

CERTIFICATE OF DEATH (OVERSEAS) Acte de décès (D'Outre-Mer)			
NAME OF DECEASED (Last, First, Middle) Nom du décédé (Nom et prénoms) <b>BTB Salman, Tha'ir, Kaduri</b>		GRADE Grade	BRANCH OF SERVICE Arme <b>Civilian</b>
ORGANIZATION Organisation		NATION (e.g. United States) Pays <b>Iraq</b>	SOCIAL SECURITY NUMBER Numéro de l'Assurance Social <b>(b)(6)</b>
		DATE OF BIRTH Date de naissance <b>(b)(6) 1953</b>	SEX Sexe <input checked="" type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE
RACE Race	MARITAL STATUS État Civil		RELIGION Culte
<input type="checkbox"/> CAUCASOID Caucasique	<input type="checkbox"/> SINGLE Célibataire	<input type="checkbox"/> DIVORCED Divorcé	<input type="checkbox"/> PROTESTANT Protestant
<input type="checkbox"/> NEGROID Négre	<input type="checkbox"/> MARRIED Marié	<input type="checkbox"/> SEPARATED Séparé	<input type="checkbox"/> CATHOLIC Catholique
<input checked="" type="checkbox"/> OTHER (Specify) Autre (Spécifier)	<input type="checkbox"/> WIDOWED Veuf		<input checked="" type="checkbox"/> OTHER (Specify) Autre (Spécifier)
NAME OF NEXT OF KIN Nom du plus proche parent		RELATIONSHIP TO DECEASED Parenté du décédé avec le sus	
STREET ADDRESS Domicile à (Rue)		CITY OR TOWN OR STATE (Include ZIP Code) Ville (Code postal compris)	
MEDICAL STATEMENT Déclaration médicale			
CAUSE OF DEATH (Enter only one cause per line) Cause du 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 <sup>1</sup> Maladie ou condition directement responsable de la mort			<b>Occlusive Atherosclerotic/Thrombotic Coronary Artery Disease</b>
ANTECEDENT CAUSES Symptômes précurseurs de la mort			<b>Unknown</b>
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 Condition morbide, s'il y a lieu, menant à la cause primaire			
OTHER SIGNIFICANT CONDITIONS <sup>2</sup> Autres conditions significatives <sup>2</sup>			
MODE OF DEATH Condition de décès	AUTOPSY PERFORMED Autopsie effectuée	CIRCUMSTANCES SURROUNDING DEATH DUE TO EXTERNAL CAUSES Circonstances de la mort suscitées par des causes extérieures	
<input checked="" type="checkbox"/> NATURAL Mort naturelle	<input checked="" type="checkbox"/> YES Oui		
<input type="checkbox"/> ACCIDENT Mort accidentelle	<input type="checkbox"/> NO Non		
<input type="checkbox"/> SUICIDE Suicide	NAME OF PATHOLOGIST Nom du pathologiste <b>(b)(6)</b>		
<input type="checkbox"/> HOMICIDE Homicide	SIGNATURE Signature	DATE Date <b>4 June 2006</b>	AVIATION ACCIDENT Accident à Avion <input type="checkbox"/> YES Oui <input checked="" type="checkbox"/> NO Non
DATE OF DEATH (day, month, year) Date de décès (le jour, le mois, l'année) <b>(b)(6) 2006</b>		PLACE OF DEATH Lieu de décès <b>Iraq</b>	
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 dé funt 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 <b>(b)(6)</b>		TITLE OR DEGREE Titre ou diplôme <b>Medical Examiner</b>	
GRADE Grade <b>(b)(6)</b>		INSTALLATION OR ADDRESS Installation ou adresse <b>Dover AFB, Dover DE</b>	
DATE Date		SIGNATURE Signature	

DD FORM 1 APR 77 2064

REPLACES DA FORM 3866, 1 JAN 72 AND DA FORM 3866-R(PAS), 26 SEP 75, WHICH ARE OBSOLETE.

MEDCOM 0579