FICHE DÉCÈS

Numéro de fiche: |__|__|__|__|

ROUND N°.....

Enquêteur..... |___|___|

Contrôleur.....
Agent de saisie.....
Date enquête...../...../.....
ID répondant :

|___|___|___|___|___|___| |___|___| |___|___|___|___| |___|___|___|___|.|___|___|___|
x x x x x x x x x H x x x x x x

Identification de la personne décédée

|___|___|___|___|___|___| |___|___| |___|___|___|___| |___|___|___|___|.|___|___|___|
x x x x x x x x x H x x x x x x

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