FICHE DÉCÈS

ROUND N°........

Enquêteur....................................................................................................

Contrôleur....................................................................................................

Agent de saisie......................................................................................................

Date enquête........../....../......

ID répondant :

Identification de la personne décédée

Nom et prénoms..........................................................................................................

DC1 Date de décès-------------------------------/...../......

jj mm .année.

Formation sanitaire?

DC2 La personne est-elle décédée dans une formation sanitaire ?...........................O/N

==> Si Oui laquelle?---------------------------------------------------------------===> code F.S....[ ] ou NA
(FIN si DC3=O)

DC3 La personne s’est-elle rendue dans une formation sanitaire avant son décès ?..........O/N ou NA

==> Si Oui, quelle en est la dernière ?-----------------------------------------------===> code F.S....[ ] ou NA

RÉSERVÉE À L’ENQUÊTEUR

Chef de ménage?

Le regretté est-il chef de ménage ?.............O/N

Si Oui, remplir une fiche changement de chef de ménage