

VOLET A

DÉCLARATION DE DÉCÈS D'UNE PERSONNE AGÉE D'UN AN OU PLUS

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

Nom et prénom du décédé

VILAIN CORINNE

Epoux(se) ou veuf(ve) de

Résidence habituelle:

commune

HENSIEU 7350

rue, n°

EMILE VANDERVELDE 7

Date (JJMMAAAA) et heure (HHMM) du décès

24, 01, 2020 05 h 45 m

Adresse du décès:

commune

HENSIES 7350

rue, n°

EMILIE VANDERVELDE 7

Numéro de l'acte au registre des décès

Sexe du décédé

☐ • masculin☒ • féminin☐ • indéterminéObstacle médico-légal
à l'inhumation ou à la crémation (1)☐ oui ☒ nonObstacle au
don du corps (2)☐ oui ☒ nonObligation de mise immédiate:
• en cercueil hermétique (3)☐ oui ☒ nonObstacle 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 ☒ nonRisques d'exposition
aux radiations ionisantes (3)☐ oui ☒ non

Le docteur en médecine, soussigné, (nom, prénom et n° d'inscription à l'Ordre des Médecins ou n° INAMI)

Dr. SHIKU KAYISU 1. 87934 52 900

certifie avoir constaté le décès de la personne désignée ci-dessus le 24/01/20 à 5 heure 45

Signature et cachet du médecin

(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 virozes;

B. le défunt présente un risque de contamination radioactive (cfr. A.R. du 28 février 1963 - M.B. 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).

Centre Hospitalier EpICURA a.s.b.l.
Dr. Kayisu SHIKU
Urgences
1-87934-52-900
Site Hornu

(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)

24 / 01 / 2020

• heure (HHMM)

08 h 45 m

2. Lieu de décès

☒ • maison privée☐ • voie publique☐ • institution hospitalière☐ • lieu de travail☐ • maison de repos☐ • autres, précisez

3. Sexe du décédé

☐ • masculin☒ • féminin☐ • indéterminé

05005651