

ORGANIZATION / Organisation Afghanistan Detainees		NATION (e.g., United States) Afghanistan		DATE OF BIRTH / Date de naissance		SEX / Sexe <input checked="" type="checkbox"/> MALE / Masculin <input type="checkbox"/> FEMALE / Féminin	
RACE / Race <input checked="" type="checkbox"/> CAUCASOID / Caucasiote <input type="checkbox"/> NEGROID / Négrite <input type="checkbox"/> OTHER (Specify) / Autre (Spécifier)		MARITAL STATUS / État civil SINGLE / Célibataire MARRIAGE / Mariage WIDOWED / Veuf		RELIGION / Croyance PROTESTANT / Protestant CATHOLIC / Catholique JEWISH / Juif		OTHER (Specify) / Autre (Spécifier) <b>G</b>	
NAME OF NEXT OF KIN / Nom du plus proche parent		RELATIONSHIP TO DECEASED / Parenté du défunt avec le mort		NAME OF NEXT OF KIN / Nom du plus proche parent		RELATIONSHIP TO DECEASED / Parenté du défunt avec le mort	
STREET ADDRESS / Adresse à l'usage		CITY OR TOWN AND STATE (Include ZIP Code) / Ville (Inclure postal complet)		STREET ADDRESS / Adresse à l'usage		CITY OR TOWN AND STATE (Include ZIP Code) / Ville (Inclure postal complet)	
MEDICAL STATEMENT / Déclaration médicale				MEDICAL STATEMENT / Déclaration médicale			
CAUSE OF DEATH (Enter only one cause per line) Raison de décès (Indiquer qu'une cause par ligne)				CAUSE OF DEATH (Enter only one cause per line) Raison de décès (Indiquer qu'une cause par ligne)			
DISEASE OR CONDITION DIRECTLY LEADING TO DEATH Maladie ou condition directement responsable de la mort				DISEASE OR CONDITION DIRECTLY LEADING TO DEATH Maladie ou condition directement responsable de la mort			
ANTECEDENT CAUSES / Causes antérieures de la mort		MORBID CONDITION, IF ANY, LEADING TO PRIMARY CAUSE / Condition morbide, s'il y a lieu, menant à la cause primaire		ANTECEDENT CAUSES / Causes antérieures de la mort		MORBID CONDITION, IF ANY, LEADING TO PRIMARY CAUSE / Condition morbide, s'il y a lieu, menant à la cause primaire	
OTHER SIGNIFICANT CONDITIONS / Autres conditions significatives		OTHER SIGNIFICANT CONDITIONS / Autres conditions significatives		OTHER SIGNIFICANT CONDITIONS / Autres conditions significatives		OTHER SIGNIFICANT CONDITIONS / Autres conditions significatives	
MODE OF DEATH / Condition de décès		AUTOPSY PERFORMED / Autopsie effectuée		MODE OF DEATH / Condition de décès		AUTOPSY PERFORMED / Autopsie effectuée	
NATURAL / Mort naturelle		YES / OUI		NATURAL / Mort naturelle		YES / OUI	
ACCIDENT / Mort accidentelle		NO / NON		ACCIDENT / Mort accidentelle		NO / NON	
SUICIDE / Suicide		NAME OF PATHOLOGIST / Nom du pathologiste		SUICIDE / Suicide		NAME OF PATHOLOGIST / Nom du pathologiste	
HOMICIDE / Homicide		SIGNATURE / Signature		HOMICIDE / Homicide		SIGNATURE / Signature	
DATE OF DEATH / Date de décès		PLACE OF BIRTH / Lieu de naissance		DATE OF DEATH / Date de décès		PLACE OF BIRTH / Lieu de naissance	
I HAVE VIEWED THE BODY (S) AND DEATH OCCURRED AT THE TIME INDICATED AND FROM THE CAUSES AS STATED ABOVE.		I HAVE VIEWED THE BODY (S) AND DEATH OCCURRED AT THE TIME INDICATED AND FROM THE CAUSES AS STATED ABOVE.		I HAVE VIEWED THE BODY (S) AND DEATH OCCURRED AT THE TIME INDICATED AND FROM THE CAUSES AS STATED ABOVE.		I HAVE VIEWED THE BODY (S) AND DEATH OCCURRED AT THE TIME INDICATED AND FROM THE CAUSES AS STATED ABOVE.	
NAME OF MEDICAL OFFICER / Nom du médecin militaire ou du médecin certifié		TITLE OR DEGREE / Titre ou diplôme		NAME OF MEDICAL OFFICER / Nom du médecin militaire ou du médecin certifié		TITLE OR DEGREE / Titre ou diplôme	
GRADE / Grade		INSTALLATION OR ADDRESS / Installation ou adresse		GRADE / Grade		INSTALLATION OR ADDRESS / Installation ou adresse	
DATE / Date		SIGNATURE / Signature		DATE / Date		SIGNATURE / Signature	

  

ORGANIZATION / Organisation BCP, BAGRAM AIR FIELD, AFGHANISTAN		NATION (e.g., United States) AFGHANISTAN		DATE OF BIRTH / Date de naissance		SEX / Sexe <input checked="" type="checkbox"/> MALE / Masculin <input type="checkbox"/> FEMALE / Féminin	
RACE / Race <input checked="" type="checkbox"/> CAUCASOID / Caucasiote <input type="checkbox"/> NEGROID / Négrite <input checked="" type="checkbox"/> OTHER (Specify) / Autre (Spécifier)		MARITAL STATUS / État civil SINGLE / Célibataire MARRIAGE / Mariage WIDOWED / Veuf		RELIGION / Croyance PROTESTANT / Protestant CATHOLIC / Catholique JEWISH / Juif		OTHER (Specify) / Autre (Spécifier) <b>G</b>	
NAME OF NEXT OF KIN / Nom du plus proche parent		RELATIONSHIP TO DECEASED / Parenté du défunt avec le mort		NAME OF NEXT OF KIN / Nom du plus proche parent		RELATIONSHIP TO DECEASED / Parenté du défunt avec le mort	
STREET ADDRESS / Adresse à l'usage		CITY OR TOWN AND STATE (Include ZIP Code) / Ville (Inclure postal complet)		STREET ADDRESS / Adresse à l'usage		CITY OR TOWN AND STATE (Include ZIP Code) / Ville (Inclure postal complet)	
MEDICAL STATEMENT / Déclaration médicale				MEDICAL STATEMENT / Déclaration médicale			
CAUSE OF DEATH (Enter only one cause per line) Raison de décès (Indiquer qu'une cause par ligne)				CAUSE OF DEATH (Enter only one cause per line) Raison de décès (Indiquer qu'une cause par ligne)			
DISEASE OR CONDITION DIRECTLY LEADING TO DEATH Maladie ou condition directement responsable de la mort				DISEASE OR CONDITION DIRECTLY LEADING TO DEATH Maladie ou condition directement responsable de la mort			
ANTECEDENT CAUSES / Causes antérieures de la mort		MORBID CONDITION, IF ANY, LEADING TO PRIMARY CAUSE / Condition morbide, s'il y a lieu, menant à la cause primaire		ANTECEDENT CAUSES / Causes antérieures de la mort		MORBID CONDITION, IF ANY, LEADING TO PRIMARY CAUSE / Condition morbide, s'il y a lieu, menant à la cause primaire	
OTHER SIGNIFICANT CONDITIONS / Autres conditions significatives		OTHER SIGNIFICANT CONDITIONS / Autres conditions significatives		OTHER SIGNIFICANT CONDITIONS / Autres conditions significatives		OTHER SIGNIFICANT CONDITIONS / Autres conditions significatives	
MODE OF DEATH / Condition de décès		AUTOPSY PERFORMED / Autopsie effectuée		MODE OF DEATH / Condition de décès		AUTOPSY PERFORMED / Autopsie effectuée	
NATURAL / Mort naturelle		YES / OUI		NATURAL / Mort naturelle		YES / OUI	
ACCIDENT / Mort accidentelle		NO / NON		ACCIDENT / Mort accidentelle		NO / NON	
SUICIDE / Suicide		NAME OF PATHOLOGIST / Nom du pathologiste		SUICIDE / Suicide		NAME OF PATHOLOGIST / Nom du pathologiste	
HOMICIDE / Homicide		SIGNATURE / Signature		HOMICIDE / Homicide		SIGNATURE / Signature	
DATE OF DEATH / Date de décès		PLACE OF BIRTH / Lieu de naissance		DATE OF DEATH / Date de décès		PLACE OF BIRTH / Lieu de naissance	
I HAVE VIEWED THE BODY (S) AND DEATH OCCURRED AT THE TIME INDICATED AND FROM THE CAUSES AS STATED ABOVE.				I HAVE VIEWED THE BODY (S) AND DEATH OCCURRED AT THE TIME INDICATED AND FROM THE CAUSES AS STATED ABOVE.			
NAME OF MEDICAL OFFICER / Nom du médecin militaire ou du médecin certifié		TITLE OR DEGREE / Titre ou diplôme		NAME OF MEDICAL OFFICER / Nom du médecin militaire ou du médecin certifié		TITLE OR DEGREE / Titre ou diplôme	
GRADE / Grade		INSTALLATION OR ADDRESS / Installation ou adresse		GRADE / Grade		INSTALLATION OR ADDRESS / Installation ou adresse	
DATE / Date		SIGNATURE / Signature		DATE / Date		SIGNATURE / Signature	

**A1:** Two-font cause of death  
**A2:** One-font cause of death  
**B:** Circumstances of death  
**C:** Date of death

**D:** Location of death  
**E:** Date of finalization  
**F:** Race  
**G:** Religion

**H:** Title of examiner  
**I:** Signature of examiner  
**J:** Location of certification of death

FIGURE 4.1. Dilawar's two death certificates.