

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

Volet médical anonyme

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

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

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

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

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

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

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

a)
 conséquence de : **CAUSE IMMÉDIATE**

b)
 conséquence de : **Enchaînement causal acceptable**

c)
 conséquence de : **CAUSE INITIALE**

d)

e)
 f)
 g)

Partie II. Causes associées

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

Spécifiez si la maladie ou l'affection est maternelle, foetale ou infantile en cochant la case appropriée pour chaque ligne

Précisez le délai approximatif entre le début du processus morbide et le décès (minutes, heures, semaines ou mois,...)

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

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

Exemple 1 - mort-né	Spécifiez			Délai
	M	F	I	
I				
a) Circulaire du cordon ombilicale		x		-
b)				
c)				
d)				
II				
e) Tabagisme maternel	x			-
f)				
g)				

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

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

Exemples

Mort-nés

Décès d'enfants de moins d'un an

Exemple 3	Spécifiez	Délai
I		
a) Chorioamniotite	x	1 jour
b) Rupture prématurée de la poche des eaux	x	14 jours
c)		
d)		
II		
e) Diabète de type I	x	-
f)		
g)		

Exemple 6	Spécifiez	Délai
I		
a) Insuffisance respiratoire	x	18 heures
b) Choc septique	x	18 heures
c) Chorioamniotite	x	24 heures
d)		
II		
e) Prématurité extrême de 25 semaines	x	24 heures
f)		
g)		

Exemple 4	Spécifiez	Délai
I		
a) Trisomie 21, canal atrio-ventriculaire complet	x	-
b)		
c)		
d)		
II		
e) Age maternel avancé	x	-
f)		
g)		

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

Exemple 5	Spécifiez	Délai
I		
a) Interruption médicale de grossesse	x	-
b) Spina bifida lombaire, avec hydrocéphalie	x	-
c)		
d)		
II		
e)		
f)		
g)		

Exemple 8	Spécifiez	Délai
I		
a) Encéphalopathie hypoxo-ischémique	x	30 heures
b) Défaillance multisystémique	x	30 heures
c) Asphyxie sévère	x	30 heures
d) Décollement placentaire	x	31 heures
e)		
f)		
g)		

Notions d'interruption médicale de grossesse et de soins palliatifs

5. Cause du décès (1)	Spécifiez (2)	Délai (3)
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) Interruption médicale de grossesse	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	b) conséquence de :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	c) conséquence de :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	d) conséquence de :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	f)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	g)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Soins palliatifs

OU

Soins palliatifs

Interruption médicale de grossesse

B. Renseignements concernant le décès	
1. En cas de décès foetal, le décès est survenu:	4. En cas d'accident
<input type="checkbox"/> avant le travail d'accouchement	4.1 Lieu de l'accident
<input type="checkbox"/> pendant le travail d'accouchement	<input type="checkbox"/> voie publique <input type="checkbox"/> domicile
<input type="checkbox"/> ne sait pas	<input type="checkbox"/> autres, précisez
2. Type de décès	4.2 Date de l'accident (JUMMAAAA)
<input type="checkbox"/> par cause naturelle	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> homicide	4.3 Heure de l'accident (0 - 24 H)
<input type="checkbox"/> accident de la circulation	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> autre accident	
<input type="checkbox"/> n'a pu être déterminé	
3. Si le décès n'est pas dû à une cause naturelle, décrivez les circonstances :	
Interruption médicale de grossesse	

Pour les renseignements concernant le décès:

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