA) / / 2. Durée probable de la grossesse en semaines

3. Facteurs de risques médicaux relatifs à cette grossesse (maximum 3)

- diabète • maladie rénale
 • hypertension chronique • hémorragie du 3e trimestre
 • hypertension gravidique • naissance antérieure d'un enfant pesant < 2.500 grammes
 • éclampsie
 • autres, précisez
 • pas de risques médicaux connus

4. Transfert in utero

- oui • non • ne sait pas

5. Présentation de l'enfant avant la naissance

- sommet fléchi • siège
 • autres présentations céphaliques • oblique/transverse
 • autres, précisez

6. Accouchement

6.1 Induction avant le début du travail

- oui • non • ne sait pas

6.2 Accouchement avec assistance

- oui • non • ne sait pas

Si oui, complétez 6.3, 6.4 et 6.5

Si non ou ne sait pas, passez immédiatement au point 7

6.3 Type d'assistance (maximum 3)

- forceps • extraction par le siège (Bracht excl.)
 • ventouse • version avec extraction
 • césarienne • version externe
 • autres, précisez

6.4 État de la mère justifiant ce type d'accouchement

- césarienne antérieure • pathologies placentaires
 • dystocie
 • autres, précisez

- pas d'indication maternelle

6.5 État de l'enfant justifiant ce type d'accouchement

- souffrance foetale • anomalie de la présentation
 • autres, précisez
 • pas d'indication foetale

7. Etat de l'enfant à la naissance

7.1 Traumatisme obstétrical

- oui • non • ne sait pas
 si oui, précisez

7.2 Détresse respiratoire

- oui • non • ne sait pas • sans objet
 si oui, précisez

7.3 État infectieux

- oui • non • ne sait pas
 si oui, précisez

7.4 Anomalies congénitales

- anencéphalie • imperforation anale
 • spina bifida • réduction des membres
 • hydrocéphalie • hernie diaphragmatique
 • fente labiale/palatine • omphalocèle/gastroschisis
 • autres, précisez
 • pas d'anomalie congénitale

8. Poids de l'enfant à la naissance (en grammes)

9. Indice d'Apgar à:

- 1 minute • 10 minutes
 • 5 minutes

10. Soins immédiats au nouveau-né (maximum 3)

- ventilation sans intubation • sans objet
 • intubation • pas d'intervention
 • transfert vers service n (endéans les 12 premières heures)
 • transfert vers service N (endéans les 12 premières heures)
 • autres, précisez

(suite au verso)

Modèle III D

VOLET C
(suite)

DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE (suite)

B. Renseignements concernant le décès

1. En cas de décès foetal, le décès est survenu:

- avant le travail d'accouchement • pendant le travail d'accouchement • ne sait pas

2. Type de décès

- par cause naturelle • homicide
 • accident de la circulation • sous investigation
 • autre accident • n'a pu être déterminé

3. Si le décès n'est pas dû à une cause naturelle, décrivez les circonstances :

.....
 Réservé

4. En cas d'accident

4.1 Lieu de l'accident

- voie publique • ne sait pas
 • domicile
 • autres, précisez

4.2 Date de l'accident (JJMMAAAA)

 / /

4.3 Heure de l'accident (0 - 24 H)

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

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

Enchaînement des phénomènes morbides qui ont conduit à la cause immédiate de décès citée en a).
 L'affection morbide à l'origine de l'enchaînement est indiquée en dernier lieu "cause initiale"

- a)
 conséquence de :
 b)
 conséquence de :
 c)
 conséquence de :
 d)

II. Causes associées

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

- e)
 f)
 g)

(1) Il ne s'agit pas ici du mode de décès, par exemple: défaillance cardiaque, syncope, etc..., mais de la maladie ou traumatisme ou de la complication qui a entraîné la mort. Prière de ne faire figurer qu'une cause par ligne.

(2) Placez un "X" à l'endroit approprié : colonne 'M' si Maternelle, colonne 'F' si Foetale, colonne 'I' si Infantile

(3) Délai approximatif entre le début du processus morbide et le décès (précisez s'il y a lieu en minutes, heures, semaines ou mois, ...)

Réservé

- a) b) c) d)
 e) f) g)

6. Autopsie/examens complémentaires

- oui, en cours • non
 • oui, prévu • ne sait pas

7. Le médecin signataire était-il impliqué dans le traitement du décédé?

- oui • non

No. du dossier médical de la **Mère**

No. du dossier médical de l'**enfant**

Identification du médecin

• No. INAMI

• date (JJMMAAAA)

nom, prénom
signature
cachet

Modèle III D

VOLET A

DECLARATION DE DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE (a)

(Volet à remplir par le médecin et à conserver par l'administration communale)

Nom et prénom de l'enfant		<input type="text"/>
Nom et prénom de la mère		<input type="text"/>
Résidence habituelle de la mère :	commune	<input type="text"/>
	rue, no.	<input type="text"/>
Date (JJMMAAAA) et heure (HHMM) du décès		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> m
Adresse du décès :	commune	<input type="text"/>
	rue, no.	<input type="text"/>

Numéro de l'acte au registre des décès	<input type="text"/>	Obstacle médico-légal à l'inhumation ou à la crémation (1)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Sexe de l'enfant	<input type="checkbox"/> • masculin <input type="checkbox"/> • féminin <input type="checkbox"/> • indéterminé	Obstacle au don du corps (2)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
L'enfant est-il	<input type="checkbox"/> • mort-né <input type="checkbox"/> • né vivant	Obligation de mise immédiate: • en cercueil hermétique (3)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
		Obstacle à la pratique éventuelle des opérations suivantes:	
		• crémation (4)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
		• soins de conservation (5)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
		• transport avant la mise en bière (6)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
		Risques d'exposition aux radiations ionisantes (3)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Le docteur en médecine, soussigné, (nom, prénom et no. d'inscription à l'Ordre des Médecins ou no. INAMI)

certifie avoir constaté le décès de la personne désignée ci-dessus le à heure.

Signature et cachet du médecin

- (a) Il sera rempli un bulletin de décès par enfant mort-né ou décédé avant l'âge d'un an.
 (1) Décès par cause externe, certaine ou probable (accident, suicide, homicide).
 (2) Le défunt présente un risque de contamination visés sous le n° (3).
 (3) A. le défunt présente une des maladies contagieuses suivantes: charbon, choléra, peste, fièvre hémorragique virale, variole, et autres orthopox viroses;
 B. le défunt présente un risque de contamination radioactive (cfr. A.R. du 28 février 1963 - M.B. du 16 mai 1963 -; art. 69.4, art. 69.7 et art. 3).
 (4) Les prothèses fonctionnant au moyen d'une pile au lithium ainsi que toute autre prothèse renfermant des radio-éléments doivent être enlevées avant la crémation.
 (5) - cfr (2) et (3)
 - mauvais état du corps (putréfaction ou corps déchiqueté);
 - certitude ou suspicion de décès par cause externe.
 (6) cfr (2) et (3).

VOLET B

BULLETIN STATISTIQUE DE DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN
OU D'UN MORT-NE

(Volet à remplir par le **médecin**, à vérifier par l'administration communale
et à envoyer au médecin fonctionnaire responsable)

1. Date et heure du décès

• date (JJMMAAAA) / /
• heure (HHMM) h m

2. Date et heure de naissance

• date (JJMMAAAA) / /
• heure (HHMM) h m

3. L'enfant est-il

• mort-né • né vivant

4. Lieu de naissance

• institution hospitalière • maison privée
 • autre, précisez

5. Lieu du décès

• institution hospitalière • maison privée
 • autre, précisez

6. Sexe de l'enfant

• masculin
 • féminin
 • indéterminé

7. Enfant issu d'une grossesse multiple

• oui • non

En cas d'accouchement multiple :

• nombre total de naissances mort-nés compris
• no. d'ordre de l'enfant déclaré
• nombre et sexe des enfants nés du même accouchement
(y compris le déclaré)
→ nombre d'enfants nés vivants
 • masculin • féminin • indéterminé
→ nombre d'enfants mort-nés
 • masculin • féminin • indéterminé

VOLET D

**BULLETIN STATISTIQUE DE DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN
OU D'UN MORT-NE**

(Volet à remplir par l'administration communale avec l'aide du déclarant)

1. Commune (ou pays) du décès

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Code I.N.S. ⇨

--	--	--	--	--	--	--	--

2. Numéro de l'acte au registre des décès

--	--	--	--	--	--

3. Commune (ou pays) de la naissance

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Code I.N.S. ⇨

--	--	--	--	--	--	--	--

4. Date de naissance (JJMMAAAA)

- du père

--	--	--

 /

--	--	--

 /

--	--	--	--	--	--
- de la mère

--	--	--

 /

--	--	--

 /

--	--	--	--	--	--

5. Instruction (niveau le plus élevé achevé ou diplôme)

	père	mère
• pas d'instruction ou primaire inachevé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• primaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• secondaire inférieur		
→ professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ technique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ général	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• secondaire supérieur		
→ professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ technique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ général	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• supérieur de type court	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• supérieur de type long ou universitaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ne sait pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• autres, précisez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		
.....		

6. Situation professionnelle actuelle

	père	mère
• actif(ve)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• étudiant(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• chômeur(se)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• pensionné(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• sans profession	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• autres, précisez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		
.....		

7. État social dans la profession actuelle (pensionnés, chômeurs, etc... état social dans la dernière profession exercée)

	père	mère
• indépendant(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• employé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ouvrier(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• aidant(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• sans profession	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• autres, précisez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		
.....		

8. Profession actuelle (pour les pensionnés, chômeurs, etc... dernière profession exercée)

• père

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Code I.N.S. ⇨

--	--	--	--	--	--	--	--

• mère

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Code I.N.S. ⇨

--	--	--	--	--	--	--	--

9. Nationalité

• du père
→ d'origine

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 → actuelle

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Code I.N.S. ⇨

--	--	--	--	--	--	--	--

• de la mère
→ d'origine

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 → actuelle

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Code I.N.S. ⇨

--	--	--	--	--	--	--	--

10. Résidence habituelle de la mère (commune ou pays)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Code I.N.S. ⇨

--	--	--	--	--	--	--	--

11. État civil de la mère

- célibataire
- mariée
- veuve
- divorcée
- légalement séparée de corps
- ne sait pas

12. État d'union de la mère

- vit seule
- en union

13. Date du mariage actuel (JJMMAAAA)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

14. Naissances précédentes issues du mariage actuel

• mort-né(s)

--	--	--	--	--	--	--	--

 • né(s) vivant(s)

--	--	--	--	--	--	--	--

Modèle III D

VOLET C

DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE

(Volet à remplir et à mettre sous enveloppe scellée par le médecin)

A. Renseignements concernant la naissance

1. Naissances précédentes

• nombre total d'enfants nés vivants • nombre total d'enfants morts-nés • nombre total d'enfants encore en vie • date du dernier accouchement (JJMMAAAA) / / 2. Durée probable de la grossesse en semaines

3. Facteurs de risques médicaux relatifs à cette grossesse (maximum 3)

- diabète • maladie rénale
 • hypertension chronique • hémorragie du 3e trimestre
 • hypertension gravidique • naissance antérieure d'un enfant pesant < 2.500 grammes
 • éclampsie
 • autres, précisez
 • pas de risques médicaux connus

4. Transfert in utero

- oui • non • ne sait pas

5. Présentation de l'enfant avant la naissance

- sommet fléchi • siège
 • autres présentations céphaliques • oblique/transverse
 • autres, précisez

6. Accouchement

6.1 Induction avant le début du travail

- oui • non • ne sait pas

6.2 Accouchement avec assistance

- oui • non • ne sait pas

Si oui, complétez 6.3, 6.4 et 6.5

Si non ou ne sait pas, passez immédiatement au point 7

6.3 Type d'assistance (maximum 3)

- forceps • extraction par le siège (Bracht excl.)
 • ventouse • version avec extraction
 • césarienne • version externe
 • autres, précisez

6.4 État de la mère justifiant ce type d'accouchement

- césarienne antérieure • pathologies placentaires
 • dystocie
 • autres, précisez
 • pas d'indication maternelle

6.5 État de l'enfant justifiant ce type d'accouchement

- souffrance foetale • anomalie de la présentation
 • autres, précisez
 • pas d'indication foetale

7. Etat de l'enfant à la naissance

7.1 Traumatisme obstétrical

- oui • non • ne sait pas
 si oui, précisez

7.2 Détresse respiratoire

- oui • non • ne sait pas • sans objet
 si oui, précisez

7.3 État infectieux

- oui • non • ne sait pas
 si oui, précisez

7.4 Anomalies congénitales

- anencéphalie • imperforation anale
 • spina bifida • réduction des membres
 • hydrocéphalie • hernie diaphragmatique
 • fente labiale/palatine • omphalocèle/gastroschisis
 • autres, précisez
 • pas d'anomalie congénitale

8. Poids de l'enfant à la naissance (en grammes)

9. Indice d'Apgar à:

- 1 minute • 10 minutes
 • 5 minutes

10. Soins immédiats au nouveau-né (maximum 3)

- ventilation sans intubation • sans objet
 • intubation • pas d'intervention
 • transfert vers service n (endéans les 12 premières heures)
 • transfert vers service N (endéans les 12 premières heures)
 • autres, précisez

(suite au verso)

Modèle III D

VOLET C
(suite)

DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE (suite)

B. Renseignements concernant le décès

1. En cas de décès foetal, le décès est survenu:

- avant le travail d'accouchement • pendant le travail d'accouchement • ne sait pas

2. Type de décès

- par cause naturelle • homicide
 • accident de la circulation • sous investigation
 • autre accident • n'a pu être déterminé

3. Si le décès n'est pas dû à une cause naturelle, décrivez les circonstances :

.....
 Réservé

4. En cas d'accident

4.1 Lieu de l'accident

- voie publique • ne sait pas
 • domicile
 • autres, précisezz

4.2 Date de l'accident (JJMMAAAA)

 / /

4.3 Heure de l'accident (0 - 24 H)

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

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

Enchaînement des phénomènes morbides qui ont conduit à la cause immédiate de décès citée en a).
 L'affection morbide à l'origine de l'enchaînement est indiquée en dernier lieu "cause initiale"

- a)
 conséquence de :
 b)
 conséquence de :
 c)
 conséquence de :
 d)

II. Causes associées

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

- e)
 f)
 g)

(1) Il ne s'agit pas ici du mode de décès, par exemple: défaillance cardiaque, syncope, etc..., mais de la maladie ou traumatisme ou de la complication qui a entraîné la mort. Prière de ne faire figurer qu'une cause par ligne.

(2) Placez un "X" à l'endroit approprié : colonne 'M' si Maternelle, colonne 'F' si Foetale, colonne 'I' si Infantile

(3) Délai approximatif entre le début du processus morbide et le décès (précisez s'il y a lieu en minutes, heures, semaines ou mois, ...)

Réservé

- a) b) c) d)
 e) f) g)

6. Autopsie/examens complémentaires

- oui, en cours • non
 • oui, prévu • ne sait pas

7. Le médecin signataire était-il impliqué dans le traitement du décédé?

- oui • non

No. du dossier médical de la **Mère**

No. du dossier médical de l'**enfant**

Identification du médecin

• No. INAMI

• date (JJMMAAAA)

nom, prénom
signature
cachet

Modèle III D

VOLET A

DECLARATION DE DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE (a)

(Volet à remplir par le médecin et à conserver par l'administration communale)

Nom et prénom de l'enfant

Nom et prénom de la mère

Résidence habituelle de la mère : commune

rue, no.

Date (JJMMAAAA) et heure (HHMM) du décès

 / / h m

Adresse du décès : commune

rue, no.

Numéro de l'acte au registre des décès

Sexe de l'enfant

 • masculin • féminin • indéterminé

L'enfant est-il

 • mort-né • né vivant

Obstacle médico-légal

à l'inhumation ou à la crémation (1)

 oui non

Obstacle au

don du corps (2)

 oui non

Obligation de mise immédiate:

• en cercueil hermétique (3)

 oui non

Obstacle à la pratique éventuelle

des opérations suivantes:

• crémation (4)

 oui non

• soins de conservation (5)

 oui non

• transport avant la mise en bière (6)

 oui non

Risques d'exposition

aux radiations ionisantes (3)

 oui non

Le docteur en médecine, soussigné, (nom, prénom et no. d'inscription à l'Ordre des Médecins ou no. INAMI)

certifie avoir constaté le décès de la personne désignée ci-dessus le à heure.

Signature et cachet du médecin

(a) Il sera rempli un bulletin de décès par enfant mort-né ou décédé avant l'âge d'un an.

(1) Décès par cause externe, certaine ou probable (accident, suicide, homicide).

(2) Le défunt présente un risque de contamination visés sous le n° (3).

(3) A. le défunt présente une des maladies contagieuses suivantes: charbon, choléra, peste, fièvre hémorragique virale, variole, et autres orthopox viroses;

B. le défunt présente un risque de contamination radioactive (cfr. A.R. du 28 février 1963 - M.B. du 16 mai 1963 -; art. 69.4, art. 69.7 et art. 3).

(4) Les prothèses fonctionnant au moyen d'une pile au lithium ainsi que toute autre prothèse renfermant des radio-éléments doivent être enlevées avant la crémation.

(5) - cfr (2) et (3)

- mauvais état du corps (putréfaction ou corps décheté);
- certitude ou suspicion de décès par cause externe.

(6) cfr (2) et (3).

VOLET B

BULLETIN STATISTIQUE DE DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN
OU D'UN MORT-NE

(Volet à remplir par le **médecin**, à vérifier par l'administration communale
et à envoyer au médecin fonctionnaire responsable)

1. Date et heure du décès

• date (JJMMAAAA) / /
• heure (HHMM) h m

2. Date et heure de naissance

• date (JJMMAAAA) / /
• heure (HHMM) h m

3. L'enfant est-il

• mort-né • né vivant

4. Lieu de naissance

• institution hospitalière • maison privée
 • autre, précisez

5. Lieu du décès

• institution hospitalière • maison privée
 • autre, précisez

6. Sexe de l'enfant

• masculin
 • féminin
 • indéterminé

7. Enfant issu d'une grossesse multiple

• oui • non

En cas d'accouchement multiple :

• nombre total de naissances mort-nés compris
• no. d'ordre de l'enfant déclaré
• nombre et sexe des enfants nés du même accouchement
(y compris le déclaré)
→ nombre d'enfants nés vivants
 • masculin • féminin • indéterminé
→ nombre d'enfants mort-nés
 • masculin • féminin • indéterminé

Modèle III D

VOLET C

DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE

(Volet à remplir et à mettre sous enveloppe scellée par le médecin)

A. Renseignements concernant la naissance

1. Naissances précédentes

- nombre total d'enfants nés vivants
- nombre total d'enfants morts-nés
- nombre total d'enfants encore en vie
- date du dernier accouchement (JJMMAAAA) / /

2. Durée probable de la grossesse en semaines

3. Facteurs de risques médicaux relatifs à cette grossesse (maximum 3)

- diabète
- hypertension chronique
- hypertension gravidique
- éclampsie
- autres, précisez
- pas de risques médicaux connus
- maladie rénale
- hémorragie du 3e trimestre
- naissance antérieure d'un enfant pesant < 2.500 grammes

4. Transfert in utero

- oui
- non
- ne sait pas

5. Présentation de l'enfant avant la naissance

- sommet fléchi
- autres présentations céphaliques
- autres, précisez
- siège
- oblique/transverse

6. Accouchement

6.1 Induction avant le début du travail

- oui
- non
- ne sait pas

6.2 Accouchement avec assistance

- oui
- non
- ne sait pas

Si oui, complétez 6.3, 6.4 et 6.5

Si non ou ne sait pas, passez immédiatement au point 7

6.3 Type d'assistance (maximum 3)

- forceps
- ventouse
- césarienne
- autres, précisez
- extraction par le siège (Bracht excl.)
- version avec extraction
- version externe

6.4 État de la mère justifiant ce type d'accouchement

- césarienne antérieure
- dystocie
- autres, précisez
- pathologies placentaires

- pas d'indication maternelle

6.5 État de l'enfant justifiant ce type d'accouchement

- souffrance foetale
- autres, précisez
- pas d'indication foetale
- anomalie de la présentation

7. Etat de l'enfant à la naissance

7.1 Traumatisme obstétrical

- oui
- si oui, précisez
- non
- ne sait pas

7.2 Détresse respiratoire

- oui
- si oui, précisez
- non
- ne sait pas
- sans objet

7.3 État infectieux

- oui
- si oui, précisez
- non
- ne sait pas

7.4 Anomalies congénitales

- anencéphalie
- spina bifida
- hydrocéphalie
- fente labiale/palatine
- autres, précisez
- imperforation anale
- réduction des membres
- hernie diaphragmatique
- omphalocèle/gastroschisis
- pas d'anomalie congénitale

8. Poids de l'enfant à la naissance (en grammes)

9. Indice d'Apgar à:

- 1 minute
- 5 minutes
- 10 minutes

10. Soins immédiats au nouveau-né (maximum 3)

- ventilation sans intubation
- intubation
- transfert vers service n (endéans les 12 premières heures)
- transfert vers service N (endéans les 12 premières heures)
- autres, précisez
- sans objet
- pas d'intervention

(suite au verso)

Modèle III D

VOLET C
 (suite)

DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE (suite)

B. Renseignements concernant le décès

1. En cas de décès foetal, le décès est survenu:

-
- avant le travail d'accouchement
-
- pendant le travail d'accouchement
-
- ne sait pas

2. Type de décès

-
- par cause naturelle
-
- homicide
-
-
- accident de la circulation
-
- sous investigation
-
-
- autre accident
-
- n'a pu être déterminé

3. Si le décès n'est pas dû à une cause naturelle, décrivez les circonstances :

.....

..... Réservé

.....

4. En cas d'accident

4.1 Lieu de l'accident

-
- voie publique
-
- ne sait pas
-
-
- domicile
-
-
- autres, précisez :

4.2 Date de l'accident (JJMMAAAA)

 / /

4.3 Heure de l'accident (0 - 24 H)

5. Cause du décès (1)

Spécifiez (2)

Délai (3)

M	F	I
---	---	---

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

Enchaînement des phénomènes morbides qui ont conduit à la cause immédiate de décès citée en a).

- a)
- conséquence de :
- b)
- conséquence de :
- c)
- conséquence de :
- d)

L'affection morbide à l'origine de l'enchaînement est indiquée en dernier lieu "cause initiale"

II. Causes associées

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

- e)
- f)
- g)

(1) Il ne s'agit pas ici du mode de décès, par exemple: défaillance cardiaque, syncope, etc..., mais de la maladie ou traumatisme ou de la complication qui a entraîné la mort. Prière de ne faire figurer qu'une cause par ligne.

(2) Placez un "X" à l'endroit approprié : colonne 'M' si Maternelle, colonne 'F' si Foetale, colonne 'I' si Infantile

(3) Délai approximatif entre le début du processus morbide et le décès (précisez s'il y a lieu en minutes, heures, semaines ou mois, ...)

Réservé

- a) b) c) d)
- e) f) g)

6. Autopsie/examens complémentaires

-
- oui, en cours
-
- non
-
-
- oui, prévu
-
- ne sait pas

7. Le médecin signataire était-il impliqué dans le traitement du décédé?

-
- oui
-
- non

 No. du dossier médical de la **Mère**

 No. du dossier médical de l'**enfant**

Identification du médecin

• No. INAMI

 • date (JJMMAAAA)

 nom, prénom
 signature
 cachet

Modèle III D

VOLET A

DECLARATION DE DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE (a)

(Volet à remplir par le médecin et à conserver par l'administration communale)

Nom et prénom de l'enfant

Nom et prénom de la mère

Résidence habituelle de la mère : commune

rue, no.

Date (JJMMAAAA) et heure (HHMM) du décès

 / / h m

Adresse du décès : commune

rue, no.

Numéro de l'acte au registre des décès

Sexe de l'enfant

 • masculin • féminin • indéterminé

L'enfant est-il

 • mort-né • né vivant

Obstacle médico-légal

à l'inhumation ou à la crémation (1)

 oui non

Obstacle au

don du corps (2)

 oui non

Obligation de mise immédiate:

• en cercueil hermétique (3)

 oui non

Obstacle à la pratique éventuelle

des opérations suivantes:

• crémation (4)

 oui non

• soins de conservation (5)

 oui non

• transport avant la mise en bière (6)

 oui non

Risques d'exposition

aux radiations ionisantes (3)

 oui non

Le docteur en médecine, soussigné, (nom, prénom et no. d'inscription à l'Ordre des Médecins ou no. INAMI)

certifie avoir constaté le décès de la personne désignée ci-dessus le à heure.

Signature et cachet du médecin

(a) Il sera rempli un bulletin de décès par enfant mort-né ou décédé avant l'âge d'un an.

(1) Décès par cause externe, certaine ou probable (accident, suicide, homicide).

(2) Le défunt présente un risque de contamination visés sous le n° (3).

(3) A. le défunt présente une des maladies contagieuses suivantes: charbon, choléra, peste, fièvre hémorragique virale, variole, et autres orthopox viroses;

B. le défunt présente un risque de contamination radioactive (cfr. A.R. du 28 février 1963 - M.B. du 16 mai 1963 -; art. 69.4, art. 69.7 et art. 3).

(4) Les prothèses fonctionnant au moyen d'une pile au lithium ainsi que toute autre prothèse renfermant des radio-éléments doivent être enlevées avant la crémation.

(5) - cfr (2) et (3)

- mauvais état du corps (putréfaction ou corps déchiqueté);
- certitude ou suspicion de décès par cause externe.

(6) cfr (2) et (3).

VOLET B

**BULLETIN STATISTIQUE DE DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN
OU D'UN MORT-NE**

*(Volet à remplir par le médecin, à vérifier par l'administration communale
et à envoyer au médecin fonctionnaire responsable)*

1. Date et heure du décès

• date (JJMMAAAA) / /

• heure (HHMM) h m

2. Date et heure de naissance

• date (JJMMAAAA) / /

• heure (HHMM) h m

3. L'enfant est-il

• mort-né • né vivant

4. Lieu de naissance

• institution hospitalière • maison privée

• autre, précisez

.....

5. Lieu du décès

• institution hospitalière • maison privée

• autre, précisez

.....

6. Sexe de l'enfant

• masculin

• féminin

• indéterminé

7. Enfant issu d'une grossesse multiple

• oui • non

En cas d'accouchement multiple :

• nombre total de naissances mort-nés compris

• no. d'ordre de l'enfant déclaré

• nombre et sexe des enfants nés du même accouchement
(y compris le déclaré)

→ nombre d'enfants nés vivants

• masculin • féminin • indéterminé

→ nombre d'enfants mort-nés

• masculin • féminin • indéterminé

Modèle III D

VOLET C

DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE

(Volet à remplir et à mettre sous enveloppe scellée par le médecin)

A. Renseignements concernant la naissance

1. Naissances précédentes

• nombre total d'enfants nés vivants • nombre total d'enfants morts-nés • nombre total d'enfants encore en vie • date du dernier accouchement (JJMMAAAA) / / 2. Durée probable de la grossesse en semaines

3. Facteurs de risques médicaux relatifs à cette grossesse (maximum 3)

- diabète • maladie rénale
 • hypertension chronique • hémorragie du 3e trimestre
 • hypertension gravidique • naissance antérieure d'un enfant pesant < 2.500 grammes
 • éclampsie
 • autres, précisez
- pas de risques médicaux connus

4. Transfert in utero

- oui • non • ne sait pas

5. Présentation de l'enfant avant la naissance

- sommet fléchi • siège
 • autres présentations céphaliques • oblique/transverse
 • autres, précisez

6. Accouchement

6.1 Induction avant le début du travail

- oui • non • ne sait pas

6.2 Accouchement avec assistance

- oui • non • ne sait pas

Si oui, complétez 6.3, 6.4 et 6.5

Si non ou ne sait pas, passez immédiatement au point 7

6.3 Type d'assistance (maximum 3)

- forceps • extraction par le siège (Bracht excl.)
 • ventouse • version avec extraction
 • césarienne • version externe
 • autres, précisez

6.4 État de la mère justifiant ce type d'accouchement

- césarienne antérieure • pathologies placentaires
 • dystocie
 • autres, précisez

- pas d'indication maternelle

6.5 État de l'enfant justifiant ce type d'accouchement

- souffrance foetale • anomalie de la présentation
 • autres, précisez
- pas d'indication foetale

7. Etat de l'enfant à la naissance

7.1 Traumatisme obstétrical

- oui • non • ne sait pas
 si oui, précisez

7.2 Détresse respiratoire

- oui • non • ne sait pas • sans objet
 si oui, précisez

7.3 État infectieux

- oui • non • ne sait pas
 si oui, précisez

7.4 Anomalies congénitales

- anencéphalie • imperforation anale
 • spina bifida • réduction des membres
 • hydrocéphalie • hernie diaphragmatique
 • fente labiale/palatine • omphalocèle/gastroschisis
 • autres, précisez
- pas d'anomalie congénitale

8. Poids de l'enfant à la naissance (en grammes)

9. Indice d'Apgar à:

- 1 minute • 10 minutes
 • 5 minutes

10. Soins immédiats au nouveau-né (maximum 3)

- ventilation sans intubation • sans objet
 • intubation • pas d'intervention
 • transfert vers service n (endéans les 12 premières heures)
 • transfert vers service N (endéans les 12 premières heures)
 • autres, précisez

(suite au verso)

Modèle III D

VOLET C
(suite)

DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE (suite)

B. Renseignements concernant le décès

1. En cas de décès foetal, le décès est survenu:

- avant le travail d'accouchement • pendant le travail d'accouchement • ne sait pas

2. Type de décès

- par cause naturelle • homicide
 • accident de la circulation • sous investigation
 • autre accident • n'a pu être déterminé

3. Si le décès n'est pas dû à une cause naturelle, décrivez les circonstances :

.....
 Réservé

4. En cas d'accident

4.1 Lieu de l'accident

- voie publique • ne sait pas
 • domicile
 • autres, précisezz

4.2 Date de l'accident (JJMMAAAA)

 / /

4.3 Heure de l'accident (0 - 24 H)

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

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

Enchaînement des phénomènes morbides qui ont conduit à la cause immédiate de décès citée en a).
 L'affection morbide à l'origine de l'enchaînement est indiquée en dernier lieu "cause initiale"

- a)
 conséquence de :
 b)
 conséquence de :
 c)
 conséquence de :
 d)

II. Causes associées

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

- e)
 f)
 g)

(1) Il ne s'agit pas ici du mode de décès, par exemple: défaillance cardiaque, syncope, etc..., mais de la maladie ou traumatisme ou de la complication qui a entraîné la mort. Prière de ne faire figurer qu'une cause par ligne.

(2) Placez un "X" à l'endroit approprié : colonne 'M' si Maternelle, colonne 'F' si Foetale, colonne 'I' si Infantile

(3) Délai approximatif entre le début du processus morbide et le décès (précisez s'il y a lieu en minutes, heures, semaines ou mois, ...)

Réservé

- a) b) c) d)
 e) f) g)

6. Autopsie/examens complémentaires

- oui, en cours • non
 • oui, prévu • ne sait pas

7. Le médecin signataire était-il impliqué dans le traitement du décédé?

- oui • non

No. du dossier médical de la **Mère**

No. du dossier médical de l'**enfant**

Identification du médecin

• No. INAMI

• date (JJMMAAAA)

nom, prénom
signature
cachet

Modèle III D

VOLET A

DECLARATION DE DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE (a)

(Volet à remplir par le médecin et à conserver par l'administration communale)

Nom et prénom de l'enfant	
Nom et prénom de la mère	
Résidence habituelle de la mère :	commune
	rue, no.
Date (JJMMAAAA) et heure (HHMM) du décès	
Adresse du décès :	commune
	rue, no.

Numéro de l'acte au registre des décès		Obstacle médico-légal à l'inhumation ou à la crémation (1)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Sexe de l'enfant		Obstacle au don du corps (2)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> • masculin <input type="checkbox"/> • féminin <input type="checkbox"/> • indéterminé		Obligation de mise immédiate: • en cercueil hermétique (3)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
L'enfant est-il		Obstacle à la pratique éventuelle des opérations suivantes:	
<input type="checkbox"/> • mort-né <input type="checkbox"/> • né vivant		• crémation (4)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
		• soins de conservation (5)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
		• transport avant la mise en bière (6)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
		Risques d'exposition aux radiations ionisantes (3)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Le docteur en médecine, soussigné, (nom, prénom et no. d'inscription à l'Ordre des Médecins ou no. INAMI)

certifie avoir constaté le décès de la personne désignée ci-dessus le à heure.

Signature et cachet du médecin

- (a) Il sera rempli un bulletin de décès par enfant mort-né ou décédé avant l'âge d'un an.
 (1) Décès par cause externe, certaine ou probable (accident, suicide, homicide).
 (2) Le défunt présente un risque de contamination visés sous le n° (3).
 (3) A. le défunt présente une des maladies contagieuses suivantes: charbon, choléra, peste, fièvre hémorragique virale, variole, et autres orthopox viroses;
 B. le défunt présente un risque de contamination radioactive (cfr. A.R. du 28 février 1963 - M.B. du 16 mai 1963 -; art. 69.4, art. 69.7 et art. 3).
 (4) Les prothèses fonctionnant au moyen d'une pile au lithium ainsi que toute autre prothèse renfermant des radio-éléments doivent être enlevées avant la crémation.
 (5) - cfr (2) et (3)
 - mauvais état du corps (putréfaction ou corps déchiqueté);
 - certitude ou suspicion de décès par cause externe.
 (6) cfr (2) et (3).

VOLET B

**BULLETIN STATISTIQUE DE DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN
OU D'UN MORT-NE**

*(Volet à remplir par le médecin, à vérifier par l'administration communale
et à envoyer au médecin fonctionnaire responsable)*

1. Date et heure du décès

• date (JJMMAAAA) / /

• heure (HHMM) h m

2. Date et heure de naissance

• date (JJMMAAAA) / /

• heure (HHMM) h m

3. L'enfant est-il

• mort-né • né vivant

4. Lieu de naissance

• institution hospitalière • maison privée

• autre, précisez

.....

5. Lieu du décès

• institution hospitalière • maison privée

• autre, précisez

.....

6. Sexe de l'enfant

• masculin

• féminin

• indéterminé

7. Enfant issu d'une grossesse multiple

• oui • non

En cas d'accouchement multiple :

• nombre total de naissances mort-nés compris

• no. d'ordre de l'enfant déclaré

• nombre et sexe des enfants nés du même accouchement
(y compris le déclaré)

→ nombre d'enfants nés vivants

• masculin • féminin • indéterminé

→ nombre d'enfants mort-nés

• masculin • féminin • indéterminé

Modèle III D

VOLET C

DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE

(Volet à remplir et à mettre sous enveloppe scellée par le médecin)

A. Renseignements concernant la naissance

1. Naissances précédentes

• nombre total d'enfants nés vivants • nombre total d'enfants morts-nés • nombre total d'enfants encore en vie • date du dernier accouchement (JJMMAAAA) / / 2. Durée probable de la grossesse en semaines

3. Facteurs de risques médicaux relatifs à cette grossesse (maximum 3)

- diabète • maladie rénale
 • hypertension chronique • hémorragie du 3e trimestre
 • hypertension gravidique • naissance antérieure d'un enfant pesant < 2.500 grammes
 • éclampsie
 • autres, précisez
 • pas de risques médicaux connus

4. Transfert in utero

- oui • non • ne sait pas

5. Présentation de l'enfant avant la naissance

- sommet fléchi • siège
 • autres présentations céphaliques • oblique/transverse
 • autres, précisez

6. Accouchement

6.1 Induction avant le début du travail

- oui • non • ne sait pas

6.2 Accouchement avec assistance

- oui • non • ne sait pas

Si oui, complétez 6.3, 6.4 et 6.5

Si non ou ne sait pas, passez immédiatement au point 7

6.3 Type d'assistance (maximum 3)

- forceps • extraction par le siège (Bracht excl.)
 • ventouse • version avec extraction
 • césarienne • version externe
 • autres, précisez

6.4 État de la mère justifiant ce type d'accouchement

- césarienne antérieure • pathologies placentaires
 • dystocie
 • autres, précisez

- pas d'indication maternelle

6.5 État de l'enfant justifiant ce type d'accouchement

- souffrance foetale • anomalie de la présentation
 • autres, précisez
 • pas d'indication foetale

7. Etat de l'enfant à la naissance

7.1 Traumatisme obstétrical

- oui • non • ne sait pas
 si oui, précisez

7.2 Détresse respiratoire

- oui • non • ne sait pas • sans objet
 si oui, précisez

7.3 État infectieux

- oui • non • ne sait pas
 si oui, précisez

7.4 Anomalies congénitales

- anencéphalie • imperforation anale
 • spina bifida • réduction des membres
 • hydrocéphalie • hernie diaphragmatique
 • fente labiale/palatine • omphalocèle/gastroschisis
 • autres, précisez
 • pas d'anomalie congénitale

8. Poids de l'enfant à la naissance (en grammes)

9. Indice d'Apgar à:

- 1 minute • 10 minutes
 • 5 minutes

10. Soins immédiats au nouveau-né (maximum 3)

- ventilation sans intubation • sans objet
 • intubation • pas d'intervention
 • transfert vers service n (endéans les 12 premières heures)
 • transfert vers service N (endéans les 12 premières heures)
 • autres, précisez

(suite au verso)

Modèle III D

VOLET C
(suite)

DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE (suite)

B. Renseignements concernant le décès

1. En cas de décès foetal, le décès est survenu:

- avant le travail d'accouchement • pendant le travail d'accouchement • ne sait pas

2. Type de décès

- par cause naturelle • homicide
 • accident de la circulation • sous investigation
 • autre accident • n'a pu être déterminé

3. Si le décès n'est pas dû à une cause naturelle, décrivez les circonstances :

.....
 Réservé

4. En cas d'accident

4.1 Lieu de l'accident

- voie publique • ne sait pas
 • domicile
 • autres, précisezz

4.2 Date de l'accident (JJMMAAAA)

□□ / □□ / □□□□

4.3 Heure de l'accident (0 - 24 H)

□□

5. Cause du décès (1)

Spécifiez (2)

Délai (3)

M	F	I
---	---	---

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

Enchaînement des phénomènes morbides qui ont conduit à la cause immédiate de décès citée en a).

L'affection morbide à l'origine de l'enchaînement est indiquée en dernier lieu "cause initiale"

- a)
 conséquence de :
 b)
 conséquence de :
 c)
 conséquence de :
 d)

II. Causes associées

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

- e)
 f)
 g)

(1) Il ne s'agit pas ici du mode de décès, par exemple: défaillance cardiaque, syncope, etc..., mais de la maladie ou traumatisme ou de la complication qui a entraîné la mort. Prière de ne faire figurer qu'une cause par ligne.

(2) Placez un "X" à l'endroit approprié : colonne 'M' si Maternelle, colonne 'F' si Foetale, colonne 'I' si Infantile

(3) Délai approximatif entre le début du processus morbide et le décès (précisez s'il y a lieu en minutes, heures, semaines ou mois, ...)

Réservé

- a) □□□□□ b) □□□□□ c) □□□□□ d) □□□□□
 e) □□□□□ f) □□□□□ g) □□□□□

6. Autopsie/examens complémentaires

- oui, en cours • non
 • oui, prévu • ne sait pas

7. Le médecin signataire était-il impliqué dans le traitement du décédé?

- oui • non

No. du dossier médical de la **Mère**

No. du dossier médical de l'**enfant**

Identification du médecin

• No. INAMI

• date (JJMMAAAA) □□ □□ □□□□

nom, prénom
signature
cachet

Modèle III D

VOLET A

DECLARATION DE DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE (a)

(Volet à remplir par le médecin et à conserver par l'administration communale)

Nom et prénom de l'enfant	
Nom et prénom de la mère	
Résidence habituelle de la mère :	commune
	rue, no.
Date (JJMMAAAA) et heure (HHMM) du décès	
Adresse du décès :	commune
	rue, no.

Numéro de l'acte au registre des décès		Obstacle médico-légal à l'inhumation ou à la crémation (1)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Sexe de l'enfant		Obstacle au don du corps (2)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> • masculin <input type="checkbox"/> • féminin <input type="checkbox"/> • indéterminé		Obligation de mise immédiate: en cercueil hermétique (3)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
L'enfant est-il		Obstacle à la pratique éventuelle des opérations suivantes:	
<input type="checkbox"/> • mort-né <input type="checkbox"/> • né vivant		• crémation (4)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
		• soins de conservation (5)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
		• transport avant la mise en bière (6)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
		Risques d'exposition aux radiations ionisantes (3)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Le docteur en médecine, soussigné, (nom, prénom et no. d'inscription à l'Ordre des Médecins ou no. INAMI)

certifie avoir constaté le décès de la personne désignée ci-dessus le à heure.

Signature et cachet du médecin

- (a) Il sera rempli un bulletin de décès par enfant mort-né ou décédé avant l'âge d'un an.
 (1) Décès par cause externe, certaine ou probable (accident, suicide, homicide).
 (2) Le défunt présente un risque de contamination visés sous le n° (3).
 (3) A. le défunt présente une des maladies contagieuses suivantes: charbon, choléra, peste, fièvre hémorragique virale, variole, et autres orthopox viroses;
 B. le défunt présente un risque de contamination radioactive (cfr. A.R. du 28 février 1963 - M.B. du 16 mai 1963 -; art. 69.4, art. 69.7 et art. 3).
 (4) Les prothèses fonctionnant au moyen d'une pile au lithium ainsi que toute autre prothèse renfermant des radio-éléments doivent être enlevées avant la crémation.
 (5) - cfr (2) et (3)
 - mauvais état du corps (putréfaction ou corps déchiqueté);
 - certitude ou suspicion de décès par cause externe.
 (6) cfr (2) et (3).

VOLET B

**BULLETIN STATISTIQUE DE DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN
OU D'UN MORT-NE**

*(Volet à remplir par le médecin, à vérifier par l'administration communale
et à envoyer au médecin fonctionnaire responsable)*

1. Date et heure du décès

• date (JJMMAAAA) / /

• heure (HHMM) h m

2. Date et heure de naissance

• date (JJMMAAAA) / /

• heure (HHMM) h m

3. L'enfant est-il

• mort-né • né vivant

4. Lieu de naissance

• institution hospitalière • maison privée

• autre, précisez

.....

5. Lieu du décès

• institution hospitalière • maison privée

• autre, précisez

.....

6. Sexe de l'enfant

• masculin

• féminin

• indéterminé

7. Enfant issu d'une grossesse multiple

• oui • non

En cas d'accouchement multiple :

• nombre total de naissances mort-nés compris

• no. d'ordre de l'enfant déclaré

• nombre et sexe des enfants nés du même accouchement
(y compris le déclaré)

→ nombre d'enfants nés vivants

• masculin • féminin • indéterminé

→ nombre d'enfants mort-nés

• masculin • féminin • indéterminé

