

## منشور عدد 13 لسنة 2015

الموضوع: حول ضرورة اعتماد الأنموذج الخاص بالشهادة الطبية للوفاة.

المراجع:

- الأمر عدد 1043 لسنة 1999 المؤرخ في 17 ماي 1999 المتعلق بضبط أنموذج الشهادة الطبية للوفاة والبيانات التي يجب أن تتضمنها
- المنشور المشترك بين وزير الصحة العمومية والداخلية عدد 4 بتاريخ 19 جانفي 2000 حول كيفية استعمال الأنموذج الخاص بالشهادة الطبية للوفاة
- منشور وزير الصحة العمومية عدد 1 بتاريخ 3 جانفي 2001
- منشور وزير الصحة العمومية عدد 78 بتاريخ 8 سبتمبر 2001
- منشور وزير الصحة العمومية عدد 5 بتاريخ 21 جانفي 2003
- منشور وزير الصحة العمومية عدد 40 بتاريخ 12 ماي 2004
- منشور وزير الصحة العمومية عدد 39 بتاريخ 9 جوان 2009.

المصاحيب: أنموذج الشهادة الطبية للوفاة.

وبعد، فقد ورد على وزارة الصحة تذرر عدد من المصالح المتعاملة بشهائد الوفاة (البلديات، المعهد الوطني للصحة) بخصوص عدم التزام عدد من أطباء القطاع العام والخاص بالأنموذج الخاص بالشهادة الطبية للوفاة حيث تشكو نسبة كبيرة من شهائد الوفاة المسلمة نقصا كبيرا في البيانات.

وللغرض نذكركم بأن الشهادة الطبية للوفاة تعد وثيقة قانونية بما تحتوي عليه من بيانات يتعين تضمينها وفقا للأنموذج الخاص المرفق بالأمر عدد 1043 لسنة 1999 المؤرخ في 17 ماي 1999 حتى تتمكن المصالح المعنية والمعهد الوطني للصحة من استغلالها لتقييم ومعرفة أسباب الوفاة واقتراح إجراءات كفيلة للحد من المخاطر الصحية التي يمكن أن تؤدي إلى الوفاة.

لذا، يتعين على أطباء القطاع العام والخاص اعتماد الأنموذج الخاص بالشهادة الطبية للوفاة دون غيره عند تحرير شهادات الوفاة والحرص على تعميمها بكل دقة وتضمن كل البيانات المستوجبة قانونا بها كما يتعين على كافة المؤسسات الصحية العمومية والخاصة التزود بانتظام بالأنموذج الخاص بالشهادة الطبية للوفاة و وضعه على ذمة الأطباء.

على أن تؤمن المستشفيات العمومية هذا الأنموذج ووضع بكافة الأقسام لدى ناظر القسم والأقسام الاستعجالية في حين يتولى المجلس الوطني لعمادة الأطباء وضعه على ذمة أطباء القطاع الخاص وتزويدهم بنسخة منه.

ونظرا للأهمية القصوى التي تكتسيها إحصائيات أسباب الوفاة في إرساء وتقييم سياستنا الصحية فإني أذكركم بأن عدم اعتماد هذا الأنموذج في تحرير شهادات الوفاة يعرض الأطباء لعدم قبول الشهادات المسلمة من قبلهم كما أدعوكم إلى التقيد بمقتضيات هذا المنشور.

## وزير الصحة



### المرسل إليهم السادة:

- أعضاء الديوان..... للإعلام.
- المديرون العامون ومديرو الإدارة المركزية..... للإعلام.
- المديرون الجهويون للصحة..... للإعلام والمتابعة.
- المديرون العامون ومديرو المؤسسات الصحية العمومية والخاصة..... للإعلام والمتابعة.
- مدير المعهد الوطني للصحة..... للإعلام والمتابعة.
- رئيس المجلس الوطني لعمادة الأطباء..... للإعلام والمتابعة.
- رؤساء الأقسام الطبية بالمؤسسات الصحية العمومية..... للمتابعة والتنفيذ.
- الكاتب العام لنقابة أطباء الممارسة الحرة..... للمتابعة والتنفيذ.

## شهادة طبية للوفاة

الجمهورية التونسية  
وزارة الصحة العمومية

ورقة مخصصة لمصالح وزارة الصحة العمومية

التعدد الركني للوفاة: / / / / / / / /	
إني الممضي أسأله الدكتور في الطب أشهد أن الوفاة حدثت يوم: ..... على الساعة: ..... (انظر 1 في ظهر الشهادة)	
ماتع طبي شرعي للدفن: <input type="checkbox"/> 1 نعم <input type="checkbox"/> 2 لا (انظر 2 في ظهر الشهادة).	
فرضية وضع الجثة في تابوت منلق: <input type="checkbox"/> 1 نعم <input type="checkbox"/> 2 لا. (انظر 3 في ظهر الشهادة).	
حرر بـ: ..... يوم: ..... على ساعة: *	
الجماعة المحلية: .....	إمضاء (مع ذكر اللقب بوضوح) وختم (إجباري) الطبيب
المعمدية: ..... الولاية: .....	
مسؤول (ة) فسي: / / / / / / / /	
الجنس: <input type="checkbox"/> 1 ذكر <input type="checkbox"/> 2 أنثى	
المهنة: .....	
رقم التسجيل بالمجلس الوطني لمعاداة الأطباء: .....	
مكان مباشرة الطبيب: .....	
هل كان هو الطبيب المباشر: <input type="checkbox"/> 1 نعم <input type="checkbox"/> 2 لا	
سأمت هذه الشهادة بطبيب من عائلة متوفني حسب تصريح السيد(ة): .....	
صاحب(ة) بطاقة تم يب وطنية عدد: .....	
الجماعة المحلية التي حدثت بها الوفاة: .....	* ساعة معية الوفاة
المعمدية: ..... الولاية: .....	

دزم ثان مخصص لمصالح وزارة الصحة العمومية  
معلومات سرية و غير مسماة  
بقي تعبوره بوضوح ثم يطوى من قبل الطبيب

أسباب الوفاة (انظر بعض الأمثلة ظهر الشهادة)	
القسم الأول: الأمراض التي تسببت بصفة مباشرة في حدوث الوفاة:	المدة الفاصلة بين بداية المسار المرضي و حدوث الوفاة (ساعة، يوم، شهر أو سنة)
السننر الأخير الذي تم تعينه يجب أن يطلق السبب الأول:	
أ: .....	
ب: منجرة أو ناجمة عن .....	
ج: منجرة أو ناجمة عن .....	
د: منجرة أو ناجمة عن .....	
* يتعلق الأمر بالحالات أو المضاعفات المرضية أو الحوادث التي نتجت عن حدوث الوفاة (ولا كيفية الوفاة كالإغماء و السكتة القلبية).	
القسم الثاني: الحالات المرضية، الحالات و العوامل الفيزيولوجية (إنحمن) التي ساعدت على حدوث الوفاة و التي لا يمكن ذكرها في القسم الأول.	
.....	
.....	
.....	
معلومات إضافية	
هل الوفاة حدثت عند الحمل (يذكر حتى إذا ثبت أن لا علاقة له بانجامة) أو حدثت على أقصى تقدير: <input type="checkbox"/> 1 نعم <input type="checkbox"/> 2 لا.	
في تلك الحالة، أذكر المدة الفاصلة بين إنتهاء الحمل و حدوث الوفاة: ..... شهر: ..... أيام.	
3 غيبير واضح أو ضح بشفة حدوثه: (الطريق العام، أو ..... هل هو حادث شغل: <input type="checkbox"/> 1 لا <input type="checkbox"/> 2 نعم	
هل وقع أو هل سبق تشريح الجثة: <input type="checkbox"/> 1 لا <input type="checkbox"/> 2 نعم و نتيجة التشريح متوفرة: <input type="checkbox"/> 3 نعم لكن نتيجة التشريح غير متوفرة.	
مكان حدوث الوفاة: <input type="checkbox"/> 1 المنزل <input type="checkbox"/> 2 مؤسسة ليوا، <input type="checkbox"/> 3 حريق إمام <input type="checkbox"/> 4 المستشفى (الذكور) .....	
<input type="checkbox"/> 5 مؤسسة صحية خاصة (الذكور) ..... <input type="checkbox"/> 6 مكان آخر لذكره .....	

## كيفية تعميم الجزء الإداري

1- يجب ذكر تاريخ و ساعة حدوث الوادة أو بصفة تقريبية، لا وجوب لذكر ساعة معاينة الوفاة، في حالة وجود مانع طبي شرعي للدفن، يقع تحديد هذه المعطيات من طريق المعاينة الطبية الشرعية.

2- مانع طبي شرعي : إنتحار أو حالة داء مشتبه فيها، قد يكون مصدرها جريمة، في تلك الحالة، توضع الجثة تحت تصرف العدالة، تعلق كل مراسم الدفن حتى إذن سلطات القضائية (الفصل عـ 48 دد من قانون عـ 3 دد الموزع فـ 1 أوت 1957 مـ و المتعلق بتنظيم الحد : للمدينة).

3- وضع الجثة داخل تابوت مغلق : فإذ منجزة عن أمراض معدية، وبائية أو خصجية (الأمر عـ 1326 دد الموزع فـ 7 جويلية 1997 مـ المتعلق بكيفية إعداد القبور و بضبط ترتيب الدفن و ترتيب إخراج الرفقات أو الجثث). الأمراض المعنوية بالأمر هي : الهيسنة، ه فقدان المناعة (الستيذا)، داء الكلب، إتهاب الكبد الحموي (الفيروسي) (ما عدا الصئف أ المرزك) و الحشى النزفية الحموية (الفيروية).

### كيفية تعميم الجزء الطبي : أمثلة

<p>الفاصل I. أ. خمخ (تعقن) التم 3 ساعات ب. إتهاب الصئق 18 ساعة ج. إنتقاب 3 أيام د. قرح علجي ؟ II كحولية ؟</p>	<p>الفاصل I. أ. ميات 12 ساعة ب. ودمة (أردما) مخية 18 ساعة ج. رمسخ جمجمي يومان د. حادث مرور يومان II -</p>	<p>الفاصل I. أ. نزيف مخي ساعة ب. ارتفاع ضغط الدم 15 سنة ج. - د. - II سرطان الثدي ؟</p>
<p>الفاصل I. أ. داء المقرتسات 20 يوما المخي ب. الستيذا 7 شهر ج. - د. - II كلبوزي، مل ؟</p>	<p>الفاصل I. أ. غرق ؟ ب. إنتحار ؟ ج. - د. - II. إيمان المخدرات السامة ؟</p>	<p>الفاصل I. أ. ضيق تنفس 5 دقائق ب. إبتداد وريد رئوي 5 دقائق ج. إتهاب وريد ؟ د. ولادة 16 يوم II درائي ؟</p>

شمادة وفاة

جزء من

لا يفتقر إلى من قبل طبيب يجب التفتحة

المومية



**CERTIFICAT MEDICAL DE DECES**

REPUBLIQUE TUNISIENNE  
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

Premier volet destiné aux Services d'Etat Civil  
A remplir lisiblement par le médecin

RESERVE A LA COLLECTIVITE LOCALE  
N° D'ACTE DU DECES

/ / / / /

NOM : .....

Prénoms : .....

C. I. N. (ou autre pièce d'identité) : .....

Adresse du lieu de résidence principal :

Rue : .....

Collectivité locale : ..... Délégation : ..... Gouvernorat : .....

Né (e) le : / / / / / à .....

Sexe : 1.  M 2.  F

Profession : .....

Etat matrimonial : 1. Célibataire  2. Marié (e)   
3. Veuf (ve)  4. Divorcé (e)

Nationalité : 1. Tunisienne  2.  Autre .....

Collectivité locale lieu de survenue du décès:

Collectivité locale : ..... Délégation : ..... Gouvernorat : .....

Le docteur en médecine soussigné, certifie que la mort de la personne désignée ci-contre, survenue le ..... à ..... heure est réelle et constante (voir 1 au verso).

Obstacle médico-légal à l'inhumation (voir 2 au verso).....  Oui  Non  
Obligation de mise en bière immédiate (voir 3 au verso).....  Oui  Non

A ..... le ..... à ..... heure\*

Signature (Nom lisible) et Cachet (obligatoire) du médecin

N° d'inscription au Conseil National de l'Ordre des Médecins : .....

Lieu d'exercice du médecin : .....

S'agit-il du médecin traitant ? 1  Oui, 2  Non

Ce certificat a été délivré à la demande de la famille du défunt et rédigé selon les déclarations de..... titulaire de la C. I. N. n°.....

\* : Heure du constat du décès

# CERTIFICAT MEDICAL DE DECES

REPUBLIQUE TUNISIENNE  
MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Feuille destinée aux services du Ministère de la Santé Publique

**N° D'ACTE DU DECES**

/ / / / /

Le docteur en médecine soussigné, certifie que la mort est survenue le .../.../... à ... heure (voir 1 au verso).

Obstacle médico-légal à l'inhumation (voir 2 au verso).....  Oui  Non  
Obligation de mise en bière immédiate (voir 3 au verso).....  Oui  Non

A ..... le ..... à ..... heure\*

Signature : (Non lisible) et Cachet (obligatoire) du médecin

Collectivité locale : ..... Délégation : ..... Gouvernorat : .....

Né (e) le : / / à .....

Sexe : 1.  M 2.  F

Profession : .....

Etat matrimonial : 1. Célibataire  2. Marié (e)   
3. Veuf (ve)  4. Divorcé (e)

Nationalité : 1. Tunisienne  2.  Autre .....

Collectivité locale lieu de survenue de décès :

Collectivité locale : ..... Délégation : ..... Gouvernorat : .....

N° d'inscription au Conseil National de l'Ordre des Médecins : .....

Lieu d'exercice du médecin : .....

S'agit-il du médecin traitant ? 1.  Oui, 2.  Non

Ce certificat a été délivré à la demande de la famille ou défunt et rédigé selon les déclarations de ..... titulaire de la C. I. N. n° .....

\* : Heure du constat du décès

**Deuxième volet destiné aux services du Ministère de la Santé Publique**  
**Renseignements confidentiels et anonymes**  
**A remplir lisiblement et à clore par le médecin**

**Cause(s) du décès (voir exemples au verso)**

**PARTIE I :** Maladie(s) ou affection(s) morbide(s) ayant directement provoqué le décès\*  
La dernière ligne remplie doit correspondre à la cause initiale.

Inter-alle entre le début du processus morbide et le décès (heures, jours, mois ou ans).

a : \_\_\_\_\_

due à ou consécutive à : b : \_\_\_\_\_

due à ou consécutive à : c : \_\_\_\_\_

due à ou consécutive à : d : \_\_\_\_\_

\* Il s'agit de la maladie, du traumatisme, de la complication ayant entraîné la mort (et non du mode de décès, ex : syncope, arrêt cardiaque...)

**PARTIE II :** Autres états morbides, facteurs ou états physiologiques (grossesse...) ayant contribué au décès, mais non mentionnés en Partie I.

**Informations complémentaires**

Le décès est-il survenu pendant une grossesse (à déclarer, même si cet état n'a pas continué à la mort) ou moins d'un an après ? 1.  Oui 2.  Non  
Dans ce dernier cas, intervalle entre la fin de cette grossesse et le décès : ..... mois ..... jours

En cas d'accident, préciser le lieu exact de survenue (voie publique, domicile...) S'agit-il d'un accident du travail (ou présumé tel) ?  
1.  Oui 2.  Non 3.  Sans précision

Autopsie : une autopsie a-t-elle été ou sera-t-elle pratiquée ?

1.  Non 2.  Oui et le résultat est disponible

3.  Oui mais le résultat est non disponible

Lieu de décès :

1.  Domicile 2.  Institution 3.  Voie publique

4.  Hôpital 5.  Clinique privée 6.  Autre lieu

lequel ? ..... laquelle ? ..... lequel ? .....

### MODALITES DE REMPLISSAGE DU VOLET ADMINISTRATIF

1. La date et l'heure du décès doivent être précisées, le cas échéant de manière approximative. Ne pas indiquer la date du constat. Toutefois, dans le cas d'un décès présentant un obstacle médico-légal, ces mentions seront confirmées ultérieurement par l'expertise médico-légale.

2. Obstacle médico-légal : Suicide ou décès suspect paraissant avoir sa source dans une infraction. Le corps est alors à la disposition de la justice. Toutes les opérations funéraires sont suspendues jusqu'à autorisation donnée par l'autorité judiciaire (Art. n° 48 de la loi n° 57 - 3 du 1<sup>er</sup> Août 1957 réglementant l'état civil).

3. Mise en bière immédiate : maladies contagieuses, épidémiques ou infectieuses (Décret n° 97 - 1326 du 7 Juillet 1997, relatif aux modalités de préparation des tombes et fixant les règles d'inhumation et d'exhumation des dépouilles mortelles ou des cadavres). Les maladies concernées sont les suivantes : Choléra, rage, sida, hépatites virales sauf hépatite A confirmée et les fièvres hémorragiques virales.

### MODALITES DE REMPLISSAGE DU VOLET MEDICAL : EXEMPLES

Intervalle		Intervalle		Intervalle	
I. a) Hémorragie cérébrale	1 h	I. a) Coma	12 h	I. a) Septicémie	3 h
b) Hypertension	15 a	b) Oedème cérébral	18 h	b) Péritonite	18 h
c)	-	c) Traumatisme crânien	2 j	c) Perforation	3 j
d)	-	d) Accident de la route	2 j	d) Ulcère duodénal	?
II. Cancer du sein	?	II. -	-	II. Alcoolisme	?
Intervalle		Intervalle		Intervalle	
I. a) Détresse respiratoire	5 mn	I. a) Noyade	?	I. a) Toxoplasmose cérébrale	20 j
b) Embolie pulmonaire	5 mn	b) Suicide	?	b) Sida	7 m
c) Phlébite	?	c)	-	c)	-
d) Accouchement	16 j	d)	-	d)	-
II. Varices	?	II. Toxicomanie	?	II. Kaposi, Tuberculose	?

### CERTIFICAT MEDICAL DE DECES VOLET CONFIDENTIEL

NE DOIT ETRE OUVERT QUE PAR LE MEDECIN DE  
LA SANTE PUBLIQUE