

## CERTIFICAT DE DÉCÈS

Le médecin soussigné, après examen du corps, certifie le décès de :

Nom de famille	Prénom(s)	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
Date de naissance	Commune d'origine (CH) / Nationalité (E)		
Domicile			

Lieu du décès (lieu où le décès est survenu)			
Jour de décès	à	heures	minutes
Si le moment du décès n'est pas défini (voir remarques *)			

Veuillez répondre à l'un des deux paragraphes et cocher la réponse qui convient :

1.-  **Mort naturelle** (l'intervention d'un tiers peut raisonnablement être exclue)

Le cadavre peut être :

inhumé  incinéré

**⚠ Le médecin soussigné atteste que la personne décédée à incinérer ne porte plus de stimulateur cardiaque, de stimulateur neurologique ou d'une pompe pour l'administration d'un traitement intrathécal !**

- le transport du cadavre n'est pas autorisé pour des raisons de police sanitaire  
(Restent réservées les dispositions fédérales et cantonales en matière de mort suspecte, maladies transmissibles, transports à l'étranger et sépultures)
- le médecin cantonal a été avisé

2.-  **Mort non naturelle**

- accident, suicide, homicide  
(même si le décès n'est survenu que des suites tardives)
- assistance au suicide (Exit, etc.)
- l'autorité de police ou les ministères publics ont été avisés

Lieu et date :

Le médecin (**le nom du médecin doit figurer**)  
(Sceau et signature)

Remarques	* Le jour du décès est connu, mais pas le moment exact : Le jour du décès ne peut pas être déterminé :	<u>le (date), entre ... heure(s) et ... heure(s)</u> <u>découverte le (date) à ... heure(s)</u>
-----------	---	--