

CERTIFICATE OF DEATH (OVERSEAS) Acte de décès (D'Outre-Mer)			
NAME OF DECEASED (Last, First, Middle) Nom(s) du décès (Nom, prénoms)		GRADE Grade	BRANCH OF SERVICE Armée
BTB Hamed, Salah, Safak			Civilian
SOCIAL SECURITY NUMBER Numéro de l'Assurance Sociale		(b)(6)	
ORGANIZATION Organisation		CITY OR TOWN (if in United States) Ville	DATE OF BIRTH Date de naissance
		Iraq	(b)(6) 1969
SEX Sexe		<input checked="" type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE	
RACE Race	MARRIAGE STATUS Etat Civil		RELIGION Culte
CAUCASOID Caucasien	SINGLE Célibataire		PROTESTANT Protestant
NEGROID Négresse	MARRIED Marié		CATHOLIC Catholique
<input checked="" type="checkbox"/> OTHER Autre (Spécifier)	DIVORCED Divorcé		OTHER (Specify) Autre (Spécifier)
	SEPARATED Séparé		<input checked="" type="checkbox"/>
	ADDED Veuf		JEWISH Juif
NAME OF NEXT OF KIN Nom du plus proche parent		RELATIONSHIP TO DECEASED Parenté au décès (voir le 101)	
STREET ADDRESS Adresse à l'adresse		CITY OR TOWN OR STATE Ville (Code postal compris)	
MEDICAL STATEMENT Déclaration médicale			
CAUSE OF DEATH Cause du décès (Nécessaire d'une cause désignée)			INTERVAL BETWEEN ONSET AND DEATH Intervalle entre l'attaque et le décès
CAUSE OF DEATH Cause du décès (Nécessaire d'une cause désignée)			
DISEASE OR CONDITION DIRECTLY LEADING TO DEATH Maladie ou condition directement responsable de la mort		Complications of gunshot wound of abdomen and right leg	
IMMEDIATE CAUSES Causes immédiates	MORBID CONDITION, IF ANY, LEADING TO PRIMARY CAUSE Condition morbide, s'il y a lieu, menant à la cause primaire		
SYMPTOMS Symptômes	UNDERLYING CAUSE, IF ANY, DIVING FROM PRIMARY CAUSE Condition morbide, s'il y a lieu, menant à la cause primaire		
OTHER SIGNIFICANT CONDITIONS Autres conditions significatives			
MODE OF DEATH Cause de décès	AUTOPSY PERFORMED Autopsie effectuée		CIRCUMSTANCES SURROUNDING DEATH DUE TO EXTERNAL CAUSES Circonstances de la mort entourées par des causes extérieures
NATURAL Mort naturelle	<input checked="" type="checkbox"/> YES / OUI <input type="checkbox"/> NO / NON		
ACCIDENT Mort accidentelle	MAILED NONOBSOLETE COPY Copie non obsolète déposée		
SUICIDE Suicide	NAME OF SUBSCRIBER Nom du souscripteur		
<input checked="" type="checkbox"/> HOMICIDE Meurtre	(b)(6)		
DATE OF DEATH Date du décès	PLACE OF DEATH Lieu du décès	DATE Date	VIATION ACCIDENT Accident à l'événement
(b)(6) 2006		11 July 2006	<input type="checkbox"/> YES / OUI <input checked="" type="checkbox"/> NO / NON
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 le décès est survenu à l'heure indiquée et de la cause énoncée ci-dessus			
NAME OF MEDICAL OFFICER Nom du médecin militaire ou du médecin militaire		TITLE OR DEGREE Titre ou diplôme	
(b)(6)		Medical Examiner	
GRADE Grade	INSTALLATION OR ADDRESS Installation ou adresse		
(b)(6)	Dover AFB, Dover DE		
DATE Date	(b)(6)		
04 Oct 06			

DD FORM 1 APR 77 2064

REPLACES DA FORM 1365, 1 JAN 72 AND DA FORM 1365 (RIPAS), 26 SEP 75, WHICH ARE OBSOLETE.

MEDCOM 0518