

(b)(6)

CERTIFICATE OF DEATH (OVERSEAS) Acte de décès (D'Outre-Mer)					
NAME OF DECEASED (Last, First, Middle) Nom du défunt (Nom et prénoms)		GRADE Grade	BRANCH OF SERVICE Arme	SOCIAL SECURITY NUMBER Numéro de l'Assurance Sociale	
BTB WAHID, ABDUL		CIV			
ORGANIZATION Organisation		NATION (e.g., United States) Pays	DATE OF BIRTH Date de naissance	SEX Sexe	
AFGHANISTAN CIVILIAN		AFGHANISTAN		<input checked="" type="checkbox"/> MALE Masculin <input type="checkbox"/> FEMALE Féminin	
RACE Race		MARITAL STATUS État Civil		RELIGION Culte	
<input checked="" type="checkbox"/> CAUCASOID Caucasienne		<input type="checkbox"/> SINGLE Célibataire	<input type="checkbox"/> DIVORCED Divorcé	<input type="checkbox"/> PROTESTANT Protestant	<input checked="" type="checkbox"/> OTHER (Specify) Autre (Spécifier) UNKNOWN
<input type="checkbox"/> NEGROID Négresse		<input type="checkbox"/> MARRIED Marié	<input type="checkbox"/> SEPARATED Séparé	<input type="checkbox"/> CATHOLIC Catholique	
<input type="checkbox"/> OTHER (Specify) Autre (Spécifier)		<input type="checkbox"/> WIDOWED Veuf		<input type="checkbox"/> JEWISH Juif	
NAME OF NEXT OF KIN Nom du plus proche parent			RELATIONSHIP TO DECEASED Parenté du défunt avec le susdit		
STREET ADDRESS Domicile à (Rue)			CITY OF TOWN AND STATE (Include ZIP Code) Ville (Code postal compris)		
MEDICAL STATEMENT Déclaration médicale					
CAUSE OF DEATH (Enter only one cause per line) Cause de décès (N'indiquer qu'une cause par ligne)					INTERVAL BETWEEN ONSET AND DEATH Intervalle entre l'attaque et le décès
DISEASE OR CONDITION DIRECTLY LEADING TO DEATH ¹ Maladie ou condition directement responsable de la mort. MULTIPLE BLUNT FORCE INJURIES COMPLICATED BY PROBABLE RHABDOMYOLYSIS					
ANTECEDENT CAUSES Symptômes précurseurs de la mort	MORBID CONDITION, IF ANY, LEADING TO PRIMARY CAUSE Condition morbide, s'il y a lieu, menant à la cause primaire				
	UNDERLYING CAUSE, IF ANY, GIVING RISE TO PRIMARY CAUSE Raison fondamentale, s'il y a lieu, ayant suscité la cause primaire				
OTHER SIGNIFICANT CONDITIONS ² Autres conditions significatives					
MODE OF DEATH Condition de décès	AUTOPSY PERFORMED Autopsie effectuée	<input checked="" type="checkbox"/> YES Oui <input type="checkbox"/> NO Non		CIRCUMSTANCES SURROUNDING DEATH DUE TO EXTERNAL CAUSES Circonstances de la mort suscitées par des causes extérieures	
<input type="checkbox"/> NATURAL Mort naturelle	MAJOR FINDINGS OF AUTOPSY Conclusions principales de l'autopsie				
<input type="checkbox"/> ACCIDENT Mort accidentelle					
<input type="checkbox"/> SUICIDE Suicide	NAME OF PATHOLOGIST Nom du pathologiste				
<input checked="" type="checkbox"/> HOMICIDE Homicide	(b)(6)		DATE Date	AVIATION ACCIDENT Accident à Avion	
	(b)(6)		13 NOV 2003	<input type="checkbox"/> YES Oui <input checked="" type="checkbox"/> NO Non	
DATE OF DEATH (Hour, day, month, year) Date de décès (l'heure, le jour, le mois, l'année)		PLACE OF DEATH Lieu de décès			
(b)(6) NOV 2003		HELMAND PROVINCE, AFGHANISTAN			
I HAVE VIEWED THE REMAINS OF THE DECEASED AND DEATH OCCURRED AT THE TIME INDICATED AND FROM THE CAUSES AS STATED ABOVE. J'ai examiné les restes mortels du défunt et je conclus que le décès est survenu à l'heure indiquée et à la suite des causes énumérées ci-dessus.					
NAME OF MEDICAL OFFICER Nom du médecin militaire ou du médecin sanitaire			TITLE OR DEGREE Titre ou diplôme		
(b)(6)			ARMED FORCES REGIONAL MEDICAL EXAMINER		
GRADE Grade	INSTALLATION OR ADDRESS Installation ou adresse				
(b)(6)	DAGDAM AIR FIELD AFGHANISTAN				
DATE Date	(b)(6)				
13 NOV 2003					
¹ State attacks, injuries or complications which ² State conditions contributing to the death ³ Prevenir le risque de la maladie, de la blessure ou de la complication qui a entraîné le décès, mais sans en mentionner les causes, telle qu'un arrêt du cœur, etc. ⁴ Prévenir la condition qui a contribué à la mort, mais n'expliquer aucun rapport avec la maladie ou les conditions qui a provoqué la mort.					