

DÉCLARATIONS DU MÉDECIN TRAITANT (toutes les réponses doivent être l'œuvre du médecin)		
1. Nom et prénom(s) de la personne décédée		
2. Âge apparent de la personne décédée		
3. L'avez-vous traitée durant sa dernière maladie?		
4. À votre connaissance, la personne décédée faisait-elle usage de tabac sous une forme quelconque?		
5. À quelle date a-t-elle montré les premiers symptômes de sa dernière maladie?		
6. Date de la première et de la dernière consultation en rapport avec la dernière maladie	Première consultation :	Dernière consultation :
7. Date et lieu du décès	Date :	Lieu :
8. Quelle maladie fut la cause du décès?		
9. Quelles autres maladies ont pu contribuer au décès? (mentionnez leur durée)		
10. Y a-t-il eu opérations? Si oui, donner les dates et les genres d'opérations.		
11. Y a-t-il eu autopsie? Si oui, par qui et quels en furent les résultats?		
12. Y a-t-il eu enquête judiciaire? Si oui, par qui et quels en furent les résultats?		
13. (a) Avez-vous traité la personne décédée ou vous a-t-elle consulté avant sa dernière maladie? (b) Si oui, à quelles dates et pour quelles maladies?	(a) (b)	
14. (a) Au cours des cinq dernières années, la personne décédée a-t-elle été traitée par d'autres médecins ou dans des hôpitaux? (b) Si oui, donnez le nom des médecins ou des hôpitaux, les dates des traitements et la nature de la maladie.	(a) Nom du médecin Date des traitements Nature de la maladie ou de l'hôpital (b)	
15. Renseignements supplémentaires : (Utiliser le verso si nécessaire)	

Je, soussigné(e), certifie par la présente que les réponses aux questions ci-dessus sont complètes et véridiques, et qu'elles sont faites au meilleur de ma connaissance.

Date

Signature du médecin

Nom du médecin (en lettres moulées) et no de permis

Adresse du médecin

N.B. Le réclamant est responsable des honoraires requis pour ce rapport.