

CERTIFICATE OF DEATH (OVERSEAS) Acte de décès (D'Outre-Mer)			
NAME OF DECEASED (Last, First, Middle) (b)(6)-4		GRADE Grade CIVILIAN	BRANCH OF SERVICE Arme N/A
ORGANIZATION Organisation (b)(3)-1 BCP, BAGRAM AIR FIELD, AFGHANISTAN		NATION (e.g., United States) Pays AFGHANISTAN	DATE OF BIRTH Date de naissance AGE APPROX. 35 YRS
RACE Race CAUCASOID Caucasique		MARITAL STATUS État Civil SINGLE Célibataire	RELIGION Culte PROTESTANT Protestant
NEGROID Négroïde		<input checked="" type="checkbox"/> MARRIED Marié	OTHER (Specify) Autre (Spécifier) <input checked="" type="checkbox"/> MUSLIM
<input checked="" type="checkbox"/> OTHER (Specify) Autre (Spécifier)		WIDOWED Veuf	
NAME OF NEXT OF KIN Nom du plus proche parent (b)(6)-4		RELATIONSHIP TO DECEASED Parenté du décédé avec le susdit FATHER	
STREET ADDRESS Domicile à (Rue)		CITY OF TOWN AND STATE (Include ZIP Code) Ville (Code postal compris)	

MEDICAL STATEMENT Declaration 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 ¹ Maladie ou condition directement responsable de la mort. ¹ BLUNT FORCE INJURIES TO LOWER EXREMITIES COMPLICATING CORONARY ARTERY DISEASE			
ANTECEDENT CAUSES	MORBID CONDITION, IF ANY, LEADING TO PRIMARY CAUSE Condition morbide, s'il y a lieu, menant à la cause primaire		
Symptômes précurseurs de la mort.	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 ²			
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	
NATURAL Mort naturelle	MAJOR FINDINGS OF AUTOPSY Conclusions principales de l'autopsie	DECEDENT WAS FOUND UNRESPONSIVE IN HIS CELL WHILE IN CUSTODY	
ACCIDENT Mort accidentelle			
SUICIDE Suicide			
HOMICIDE Homicide	SIGNATURE Signature (b)(6)-2 MAJ, MC, USAF	DATE Date 13 DEC 02	AVIATION ACCIDENT Accident à Avion <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 BCP, BAGRAM AF, 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 (b)(6)-2 LTC (P), MC, USA		TITLE OR DEGREE Titre ou diplôme ARMED FORCES REGIONAL MEDICAL EXAMINER	
GRADE Grade LTC (P)	INSTALLATION OR ADDRESS Installation ou adresse LANDSTUHL REGIONAL MEDICAL CENTER		
DATE Date 13 DEC 02	(b)(6)-2		
¹ State disease, injury or complication which caused death. ² State conditions contributing to the death, but not related to the disease or condition causing death. ¹ Préciser la nature de la maladie, de la blessure ou de la complication qui a contribué à la mort, mais non la manière de mourir, telle qu'un arrêt du coeur, etc. ² Préciser la condition qui a contribué à la mort, mais n'ayant aucun rapport avec la maladie ou à la condition qui a provoqué la mort.			

DD FORM 2064, APR 1977

REPLACES DA FORM 3565, 1 JAN 1972 AND DA FORM 3565-R(PAS), 26 SEP 1975, WHICH ARE OBSOLETE.

USAPA V1.00

MEDCOM - 169

2859183

CERTIFICATE OF DEATH (OVERSEAS)
Acte de décès (D'Outre-Mer)

NAME OF DECEASED (Last, First, Middle) Nom du décédé (Nom et prénoms) p(6)-4		GRADE Grade	BRANCH OF SERVICE Arme	SOCIAL SECURITY NUMBER Numéro de l'Assurance Sociale
ORGANIZATION Organisation Afghanistan Detainee		NATION (e.g., United States) Pays Afghanistan	DATE OF BIRTH Date de naissance	SEX Sexe <input checked="" type="checkbox"/> MALE Masculin <input type="checkbox"/> FEMALE Féminin
RACE Race	MARITAL STATUS État Civil		RELIGION Culte	
<input checked="" type="checkbox"/> CAUCASOID Caucasique	<input type="checkbox"/> SINGLE Célibataire	<input type="checkbox"/> DIVORCED Divorcé	<input type="checkbox"/> PROTESTANT Protestant	<input type="checkbox"/> OTHER (Specify) Autre (Spécifier)
<input type="checkbox"/> NEGROID Negriode	<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 décédé avec le susdit		
STREET ADDRESS Domicile à (Rue)		CITY OR TOWN AND STATE (Include ZIP Code) Ville (Code postal compris)		

MEDICAL STATEMENT Déclaration médicale

CAUSE OF DEATH (Enter only once 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 ¹ Maladie ou condition directement responsable de la mort.		Blunt Force Injuries to Lower Extremities Complicating Coronary Artery Disease
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 ²		

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 p(8)-2 LtCol, MC, USAF	
<input checked="" type="checkbox"/> HOMICIDE Homicide	SIGNATURE s(6)-2	DATE Date 13 Dec 2002
DATE OF DEATH (Hour, day, month, year) Date de décès (l'heure, le jour, le mois, l'année) 0200, 10 Dec 2002	PLACE OF DEATH Lieu de décès Bagram Collection	AVIATION ACCIDENT Accident à Avion <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 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 p(6)-2	TITLE OR DEGREE Titre ou diplôme First Chief Deputy Medical Examiner
GRADE Grade Col	INSTALLATION OR ADDRESS Installation ou adresse Dover AFB, DE 19902
DATE Date 20 May 04	SIGNATURE s(6)-2

¹ State disease, injury or complication which caused death.
² State conditions contributing to the death, but not related to the disease or condition causing death.
1 Préciser la nature de la maladie, de la blessure ou de la complication qui a contribué à la mort, mais non la manière de mourir, telle qu'un arrêt du cœur, etc.
2 Préciser la condition qui a contribué à la mort, mais n'ayant aucun rapport avec la maladie ou à la condition qui a provoqué la mort.

DD FORM 1 APR 77 2064 REPLACES DA FORM 3565, 1 JAN 72 AND DA FORM 3565-R(PAS), 26 SEP 75, WHICH ARE OBSOLETE.

MEDCOM - 170

CERTIFICATE OF DEATH (OVERSEAS) Acte de décès (D'Outre-Mer)					
NAME OF DECEASED (Last, First, Middle) Nom du décédé (Nom et prénoms)		GRADE Grade	BRANCH OF SERVICE Arme	SOCIAL SECURITY NUMBER Numéro de l'Assurance Sociale	
(b)(6)-4		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 Caucasique		<input type="checkbox"/> SINGLE Célibataire		<input type="checkbox"/> PROTESTANT Protestant	
<input type="checkbox"/> NEGROID Négroïde		<input type="checkbox"/> MARRIED Marié		<input type="checkbox"/> CATHOLIC Catholique	
<input type="checkbox"/> OTHER (Specify) Autre (Spécifier)		<input type="checkbox"/> WIDOWED Veuf		<input type="checkbox"/> JEWISH Juif	
				<input checked="" type="checkbox"/> UNKNOWN	
NAME OF NEXT OF KIN Nom du plus proche parent			RELATIONSHIP TO DECEASED Parenté du décédé 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 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 ¹ Maladie ou condition directement responsable de la mort ¹					
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 ²					
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
NATURAL Mort naturelle	MAJOR FINDINGS OF AUTOPSY Conclusions principales de l'autopsie				
ACCIDENT Mort accidentelle					
SUICIDE Suicide	NAME OF PATHOLOGIST Nom du pathologiste				
<input checked="" type="checkbox"/> HOMICIDE Homicide	(b)(6)-2		LTC(P), USA, MC		
DATE OF DEATH (Hour, day, month, year) Date de décès (l'heure, le jour, le mois, l'année)	PLACE OF DEATH Lieu de décès		DATE Date	AVIATION ACCIDENT Accident à Avion	
1430, 6 NOV 2003	HELMAND PROVINCE, AFGHANISTAN		13 NOV 2003	<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 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)-2		LTC(P), USA, MC		ARMED FORCES REGIONAL MEDICAL EXAMINER	
GRADE Grade	INSTALLATION OR ADDRESS Installation ou adresse				
LTC(P) / O-5	BAGRAM AIR FIELD, AFGHANISTAN				
DATE Date	(b)(6)-2				
13 NOV 2003					
¹ State disease, injury or complication which ² State conditions contributing to the death. ¹ Préciser la nature de la maladie, de la blessure ou de la complication qui a contribué à la mort, mais non la manière de mourir, telle qu'un arrêt du cœur, etc. ² Préciser la condition qui a contribué à la mort, mais n'ayant aucun rapport avec la maladie ou à la condition qui a provoqué la mort.					

DD FORM 2064, APR 1977

REPLACES DA FORM 3565, 1 JAN 1972 AND DA FORM 3565-R(PAS), 26 SEP 1975, WHICH ARE OBSOLETE.

USAPA V.1.00

CERTIFICATE OF DEATH (OVERSEAS) Acte de décès (D'Outre-Mer)					
NAME OF DECEASED (Last, First, Middle) Nom du décédé (Nom et prénoms)		GRADE Grade	BRANCH OF SERVICE Arme	SOCIAL SECURITY NUMBER Numéro de l'Assurance Sociale	
(b)(6)-4					
ORGANIZATION Organisation (b)(3)-1		NATION (e.g., United States) Pays	DATE OF BIRTH Date de naissance	SEX Sexe	
BCP, BAGRAM AIR FIELD, AFGHANISTAN		AFGHANISTAN	APPROX 1974	<input checked="" type="checkbox"/> MALE Masculin <input type="checkbox"/> FEMALE Féminin	
RACE Race		MARITAL STATUS État Civil		RELIGION Culte	
CAUCASOID Caucasique		SINGLE Célibataire		PROTESTANT Protestant	
NEGROID Nègre		MARRIED Marié		CATHOLIC Catholique	
<input checked="" type="checkbox"/> OTHER (Specify) Autre (Spécifier) PASHTUN		WIDOWED Veuf		SEPARATED Séparé	
				JEWISH Juif	
NAME OF NEXT OF KIN Nom du plus proche parent (b)(6)-4		RELATIONSHIP TO DECEASED Parenté du décédé avec le susdit			
		FATHER			
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 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 ¹ Maladie ou condition directement responsable de la mort				PULMONARY EMBOLISM DUE TO BLUNT FORCE INJURY TO THE LEGS	
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	
NATURAL Mort naturelle		MAJOR FINDINGS OF AUTOPSY Conclusions principales de l'autopsie		DECEDENT WAS FOUND UNRESPONSIVE IN HIS CELL WHILE IN CUSTODY	
ACCIDENT Mort accidentelle					
SUICIDE Suicide		NAME OF PATHOLOGIST Nom du pathologiste (b)(8)-2 LTC (P), MC, USA			
<input checked="" type="checkbox"/> HOMICIDE Homicide		DATE Date 8 DEC 02		AVIATION ACCIDENT Accident à Avion <input type="checkbox"/> YES Oui <input checked="" type="checkbox"/> NO Non	
DATE OF DEATH (Hour) Date de décès (l'heure)		Lieu de décès			
2014Z, 3 DEC 02		BCP, BAGRAM AF, 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 (b)(8)-2		TITLE OR DEGREE Titre ou diplôme LTC (P), MC, USA ARMED FORCES REGIONAL MEDICAL EXAMINER			
GRADE Grade LTC (P)		INSTALLATION OR ADDRESS Installation ou adresse LANDSTUHL REGIONAL MEDICAL CENTER			
DATE Date 14 DEC 02		(b)(8)-2			
¹ State disease, injury or complication which ² State conditions contributing to the death. It ¹ Préciser la nature de la maladie, de la blessure ou de la complication qui a contribué à la mort, mais non la manière de mourir, telle qu'un arrêt du cœur, etc. ² Préciser la condition qui a contribué à la mort, mais n'ajoutant aucun rapport avec la maladie ou à la condition qui a provoqué la mort.					

CERTIFICATE OF DEATH (OVERSEAS) Acte de décès (D'Outre-Mer)					
NAME OF DECEASED (Last, First, Middle) Nom du décédé (Nom et prénoms) (b)(6)-4		GRADE Grade	BRANCH OF SERVICE Arme	SOCIAL SECURITY NUMBER Numéro de l'Assurance Sociale	
ORGANIZATION Organisation Detainee in Iraq		NATION (e.g., United States) Pays Iraq	DATE OF BIRTH Date de naissance	SEX Sexe <input checked="" type="checkbox"/> MALE Masculin <input type="checkbox"/> FEMALE Féminin	
RACE Race		MARITAL STATUS État Civil		RELIGION Culte	
<input checked="" type="checkbox"/> CAUCASOID Caucasique		<input type="checkbox"/> SINGLE Célibataire	<input type="checkbox"/> DIVORCED Divorcé	<input type="checkbox"/> PROTESTANT Protestant	<input type="checkbox"/> OTHER (Specify) Autre (Spécifier)
<input type="checkbox"/> NEGROID Negriode		<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 décédé avec le susdit		
STREET ADDRESS Domicilé à (Rue)			CITY OR TOWN AND STATE (Include ZIP Code) Ville (Code postal compris)		
MEDICAL STATEMENT Déclaration médicale					
CAUSE OF DEATH (Enter only once 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 ¹ Maladie ou condition directement responsable de la mort		Pending			
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 ²					
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		Mode of Death: Pending		
<input type="checkbox"/> ACCIDENT Mort accidentelle					
<input type="checkbox"/> SUICIDE Suicide					
<input type="checkbox"/> HOMICIDE Homicide	NAME OF PATHOLOGIST Nom du pathologiste (b)(6)-2 LtCol, MC, USAF	SIGNATURE Signature (b)(6)-2	DATE Date 26 Apr 2004	AVIATION ACCIDENT Accident à Avion <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) 05 Apr 2004		PLACE OF DEATH Lieu de décès Iraq			
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)(6)-2			TITLE OR DEGREE Titre ou diplômé First Chief Deputy Medical Examiner		
GRADE Grade Col		INSTALLATION OR ADDRESS Installation ou adresse Dover AFB, DE 19902			
E Date 14 May 04		SIGNATURE Signature (b)(6)-2			
¹ State disease, injury or complication which caused death, but not mode of dying such as heart failure, etc. ² State conditions contributing to the death, but not related to the disease or condition causing death. ¹ Préciser la nature de la maladie, de la blessure ou de la complication qui a contribué à la mort, mais non la manière de mourir, telle qu'un arrêt du cœur, etc. ² Préciser la condition qui a contribué à la mort, mais n'ayant aucun rapport avec la maladie ou à la condition qui a provoqué la mort.					

DD FORM 2064

REPLACES DA FORM 3565, 1 JAN 72 AND DA FORM 3565-R(PAS), 26 SEP 75, WHICH ARE OBSOLETE.

MEDCOM - 173

CERTIFICATE OF DEATH (OVERSEAS) Acte de décès (D'Outre-Mer)			
NAME OF DECEASED (Last, First, Middle) Nom du décédé (Nom et prénoms) (b)(6)-4		GRADE Grade	BRANCH OF SERVICE Arme CIV DETAINEE
ORGANIZATION Organisation DETAINEE NUMBER: (b)(6)-4		NATION (e.g., United States) Pays IRAQ	DATE OF BIRTH Date de naissance
RACE Race		MARITAL STATUS Etat Civil	RELIGION Culte
CAUCASOID Caucasique		SINGLE Célibataire	PROTESTANT Protestant
NEGROID Nègre		MARRIED Marié	CATHOLIC Catholique
OTHER (Specify) Autre (Spécifier) <input checked="" type="checkbox"/>		WIDOWED Veuf	JEWISH Juif
NAME OF NEXT OF KIN Nom du plus proche parent		RELATIONSHIP TO DECEASED Parenté du décédé 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 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 ¹ Maladie ou condition directement responsable de la mort. STRANGULATION			
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	
NATURAL Mort naturelle	MAJOR FINDINGS OF AUTOPSY Conclusions principales de l'autopsie	DECEDENT FOUND UNRESPONSIVE IN OUTSIDE ISOLATION; WHITEHORSE DETAINMENT FACILITY	
ACCIDENT Mort accidentelle			
SUICIDE Suicide			
HOMICIDE Homicide <input checked="" type="checkbox"/>	NAME OF PATHOLOGIST Nom du pathologiste (b)(6)-2 LTC(P), USA, MC	DATE Date 10 JUN 2003	AVIATION ACCIDENT Accident à Avion <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) 1230, 6 JUNE 2003	PLACE OF DEATH Lieu de décès NASYRAH, IRAQ	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 (b)(6)-2	TITLE OR DEGREE Titre ou diplôme LTC(P), USA, MC	ARMED FORCES REGIONAL MEDICAL EXAMINER	
GRADE Grade LTC(P) / O-5	INSTALLATION OR ADDRESS Installation ou adresse LANDSTUHL REGIONAL MEDICAL CENTER, APO AE 09180		
DATE Date 10 JUNE 2003	(b)(6)-2		
¹ State disease, injury or complication which. ² State conditions contributing to the death. ¹ Préciser la nature de la maladie, de la blessure ou de la complication qui a contribué à la mort, mais non la manière de mourir, telle qu'un arrêt du coeur, etc. ² Préciser la condition qui a contribué à la mort, mais n'ayant aucun rapport avec la maladie ou à la condition qui a provoqué la mort.			

CERTIFICATE OF DEATH (OVERSEAS)
Acte de décès (D'Outre-Mer)

NAME OF DECEASED (Last, First, Middle) <i>Nom du décédé (Nom et prénoms)</i> (b)(8)-4		GRADE <i>Grade</i>	BRANCH OF SERVICE <i>Arme</i>	SOCIAL SECURITY NUMBER <i>Numéro de l'Assurance Sociale</i> (b)(6)-4
ORGANIZATION <i>Organisation</i>		NATION (e.g., United States) <i>Pays</i> Iraq	DATE OF BIRTH <i>Date de naissance</i> 01 Jan 1960	SEX <i>Sexe</i> <input checked="" type="checkbox"/> MALE <i>Masculin</i> <input type="checkbox"/> FEMALE <i>Féminin</i>
RACE <i>Race</i>		MARITAL STATUS <i>État Civil</i>		RELIGION <i>Culte</i>
<input checked="" type="checkbox"/> CAUCASOID <i>Caucasique</i>	<input type="checkbox"/> NEGROID <i>Négride</i>	<input type="checkbox"/> SINGLE <i>Célibataire</i>	<input type="checkbox"/> DIVORCED <i>Divorcé</i>	<input type="checkbox"/> PROTESTANT <i>Protestant</i>
<input type="checkbox"/> OTHER (Specify) <i>Autre (Spécifier)</i>	<input type="checkbox"/> MARRIED <i>Marié</i>	<input type="checkbox"/> WIDOWED <i>Veuve</i>	<input type="checkbox"/> SEPARATED <i>Séparé</i>	<input type="checkbox"/> CATHOLIC <i>Catholique</i>
<input type="checkbox"/> OTHER (Specify) <i>Autre (Spécifier)</i>	<input type="checkbox"/> WIDOWED <i>Veuve</i>	<input type="checkbox"/> SEPARATED <i>Séparé</i>	<input type="checkbox"/> JEWISH <i>Juif</i>	<input type="checkbox"/> OTHER (Specify) <i>Autre (Spécifier)</i>
NAME OF NEXT OF KIN <i>Nom du plus proche parent</i>		RELATIONSHIP TO DECEASED <i>Parenté du décédé avec le susdit</i>		
STREET ADDRESS <i>Domicile à (Rue)</i>		CITY OR TOWN AND STATE <i>(Include ZIP Code) Ville (Code postal compris)</i>		

MEDICAL STATEMENT *Déclaration médicale*

CAUSE OF DEATH <i>(Enter only once cause per line)</i> <i>Cause du décès (N'indiquer qu'une cause par ligne)</i>		INTERVAL BETWEEN ONSET AND DEATH <i>Intervalle entre l'attaque et le décès</i>
DISEASE OR CONDITION DIRECTLY LEADING TO DEATH ¹ <i>Maladie ou condition directement responsable de la mort</i> ¹		Multiple gunshot wounds with complications
ANTECEDENT CAUSES <i>Symptômes précurseurs de la mort.</i>		Days
MORBID CONDITION, IF ANY, LEADING TO PRIMARY CAUSE <i>Condition morbide, s'il y a lieu, menant à la cause primaire</i>		
UNDERLYING CAUSE, IF ANY, GIVING RISE TO PRIMARY CAUSE <i>Raison fondamentale, s'il y a lieu, ayant suscité la cause primaire</i>		
OTHER SIGNIFICANT CONDITIONS ² <i>Autres conditions significatives</i> ²		
MODE OF DEATH <i>Condition de décès</i>	AUTOPSY PERFORMED <i>Autopsie effectuée</i> <input checked="" type="checkbox"/> YES <i>Oui</i> <input type="checkbox"/> NO <i>Non</i>	CIRCUMSTANCES SURROUNDING DEATH DUE TO EXTERNAL CAUSES <i>Circonstances de la mort suscitées par des causes extérieures</i>
NATURAL <i>Mort naturelle</i>	MAJOR FINDINGS OF AUTOPSY <i>Conclusions principales de l'autopsie</i>	
ACCIDENT <i>Mort accidentelle</i>		
SUICIDE <i>Suicide</i>		
HOMICIDE <i>Homicide</i>	NAME OF PATHOLOGIST <i>Nom du pathologiste</i> (b)(8)-2 CDR, MC, USN	AVIATION ACCIDENT <i>Accident à Avion</i> <input type="checkbox"/> YES <i>Oui</i> <input checked="" type="checkbox"/> NO <i>Non</i>
DATE OF DEATH <i>(Month, day, year)</i> 28 Apr 2004	PLACE OF DEATH <i>Lieu de décès</i> Baghdad, Iraq	

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 <i>Nom du médecin militaire ou du médecin sanitaire</i> (b)(8)-2	TITLE OR DEGREE <i>Titre ou diplôme</i> Deputy Medical Examiner
GRADE <i>Grade</i> CDR	INSTALLATION OR ADDRESS <i>Installation ou adresse</i> Dover AFB, DE 19902
DATE <i>Date</i> 2 June 04	(b)(8)-2

¹ State disease, injury or complication which caused death.
² State conditions contributing to the death, but not related to the disease or condition causing death.
¹ Préciser la nature de la maladie, de la blessure ou de la complication qui a contribué à la mort, mais non la manière de mourir, telle qu'un arrêt du coeur, etc.
² Préciser la condition qui a contribué à la mort, mais n'ayant aucun rapport avec la maladie ou à la condition qui a provoqué la mort.

CERTIFICATE OF DEATH (OVERSEAS)
Acte de décès (D'Outre-Mer)

NAME OF DECEASED (Last, First, Middle) Nom du décédé (Nom et prénoms) b(6)-4		GRADE Grade	BRANCH OF SERVICE Arme	SOCIAL SECURITY NUMBER Numéro de l'Assurance Sociale b(6)-4
ORGANIZATION Organisation		NATION (e.g., United States) Pays Iraq	DATE OF BIRTH Date de naissance 01 Jan 1929	SEX Sexe <input checked="" type="checkbox"/> MALE Masculin <input type="checkbox"/> FEMALE Féminin
RACE Race		MARITAL STATUS État Civil		RELIGION Culte
<input checked="" type="checkbox"/> CAUCASOID Caucasique	<input type="checkbox"/> NEGROID Negroïde	<input type="checkbox"/> SINGLE Célibataire	<input type="checkbox"/> DIVORCED Divorcé	<input type="checkbox"/> PROTESTANT Protestant
<input type="checkbox"/> OTHER (Specify) Autre (Spécifier)	<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	NAME OF NEXT OF KIN Nom du plus proche parent		RELATIONSHIP TO DECEASED Parenté du décédé avec le susdit	
STREET ADDRESS Domicilé à (Rue)		CITY OR TOWN AND STATE (Include ZIP Code) Ville (Code postal compris)		

MEDICAL STATEMENT Déclaration médicale

CAUSE OF DEATH (Enter only once 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 ¹ Maladie ou condition directement responsable de la mort ¹		Severe atherosclerotic cardiovascular disease Minutes
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 ²		
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 checked="" 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 b(6)-2 CDR, MC, USN	
<input type="checkbox"/> HOMICIDE Homicide	DATE Date 18 May 2004	AVIATION ACCIDENT Accident à Avion <input type="checkbox"/> YES Oui <input checked="" type="checkbox"/> NO Non
DATE OF DEATH (Hour, day) Date de décès (l'heure, le jour) 11 May 2004	PLACE OF DEATH Lieu de décès Baghdad, Iraq	

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(6)-2	TITLE OR DEGREE Titre ou diplôme Deputy Medical Examiner
GRADE Grade CDR	INSTALLATION OR ADDRESS Installation ou adresse Dover AFB, DE 19902
DATE Date 2 June 04	b(6)-2

¹ State disease, injury or complication with etc.
² State conditions contributing to the death, but not related to the disease or condition causing death.
¹ Préciser la nature de la maladie, de la blessure ou de la complication qui a contribué à la mort, mais non la manière de mourir, telle qu'un arrêt du coeur, etc.
² Préciser la condition qui a contribué à la mort, mais n'ayant aucun rapport avec la maladie ou à la condition qui a provoqué la mort.

DD FORM 2064
1 APR 77

REPLACES DA FORM 3565, 1 JAN 72 AND DA FORM 3565-R (PAS), 26 SEP 75, WHICH ARE OBSOLETE.

MEDCOM - 176

CERTIFICATE OF DEATH (OVERSEAS) Acte de décès (D'Outre-Mer)			
NAME OF DECEASED (Last, First, Middle) Nom du décédé (Nom et prénoms) (b)(6)-4		GRADE Grade	BRANCH OF SERVICE Arme
ORGANIZATION Organisation Detainee in Iraq		NATION (e.g., United States) Pays USA	DATE OF BIRTH Date de naissance
RACE Race		MARITAL STATUS État Civil	SEX Sexe
<input checked="" type="checkbox"/> CAUCASOID Caucasique	<input type="checkbox"/> SINGLE Célibataire	<input type="checkbox"/> DIVORCED Divorcé	<input checked="" type="checkbox"/> MALE Masculin
<input type="checkbox"/> NEGROID Negriode	<input type="checkbox"/> MARRIED Marié	<input type="checkbox"/> SEPARATED Séparé	<input type="checkbox"/> FEMALE Féminin
<input type="checkbox"/> OTHER (Specify) Autre (Spécifier)	<input type="checkbox"/> WIDOWED Veuf	<input type="checkbox"/> PROTESTANT Protestant	<input type="checkbox"/> OTHER (Specify) Autre (Spécifier)
<input type="checkbox"/> CATHOLIC Catholique	<input type="checkbox"/> JEWISH Juif		
NAME OF NEXT OF KIN Nom du plus proche parent		RELATIONSHIP TO DECEASED Parenté du décédé avec le susdit	
STREET ADDRESS Domicilié à (Rue)		CITY OR TOWN AND STATE (Include ZIP Code) Ville (Code postal compris)	
MEDICAL STATEMENT Déclaration médicale			
CAUSE OF DEATH (Enter only once 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 ¹ Maladie ou condition directement responsable de la mort.		Blunt force injuries complicated by compromised respiration	
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 ²			
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 (b)(6)-2 CDR MC USN		
<input checked="" type="checkbox"/> HOMICIDE Homicide	DATE Date 09 Nov 2003	AVIATION ACCIDENT Accident à Avion <input type="checkbox"/> YES Oui <input checked="" type="checkbox"/> NO Non	
DATE OF DEATH (Hour, d(b)(6)-2) Date de décès (l'heure, le j (b)(6)-2) (année)	PLACE OF DEATH Lieu de décès Baghdad, Iraq		
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)(6)-2		TITLE OR DEGREE Titre ou diplôme Deputy Medical Examiner	
GRADE Grade CDR	INSTALLATION OR ADDRESS Installation ou adresse Dover AFB, DE 19902		
DATE Date 13 MAY 2004	SIGNATURE (b)(6)-2		
¹ State disease, injury or complication which caused ² State conditions contributing to the death, but not ¹ Préciser la nature de la maladie, de la blessure ou de la complication qui a contribué à la mort, mais non la manière de mourir, telle qu'un arrêt du coeur, etc ² Préciser la condition qui a contribué à la mort, mais n'ayant aucun rapport avec la maladie ou à la condition qui a provoqué la mort.			

DD FORM 2064

REPLACES DA FORM 3565, 1 JAN 72 AND DA FORM 3565-R(PAS), 26 SEP 75, WHICH ARE OBSOLETE.

MEDCOM - 177

CERTIFICATE OF DEATH (OVERSEAS) Acte de décès (D'Outre-Mer)			
NAME OF DECEASED (Last, First, Middle) Nom du décédé (Nom et prénoms) (b)(6)-4		GRADE Grade (b)(6)-4	BRANCH OF SERVICE Arme
ORGANIZATION Organisation Detainee in Iraq		NATION (e.g., United States) Pays Iraq	DATE OF BIRTH Date de naissance
RACE Race		MARITAL STATUS État Civil	RELIGION Culte
<input checked="" type="checkbox"/> CAUCASOID Caucasique	<input type="checkbox"/> SINGLE Célibataire	<input type="checkbox"/> DIVORCED Divorcé	<input type="checkbox"/> PROTESTANT Protestant
<input type="checkbox"/> NEGROID Negriode	<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	<input type="checkbox"/> OTHER (Specify) Autre (Spécifier)
NAME OF NEXT OF KIN Nom du plus proche parent		RELATIONSHIP TO DECEASED Parenté du décédé avec le susdit	
STREET ADDRESS Domicile à (Rue)		CITY OR TOWN AND STATE (Include ZIP Code) Ville (Code postal compris)	
MEDICAL STATEMENT Déclaration médicale			
CAUSE OF DEATH (Enter only once 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 ¹ Maladie ou condition directement responsable de la mort ¹		Asphyxia due to smothering and chest compression	
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 ²			
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			
<input checked="" type="checkbox"/> HOMICIDE Homicide	NAME OF PATHOLOGIST Nom du pathologiste (b)(6)-2 MAJ MC USA (b)(6)-2	DATE Date 02 Dec 2003	AVIATION ACCIDENT Accident à Avion <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) 26 Nov 2003		PLACE OF DEATH Lieu de décès Al Qaim, Iraq	
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 funtel 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)(6)-2		TITLE OR DEGREE Titre ou diplôme Deputy Medical Examiner	
GRADE Grade MAJ	INSTALLATION OR ADDRESS Installation ou adresse Dover AFB, DE 19902		
DATE Date 12 May 2004	(b)(6)-2		
¹ State disease, injury or complication which caused death. ² State conditions contributing to the death, but not the immediate cause. ¹ Préciser la nature de la maladie, de la blessure ou de la complication qui a contribué à la mort, mais non la manière de mourir, telle qu'un arrêt du coeur, etc. ² Préciser la condition qui a contribué à la mort, mais n'ayant aucun rapport avec la maladie ou à la condition qui a provoqué la mort.			

DD FORM 1 APR 77 2064

REPLACES DA FORM 3565, 1 JAN 72 AND DA FORM 3565-R(PAS), 26 SEP 75, WHICH ARE OBSOLETE.

MEDCOM - 178

CERTIFICATE OF DEATH (OVERSEAS) Acte de décès (D'Outre-Mer)			
NAME OF DECEASED (Last, First, Middle) Nom du décédé (Nom et prénoms) (b)(6)-4		GRADE Grade	BRANCH OF SERVICE Arme
ORGANIZATION Organisation Detainee in Iraq		NATION (e.g., United States) Pays Iraq	DATE OF BIRTH Date de naissance
RACE Race		MARITAL STATUS État Civil	SEX Sexe
<input checked="" type="checkbox"/> CAUCASOID Caucasique	<input type="checkbox"/> SINGLE Célibataire	<input type="checkbox"/> DIVORCED Divorcé	<input checked="" type="checkbox"/> MALE Masculin
<input type="checkbox"/> NEGROID Negriode	<input type="checkbox"/> MARRIED Marié	<input type="checkbox"/> SEPARATED Séparé	<input type="checkbox"/> FEMALE Féminin
<input type="checkbox"/> OTHER (Specify) Autre (Spécifier)	<input type="checkbox"/> WIDOWED Veuf	<input type="checkbox"/> PROTESTANT Protestant	<input type="checkbox"/> OTHER (Specify) Autre (Spécifier)
<input type="checkbox"/> CATHOLIC Catholique	<input type="checkbox"/> JEWISH Juif	RELIGION Culte	
NAME OF NEXT OF KIN Nom du plus proche parent		RELATIONSHIP TO DECEASED Parenté du décédé avec le susdit	
STREET ADDRESS Domicilé à (Rue)		CITY OR TOWN AND STATE (Include ZIP Code) Ville (Code postal compris)	
MEDICAL STATEMENT Déclaration médicale			
CAUSE OF DEATH (Enter only once 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 ¹ Maladie ou condition directement responsable de la mort ¹		Closed Head Injury with a Cortical Brain Contusion and Subdural Hematoma	
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 ²			
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			
<input checked="" type="checkbox"/> HOMICIDE Homicide	NAME OF PATHOLOGIST Nom du pathologiste (b)(6)-2 LtCol, MC, USAF	DATE Date 17 Jun 2003	AVIATION ACCIDENT Accident à Avion <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) 13 Jun 2003	PLACE OF DEATH Lieu de décès Iraq		
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)(6)-2		TITLE OR DEGREE Titre ou diplôme First Chief Deputy Medical Examiner	
GRADE Grade LtCol	INSTALLATION OR ADDRESS Installation ou adresse Dover AFB, DE 19902		
DATE Date 14 May 04	SIGNATURE Signature (b)(6)-2		

DD FORM 1 APR 77 2064

REPLACES DA FORM 3565, 1 JAN 72 AND DA FORM 3565-R(PAS), 26 SEP 75, WHICH ARE OBSOLETE.

MEDCOM - 179

CERTIFICATE OF DEATH (OVERSEAS)
Acte de décès (D'Outre-Mer)

NAME OF DECEASED (Last, First, Middle) Nom du décédé (Nom et prénoms) (X)(9)-4		GRADE Grade	BRANCH OF SERVICE Arme	SOCIAL SECURITY NUMBER Numéro de l'Assurance Sociale
ORGANIZATION Organisation Detainee in Iraq		NATION (e.g., United States) Pays Iraq	DATE OF BIRTH Date de naissance 07 Jan 1957	SEX Sexe <input checked="" type="checkbox"/> MALE Masculin <input type="checkbox"/> FEMALE Féminin
RACE Race		MARITAL STATUS État Civil		RELIGION Culte
<input checked="" type="checkbox"/> CAUCASOID Caucasique	<input type="checkbox"/> NEGROID Nègre	<input type="checkbox"/> OTHER (Specify) Autre (Spécifier)	<input type="checkbox"/> SINGLE Célibataire <input type="checkbox"/> MARRIED Marié <input type="checkbox"/> WIDOWED Veuf	<input type="checkbox"/> DIVORCED Divorcé <input type="checkbox"/> SEPARATED Séparé
NAME OF NEXT OF KIN Nom du plus proche parent		RELATIONSHIP TO DECEASED Parenté du décédé avec le susdit		
STREET ADDRESS Domicile à (Rue)		CITY OR TOWN AND STATE (Include ZIP Code) Ville (Code postal compris)		

MEDICAL STATEMENT Déclaration médicale

CAUSE OF DEATH (Enter only once 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 ¹ Maladie ou condition directement responsable de la mort. ¹		Blunt Force Injuries and Asphyxia
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 ²		

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
NATURAL Mort naturelle	MAJOR FINDINGS OF AUTOPSY Conclusions principales de l'autopsie	
ACCIDENT Mort accidentelle		
SUICIDE Suicide	NAME OF PATHOLOGIST Nom du pathologiste (b)(6)-2 CDR, MC, USN	
<input checked="" type="checkbox"/> HOMICIDE Homicide	SIGNA (b)(6)-2	DATE Date 11 Jan 2004
DATE OF DEATH (Hour, day, month, year) Date de décès (l'heure, le jour, le mois, l'année) 09 Jan 2004		AVIATION ACCIDENT Accident à Avion <input type="checkbox"/> YES Oui <input checked="" type="checkbox"/> NO Non
PLACE OF DEATH Lieu de décès Al Asad, Iraq		

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)(6)-2	TITLE OR DEGREE Titre ou diplôme Chief Deputy Medical Examiner
GRADE Grade CDR	INSTALLATION OR ADDRESS Installation ou adresse Dover AFB, DE 19902
DATE Date 13 MAY 2004	SIGNA (b)(6)-2

¹ State disease, injury or complication which caused death.
² State conditions contributing to the death, but not the cause of death.
¹ Préciser la nature de la maladie, de la blessure ou de la complication qui a contribué à la mort, mais non la manière de mourir, telle qu'un arrêt du coeur, etc.
² Préciser la condition qui a contribué à la mort, mais n'ayant aucun rapport avec la maladie ou la condition qui a provoqué la mort.

DD FORM 2064 1 APR 77 **REPLACES DA FORM 3565, 1 JAN 72 AND DA FORM 3565-R(PAS), 26 SEP 75, WHICH ARE OBSOLETE.**

MEDCOM - 180

CERTIFICATE OF DEATH (OVERSEAS) Acte de décès (D'Outre-Mer)			
NAME OF DECEASED (Last, First, Middle) Nom du décédé (Nom et prénoms) (b)(6)-4		GRADE Grade	BRANCH OF SERVICE Arme
ORGANIZATION Organisation Detainee in Iraq		NATION (e.g., United States) Pays Iraq	DATE OF BIRTH Date de naissance
		SEX Sexe <input checked="" type="checkbox"/> MALE Masculin <input type="checkbox"/> FEMALE Féminin	
RACE Race		MARITAL STATUS État Civil	
<input checked="" type="checkbox"/> CAUCASOID Caucasique		<input type="checkbox"/> SINGLE Célibataire	<input type="checkbox"/> DIVORCED Divorcé
<input type="checkbox"/> NEGROID Nègre		<input type="checkbox"/> MARRIED Marié	<input type="checkbox"/> SEPARATED Séparé
<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 décédé avec le susdit	
STREET ADDRESS Domicile à (Rue)		CITY OR TOWN AND STATE (Include ZIP Code) Ville (Code postal compris)	
MEDICAL STATEMENT Déclaration médicale			
CAUSE OF DEATH (Enter only once 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 ¹ Maladie ou condition directement responsable de la mort. ¹			Heat related
ANTECEDENT CAUSES	MORBID CONDITION, IF ANY, LEADING TO PRIMARY CAUSE Condition morbide, s'il y a lieu, menant à la cause primaire		
Symptômes précurseurs de la mort.	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 ²			
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 checked="" type="checkbox"/> ACCIDENT Mort accidentelle			
<input type="checkbox"/> SUICIDE Suicide	NAME OF PATHOLOGIST Nom du pathologiste (b)(6)-2 MAJ, MC, USA		
<input type="checkbox"/> HOMICIDE Homicide	(b)(6)-2	DATE Date 23 Oct 2003	AVIATION ACCIDENT Accident à Avion. <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) 22 Aug 2003		PLACE OF DEATH Lieu de décès Iraq	
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 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)(6)-2		TITLE OR DEGREE Titre ou diplôme Deputy Medical Examiner	
GRADE Grade MAJ	INSTALLATION OR ADDRESS Installation ou adresse Dover AFB, DE 19902		
DATE Date 12 May 2004	(b)(6)-2		
¹ State disease, injury or complication which causes death, but not mode or way such as heart failure, etc. ² State conditions contributing to the death, but not related to the disease or condition causing death. ¹ Préciser la nature de la maladie, de la blessure ou de la complication qui a contribué à la mort, mais non la manière de mourir, telle qu'un arrêt du cœur, etc. ² Préciser la condition qui a contribué à la mort, mais n'ayant aucun rapport avec la maladie ou à la condition qui a provoqué la mort.			

DD FORM 2064
1 APR 77

REPLACES DA FORM 3565, 1 JAN 72 AND DA FORM 3565-R(PAS), 26 SEP 75, WHICH ARE OBSOLETE.

MEDCOM - 181

CERTIFICATE OF DEATH (OVERSEAS) Acte de décès (D'Outre-Mer)			
NAME OF DECEASED (Last, First, Middle) Nom du décédé (Nom et prénoms) (b)(6)-4		GRADE Grade	BRANCH OF SERVICE Arme Iraqi Civilian
ORGANIZATION Organisation Detainee in Iraq		NATION (e.g., United States) Pays Iraq	DATE OF BIRTH Date de naissance
RACE Race		SEX Sexe	
<input checked="" type="checkbox"/> CAUCASOID Caucasique		<input checked="" type="checkbox"/> MALE Masculin	
<input type="checkbox"/> NEGROID Negroïde		<input type="checkbox"/> FEMALE Féminin	
OTHER (Specify) Autre (Spécifier)			
MARITAL STATUS État Civil		RELIGION Culte	
<input checked="" type="checkbox"/> SINGLE Célibataire		<input type="checkbox"/> PROTESTANT Protestant	
<input type="checkbox"/> MARRIED Marié		<input type="checkbox"/> CATHOLIC Catholique	
<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 décédé avec le susdit	
STREET ADDRESS Domicile à (Rue)		CITY OR TOWN AND STATE (Include ZIP Code) Ville (Code postal compris)	
MEDICAL STATEMENT Déclaration médicale			
CAUSE OF DEATH (Enter only once 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 ¹ Maladie ou condition directement responsable de la mort ¹			Atherosclerotic Cardiovascular Disease
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 ²			
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 checked="" 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			
<input type="checkbox"/> HOMICIDE Homicide	NAME OF PATHOLOGIST Nom du pathologiste (b)(6)-2 MAJ, MC, USA	DATE Date 28 Feb 2004	AVIATION ACCIDENT Accident à Avion <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) 08 Feb 2004	PLACE OF DEATH Lieu de décès Tikrit, Iraq		
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 (b)(6)-2		TITLE OR DEGREE Titre ou diplôme Deputy Medical Examiner	
GRADE Grade MAJ	INSTALLATION OR ADDRESS Installation ou adresse Dover AFB, DE 19902		
DATE Date 13 MAY 04	(b)(6)-2		
¹ State disease, injury or complication which caused death, but not mode of dying such as heart failure, etc. ² State conditions contributing to the death, but not related to the disease or condition causing death. ¹ Préciser la nature de la maladie, de la blessure ou de la complication qui a contribué à la mort, mais non la manière de mourir, telle qu'un arrêt du cœur, etc. ² Préciser la condition qui a contribué à la mort, mais n'ayant aucun rapport avec la maladie ou à la condition qui a provoqué la mort.			

DD FORM 2064

REPLACES DA FORM 3565, 1 JAN 72 AND DA FORM 3565-R(PAS), 26 SEP 75, WHICH ARE OBSOLETE.

MEDCOM - 182

CERTIFICATE OF DEATH (OVERSEAS) Acte de décès (D'Outre-Mer)			
NAME OF DECEASED (Last, First, Middle) Nom du défédé (Nom et prénoms) b(6)-4		GRADE Grade	BRANCH OF SERVICE Arme Iraq Civilian
ORGANIZATION Organisation Détainée in Iraq		NATION (e.g., United States) Pays Iraq	DATE OF BIRTH Date de naissance 01 Jan 1950
RACE Race		MARITAL STATUS État Civil	SEX Sexe
<input checked="" type="checkbox"/> CAUCASOID Caucasique	<input type="checkbox"/> SINGLE Célibataire	<input type="checkbox"/> DIVORCED Divorcé	<input checked="" type="checkbox"/> MALE Masculin
<input type="checkbox"/> NEGROID Nègre	<input type="checkbox"/> MARRIED Marié	<input type="checkbox"/> SEPARATED Séparé	<input type="checkbox"/> FEMALE Féminin
<input type="checkbox"/> OTHER (Specify) Autre (Spécifier)	<input type="checkbox"/> WIDOWED Veuf	<input type="checkbox"/> PROTESTANT Protestant	<input type="checkbox"/> OTHER (Specify) Autre (Spécifier)
<input type="checkbox"/> CATHOLIC Catholique	<input type="checkbox"/> JEWISH Juif		
NAME OF NEXT OF KIN Nom du plus proche parent		RELATIONSHIP TO DECEASED Parenté du défédé avec le susdit	
STREET ADDRESS Domicile à (Rue)		CITY OR TOWN AND STATE (Include ZIP Code) Ville (Code postal compris)	
MEDICAL STATEMENT Déclaration médicale			
CAUSE OF DEATH (Enter only once 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 ¹ Maladie ou condition directement responsable de la mort. Acute Peritonitis secondary to Perforating Gastric Ulcer			
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 ²			
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 checked="" 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			
HOMICIDE Homicide	NAME OF PATHOLOGIST Nom du pathologiste b(6)-2 MAJ, MC, USA	DATE Date 28 Feb 2004	AVIATION ACCIDENT Accident à Avion <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) 19 Feb 2004	PLACE OF DEATH Lieu de décès Abu Ghraib Prison, Iraq		
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 défédé et 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(6)-2		TITLE OR DEGREE Titre ou diplôme Deputy Medical Examiner	
GRADE Grade MAJ	INSTALLATION OR ADDRESS Installation ou adresse Dover AFB, DE 19902		
DATE Date 13 MAY 04	b(6)-2		
¹ State disease, injury or complication which caused death, but not mode of dying such as heart failure, etc. ² State conditions contributing to the death, but not related to the disease or condition causing death. ¹ Préciser la nature de la maladie, de la blessure ou de la complication qui a contribué à la mort, mais non la manière de mourir, telle qu'un arrêt du coeur, etc. ² Préciser la condition qui a contribué à la mort, mais n'ayant aucun rapport avec la maladie ou à la condition qui a provoqué la mort.			

DD FORM 1 APR 77 2064

REPLACES DA FORM 3565, 1 JAN 72 AND DA FORM 3565-R(PAS), 26 SEP 75, WHICH ARE OBSOLETE.

MEDCOM - 183

CERTIFICATE OF DEATH (OVERSEAS) Acte de décès (D'Outre-Mer)			
NAME OF DECEASED (Last, First, Middle) Nom du décédé (Nom et prénoms) b)(6)-4		GRADE Grade	BRANCH OF SERVICE Arme
ORGANIZATION Organisation Detainee in Iraq		NATION (e.g., United States) Pays Iraq	DATE OF BIRTH Date de naissance 06 Dec 1948
RACE Race		MARITAL STATUS État Civil	RELIGION Culte
<input checked="" type="checkbox"/> CAUCASOID Caucasique	<input type="checkbox"/> SINGLE Célibataire	<input type="checkbox"/> DIVORCED Divorcé	<input type="checkbox"/> PROTESTANT Protestant
<input type="checkbox"/> NEGROID Negriode	<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	<input type="checkbox"/> OTHER (Specify) Autre (Spécifier)
NAME OF NEXT OF KIN Nom du plus proche parent		RELATIONSHIP TO DECEASED Parenté du décédé avec le susdit	
STREET ADDRESS Domicile à (Rue)		CITY OR TOWN AND STATE (Include ZIP Code) Ville (Code postal compris)	
MEDICAL STATEMENT Déclaration médicale			
CAUSE OF DEATH (Enter only once 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 ¹ Maladie ou condition directement responsable de la mort ¹		Atherosclerotic Cardiovascular Disease	
ANTECEDENT CAUSES	MORBID CONDITION, IF ANY, LEADING TO PRIMARY CAUSE Condition morbide, s'il y a lieu, menant à la cause primaire		
Symptômes précurseurs de la mort.	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 ²			
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 checked="" type="checkbox"/> NATURAL Mort naturelle	MAJOR FINDINGS OF AUTOPSY Conclusions principales de l'autopsie		
<input type="checkbox"/> ACCIDENT Mort accidentelle	NAME OF PATHOLOGIST Nom du pathologiste b)(6)-2 CDR, MC, USN		
<input type="checkbox"/> SUICIDE Suicide	DATE Date 10 Mar 2004	AVIATION ACCIDENT Accident à l'Avion <input type="checkbox"/> YES Oui <input checked="" type="checkbox"/> NO Non	
<input type="checkbox"/> HOMICIDE Homicide	PLACE OF DEATH Lieu de décès Baghdad, Iraq		
DATE OF DEATH (Hour, day) Date de décès (l'heure, le jour) 08 Mar 2004			
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)(6)-2		TITLE OR DEGREE Titre ou diplôme Chief Deputy Medical Examiner	
GRADE Grade CDR	INSTALLATION OR ADDRESS Installation ou adresse Dover AFB, DE 19902		
DATE Date 13 MAY 2004	SIGNATURE b)(6)-2		
¹ State disease, injury or complication which caused ² State conditions contributing to the death, but not re ¹ Préciser la nature de la maladie, de la blessure ou ² Préciser la condition qui a contribué à le mort, mais n'ayant aucun rapport avec la maladie ou à la condition qui a provoqué la mort.			

DD FORM 2064
1 APR 77

REPLACES DA FORM 3565, 1 JAN 72 AND DA FORM 3565-R(PAS), 26 SEP 75, WHICH ARE OBSOLETE.

MEDCOM - 184

CERTIFICATE OF DEATH (OVERSEAS)
Acte de décès (D'Outre-Mer)

NAME OF DECEASED (Last, First, Middle) <i>Nom du décédé (Nom et prénoms)</i> (b)(6)-4		GRADE <i>Grade</i>	BRANCH OF SERVICE <i>Arme</i>	SOCIAL SECURITY NUMBER <i>Numéro de l'Assurance Sociale</i>
ORGANIZATION <i>Organisation</i> Detainee in Iraq		NATION (e.g., United States) <i>Pays</i> Iraq	DATE OF BIRTH <i>Date de naissance</i>	SEX <i>Sexe</i> <input checked="" type="checkbox"/> MALE <i>Masculin</i> <input type="checkbox"/> FEMALE <i>Féminin</i>
RACE <i>Race</i>		MARITAL STATUS <i>État Civil</i>		RELIGION <i>Culte</i>
<input checked="" type="checkbox"/> CAUCASOID <i>Caucasique</i>	<input type="checkbox"/> NEGROID <i>Négride</i>	<input type="checkbox"/> SINGLE <i>Célibataire</i>	<input type="checkbox"/> DIVORCED <i>Divorcé</i>	<input type="checkbox"/> PROTESTANT <i>Protestant</i>
<input type="checkbox"/> OTHER (Specify) <i>Autre (Spécifier)</i>	<input type="checkbox"/> MARRIED <i>Marié</i>	<input type="checkbox"/> SEPARATED <i>Séparé</i>	<input type="checkbox"/> CATHOLIC <i>Catholique</i>	<input type="checkbox"/> OTHER (Specify) <i>Autre (Spécifier)</i>
<input type="checkbox"/> WIDOWED <i>Veuuf</i>	<input type="checkbox"/> JEWISH <i>Juit</i>			
NAME OF NEXT OF KIN <i>Nom du plus proche parent</i>		RELATIONSHIP TO DECEASED <i>Parenté du décédé avec le susdit</i>		
STREET ADDRESS <i>Domicile à (Rue)</i>		CITY OR TOWN AND STATE (Include ZIP Code) <i>Ville (Code postal compris)</i>		

MEDICAL STATEMENT *Déclaration médicale*

CAUSE OF DEATH (Enter only once cause per line) <i>Cause du décès (N'indiquer qu'une cause par ligne)</i>		INTERVAL BETWEEN ONSET AND DEATH <i>Intervalle entre l'attaque et le décès</i>
DISEASE OR CONDITION DIRECTLY LEADING TO DEATH ¹ <i>Maladie ou condition directement responsable de la mort.</i>		
ANTECEDENT CAUSES <i>Symptômes précurseurs de la mort.</i>	MORBID CONDITION, IF ANY, LEADING TO PRIMARY CAUSE <i>Condition morbide, s'il y a lieu, menant à la cause primaire</i>	
	UNDERLYING CAUSE, IF ANY, GIVING RISE TO PRIMARY CAUSE <i>Raison fondamentale, s'il y a lieu, ayant suscité la cause primaire</i>	
OTHER SIGNIFICANT CONDITIONS ² <i>Autres conditions significatives</i>		

MODE OF DEATH <i>Condition de décès</i>	AUTOPSY PERFORMED <i>Autopsie effectuée</i> <input checked="" type="checkbox"/> YES <i>Oui</i> <input type="checkbox"/> NO <i>Non</i>	CIRCUMSTANCES SURROUNDING DEATH DUE TO EXTERNAL CAUSES <i>Circonstances de la mort suscitées par des causes extérieures</i>
<input checked="" type="checkbox"/> NATURAL <i>Mort naturelle</i>	MAJOR FINDINGS OF AUTOPSY <i>Conclusions principales de l'autopsie</i>	
<input type="checkbox"/> ACCIDENT <i>Mort accidentelle</i>		
<input type="checkbox"/> SUICIDE <i>Suicide</i>	NAME OF PATHOLOGIST <i>Nom du pathologiste</i> (b)(6)-2 CAPT, MC, USN	
<input type="checkbox"/> HOMICIDE <i>Homicide</i>	(b)(6)-2	DATE <i>Date</i> 13 Jul 2003
DATE OF DEATH (Hour, d) <i>Date de décès (l'heure, le jour, le mois, l'année)</i> 12 Jul 2003	PLACE OF DEATH <i>Lieu de décès</i> Iraq	AVIATION ACCIDENT <i>Accident à Avion</i> <input type="checkbox"/> YES <i>Oui</i> <input checked="" type="checkbox"/> NO <i>Non</i>

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 <i>Nom du médecin militaire ou du médecin sanitaire</i> (b)(6)-2	TITLE OR DEGREE <i>Titre ou diplôme</i> Armed Forces Medical Examiner
GRADE <i>Grade</i> CDR	INSTALLATION OR ADDRESS <i>Installation ou adresse</i> Dover AFB, DE 19902
DATE <i>Date</i> 14 MAY 04	(b)(6)-2 (b)(6)-2 CDR MC USN AFME

¹ State disease, injury or complication which caused death.
² State conditions contributing to the death, but not related to the disease or condition causing death.
¹ Préciser la nature de la maladie, de la blessure ou de la complication qui a contribué à la mort, mais non la manière de mourir, telle qu'un arrêt du cœur, etc.
² Préciser la condition qui a contribué à la mort, mais n'ayant aucun rapport avec la maladie ou à la condition qui a provoqué la mort.

CERTIFICATE OF DEATH (OVERSEAS) Acte de décès (D'Outre-Mer)			
NAME OF DECEASED (Last, First, Middle) / Nom du décédé (Nom et prénoms) b(6)-4		GRADE / Grade	BRANCH OF SERVICE / Arme
ORGANIZATION / Organisation Detainee in Iraq		NATION (e.g., United States) / Pays Iraq	DATE OF BIRTH / Date de naissance
RACE / Race		MARITAL STATUS / État Civil	
<input checked="" type="checkbox"/> CAUCASOID / Caucasiq	<input type="checkbox"/> SINGLE / Célibataire	<input type="checkbox"/> DIVORCED / Divorcé	RELIGION / Culte
<input type="checkbox"/> NEGROID / Negriode	<input type="checkbox"/> MARRIED / Marié	<input type="checkbox"/> SEPARATED / Séparé	<input type="checkbox"/> PROTESTANT / Protestant
<input type="checkbox"/> OTHER (Specify) / Autre (Spécifier)	<input type="checkbox"/> WIDOWED / Veuf	<input type="checkbox"/> JEWISH / Juif	<input type="checkbox"/> OTHER (Specify) / Autre (Spécifier)
NAME OF NEXT OF KIN / Nom du plus proche parent		RELATIONSHIP TO DECEASED / Parenté du décédé avec le susdit	
STREET ADDRESS / Domicile à (Rue)		CITY OR TOWN AND STATE (include ZIP Code) / Ville (Code postal compris)	
MEDICAL STATEMENT / Déclaration médicale			
CAUSE OF DEATH (Enter only once 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 ¹ Maladie ou condition directement responsable de la mort ¹			Undetermined atraumatic cause
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 ²			
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 checked="" 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 b(x)(6)-2 COL, MC, USA		
<input type="checkbox"/> HOMICIDE / Homicide	b(x)(6)-2	DATE / Date 24 Aug 2003	AVIATION ACCIDENT / Accident à Avion <input type="checkbox"/> YES / Oui <input checked="" type="checkbox"/> NO / Non
DATE OF DEATH (Hour) / Date de décès (l'heure) 07 Aug 2003	PLACE OF DEATH / Lieu de décès Diwania, Iraq		
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(6)-2		TITLE OR DEGREE / Titre ou diplôme Armed Forces Medical Examiner	
GRADE / Grade CDR	INSTALLATION OR ADDRESS / Installation ou adresse Dover AFB, DE 19902		
DATE / Date 14 MAY 04	b(x)(6)-2 CDR MC USA AFME		
¹ State disease, injury or complication which caused death, etc. ² State conditions contributing to the death, but not the manner of death, such as heart failure, etc. ¹ Préciser la nature de la maladie, de la blessure, etc. ² Préciser la condition qui a contribué à la mort, mais n'ayant aucun rapport avec la maladie ou la condition qui a provoqué la mort.			

DD FORM 2064 1 APR 77 REPLACES DA FORM 3565, 1 JAN 72 AND DA FORM 3565-R(PAS), 24 SEP 75, WHICH ARE OBSOLETE.

MEDCOM - 186

CERTIFICATE OF DEATH (OVERSEAS) Acte de décès (D'Outre-Mer)					
NAME OF DECEASED (Last, First, Middle) Nom du décédé (Nom et prénoms) (b)(6)-4		GRADE Grade	BRANCH OF SERVICE Arme	SOCIAL SECURITY NUMBER Numéro de l'Assurance Sociale	
ORGANIZATION Organisation Detainee in Iraq		NATION (e.g., United States) Pays Iraq	DATE OF BIRTH Date de naissance	SEX Sexe <input checked="" type="checkbox"/> MALE Masculin <input type="checkbox"/> FEMALE Féminin	
RACE Race		MARITAL STATUS État Civil		RELIGION Culte	
<input checked="" type="checkbox"/> CAUCASOID Caucasique		<input type="checkbox"/> SINGLE Célibataire	<input type="checkbox"/> DIVORCED Divorcé	<input type="checkbox"/> PROTESTANT Protestant	<input type="checkbox"/> OTHER (Specify) Autre (Spécifier)
<input type="checkbox"/> NEGROID Negriode		<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"/> WIDDED Veuf	<input type="checkbox"/> JEWISH Juif		
NAME OF NEXT OF KIN Nom du plus proche parent			RELATIONSHIP TO DECEASED Parenté du décédé avec le susdit		
STREET ADDRESS Domicile à (Rue)			CITY OR TOWN AND STATE (Include ZIP Code) Ville (Code postal compris)		
MEDICAL STATEMENT Déclaration médicale					
CAUSE OF DEATH (Enter only once 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 ¹ Maladie ou condition directement responsable de la mort ¹		Atherosclerotic cardiovascular disease complicated by diabetes			
ANTECEDENT CAUSES	MORBID CONDITION, IF ANY, LEADING TO PRIMARY CAUSE Condition morbide, s'il y a lieu, menant à la cause primaire				
Symptômes précurseurs de la mort.	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 ²					
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 checked="" 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 (b)(6)-2 COL, MC, USA				
<input type="checkbox"/> HOMICIDE Homicide	S(b)(6)-2	DATE Date 24 Aug 2003	AVIATION ACCIDENT Accident à Avion <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) 08 Aug 2003		PLACE OF DEATH Lieu de décès Abu Ghurayb Prison, Iraq			
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 (b)(6)-2			TITLE OR DEGREE Titre ou diplôme Armed Forces Medical Examiner		
GRADE Grade CDR		INSTALLATION OR ADDRESS Installation ou adresse Dover AFB, DE 19902			
DATE Date 14 MAY 04		CDR MC USN AFME			
¹ State disease, injury or complication which failure, etc. ² State conditions contributing to the death, but not related to the disease or condition causing death. ¹ Préciser la nature de la maladie, de la blessure ou de la complication qui a contribué à la mort, mais non la manière de mourir, telle qu'un arrêt du coeur, etc. ² Préciser la condition qui a contribué à la mort, mais n'ayant aucun rapport avec la maladie ou à la condition qui a provoqué la mort.					

DD FORM 2064

REPLACES DA FORM 3565, 1 JAN 72 AND DA FORM 3565-R (FAS), 26 SEP 75, WHICH ARE OBSOLETE.

MEDCOM - 187

CERTIFICATE OF DEATH (OVERSEAS) Acte de décès (D'Outre-Mer)					
NAME OF DECEASED (Last, First, Middle) Nom du décédé (Nom et prénoms) b(x)(4)		GRADE Grade	BRANCH OF SERVICE Arme	SOCIAL SECURITY NUMBER Numéro de l'Assurance Sociale	
ORGANIZATION Organisation Detainee in Iraq		NATION (e.g., United States) Pays Iraq	DATE OF BIRTH Date de naissance	SEX Sexe <input checked="" type="checkbox"/> MALE Masculin <input type="checkbox"/> FEMALE Féminin	
RACE Race		MARITAL STATUS État Civil		RELIGION Culte	
<input checked="" type="checkbox"/> CAUCASOID Caucasique		<input type="checkbox"/> SINGLE Célibataire	<input type="checkbox"/> DIVORCED Divorcé	<input type="checkbox"/> PROTESTANT Protestant	<input type="checkbox"/> OTHER (Specify) Autre (Spécifier)
<input type="checkbox"/> NEGROID Nègre		<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 décédé avec le susdit		
STREET ADDRESS Domicile à (Rue)			CITY OR TOWN AND STATE (Include ZIP Code) Ville (Code postal compris)		
MEDICAL STATEMENT Déclaration médicale					
CAUSE OF DEATH (Enter only once 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 ¹ Maladie ou condition directement responsable de la mort ¹		Arteriosclerotic cardiovascular disease			
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 ²					
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 checked="" 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 b(x)(2) MAJ, MC, USA				
<input type="checkbox"/> HOMICIDE Homicide	b(x)(2)	DATE Date 23 Aug 2003			
DATE OF DEATH (Hour, Minute, Day, Month, Year) Date de décès (l'heure, le jour, le mois, l'année) 11 Aug 2003		PLACE OF DEATH Lieu de décès Abu Ghraib Prison, Iraq			
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(x)(2)			TITLE OR DEGREE Titre ou diplôme Deputy Medical Examiner		
GRADE Grade MAJ		INSTALLATION OR ADDRESS Installation ou adresse Dover AFB, DE 19902 b(x)(2)			
DATE Date 12 May 2004					
¹ State disease, injury or complication which contributed to the death, but not related to the disease or condition causing death. ² State conditions contributing to the death, but not related to the disease or condition causing death. ¹ Préciser la nature de la maladie, de la blessure ou de la complication qui a contribué à la mort, mais non la manière de mourir, telle qu'un arrêt du coeur, etc. ² Préciser la condition qui a contribué à la mort, mais n'ayant aucun rapport avec la maladie ou à la condition qui a provoqué la mort.					

DD FORM 2064

REPLACES DA FORM 3565, 1 JAN 72 AND DA FORM 3565-R(PAS), 26 SEP 75, WHICH ARE OBSOLETE.

MEDCOM - 188

CERTIFICATE OF DEATH (OVERSEAS) Acte de décès (D'Outre-Mer)			
NAME OF DECEASED (Last, First, Middle) Nom du décédé (Nom et prénoms) (b)(6)-4		GRADE Grade	BRANCH OF SERVICE Arme
ORGANIZATION Organisation Detainee in Iraq		NATION (e.g., United States) Pays Iraq	DATE OF BIRTH Date de naissance
RACE Race		MARITAL STATUS État Civil	SEX Sexe
<input checked="" type="checkbox"/> CAUCASOID Caucasique	<input type="checkbox"/> SINGLE Célibataire	<input type="checkbox"/> DIVORCED Divorcé	<input checked="" type="checkbox"/> MALE Masculin
<input type="checkbox"/> NEGROID Negride	<input type="checkbox"/> MARRIED Marié	<input type="checkbox"/> SEPARATED Séparé	<input type="checkbox"/> FEMALE Féminin
<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 décédé avec le susdit	
STREET ADDRESS Domicile à (Rue)		CITY OR TOWN AND STATE (Include ZIP Code) Ville (Code postal compris)	
MEDICAL STATEMENT Déclaration médicale			
CAUSE OF DEATH (Enter only once 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 ¹ Maladie ou condition directement responsable de la mort ¹		Arteriosclerotic Cardiovascular Disease	
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 ²			
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 checked="" 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			
<input type="checkbox"/> HOMICIDE Homicide	NAME OF PATHOLOGIST Nom du pathologiste (b)(6)-2 MAJ, MC, USA	DATE Date 25 Aug 2003	AVIATION ACCIDENT Accident à Avion <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) 13 Aug 2003		PLACE OF DEATH Lieu de décès Abu Ghraib, Iraq	
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 (b)(6)-2		TITLE OR DEGREE Titre ou diplôme Deputy Medical Examiner	
GRADE Grade MAJ	INSTALLATION OR ADDRESS Installation ou adresse Dover AFB, DE 19902		
DATE Date 12 Aug 2004	(b)(6)-2		
¹ State disease, injury or complication which caused death, but not mode or injury such as heart failure, etc. ² State conditions contributing to the death, but not related to the disease or condition causing death. ¹ Préciser la nature de la maladie, de la blessure ou de la complication qui a contribué à la mort, mais non la manière de mourir, telle qu'un arrêt du coeur, etc. ² Préciser la condition qui a contribué à la mort, mais n'ayant aucun rapport avec la maladie ou à la condition qui a provoqué la mort			

DD FORM 2064
1 APR 77

REPLACES DA FORM 3565, 1 JAN 72 AND DA FORM 3565-R(PAS), 26 SEP 75, WHICH ARE OBSOLETE.

MEDCOM - 189

CERTIFICATE OF DEATH (OVERSEAS) Acte de décès (D'Outre-Mer)			
NAME OF DECEASED (Last, First, Middle) <small>(b)(6)-4</small> Nom du décédé (Nom et prénoms)		GRADE Grade	BRANCH OF SERVICE Arme
ORGANIZATION Organisation Detainee in Iraq		NATION (e.g., United States) Pays Iraq	DATE OF BIRTH Date de naissance
RACE Race		MARITAL STATUS État Civil	RELIGION Culte
<input checked="" type="checkbox"/> CAUCASOID Caucasique	<input type="checkbox"/> SINGLE Célibataire	<input type="checkbox"/> DIVORCED Divorcé	<input type="checkbox"/> PROTESTANT Protestant
<input type="checkbox"/> NEGROID Negriode	<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	<input type="checkbox"/> OTHER (Specify) Autre (Spécifier)
NAME OF NEXT OF KIN Nom du plus proche parent		RELATIONSHIP TO DECEASED Parenté du décédé avec le susdit	
STREET ADDRESS Domicile à (Rue)		CITY OR TOWN AND STATE (Include ZIP Code) Ville (Code postal compris)	
MEDICAL STATEMENT Déclaration médicale			
CAUSE OF DEATH (Enter only once 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 ¹ Maladie ou condition directement responsable de la mort ¹		Arteriosclerotic Cardiovascular Disease	
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 ²			
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 checked="" 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 <small>(b)(6)-2</small> MAJ. MC. USA <small>(b)(6)-2</small>		
<input type="checkbox"/> HOMICIDE Homicide	DATE Date 22 Aug 2003	AVIATION ACCIDENT Accident à Avion <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) 20 Aug 2003	PLACE OF DEATH Lieu de décès Abu Ghraib Prison, Iraq		
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 <small>(b)(6)-2</small>		TITLE OR DEGREE Titre ou diplôme Deputy Medical Examiner	
GRADE Grade MAJ	INSTALLATION OR ADDRESS Installation ou adresse <small>(b)(6)-2</small> Dover AFB, DE 19902		
DATE Date 12 May 2004			

¹ State disease, injury or complication which caused death, but not mode or type of death, e.g., heart failure, etc.
² State conditions contributing to the death, but not related to the disease or condition causing death.
¹ Préciser la nature de la maladie, de la blessure ou de la complication qui a contribué à la mort, mais non la manière de mourir, telle qu'un arrêt du cœur, etc.
² Préciser la condition qui a contribué à la mort, mais n'ayant aucun rapport avec la maladie ou la condition qui a provoqué la mort

DD FORM 2064
1 APR 77

REPLACES DA FORM 3565, 1 JAN 72 AND DA FORM 3565-R(PAS), 26 SEP 75, WHICH ARE OBSOLETE.

MEDCOM - 190

CERTIFICATE OF DEATH (OVERSEAS)
Acte de décès (D'Outre-Mer)

NAME OF DECEASED (Last, First, Middle) Nom du décédé (Nom et prénoms) (b)(6)-4		GRADE Grade	BRANCH OF SERVICE Arme	SOCIAL SECURITY NUMBER Numéro de l'Assurance Sociale
ORGANIZATION Organisation Detainee in Iraq		NATION (e.g., United States) Pays Iraq	DATE OF BIRTH Date de naissance 01 Jan 1941	SEX Sexe <input checked="" type="checkbox"/> MALE Masculin <input type="checkbox"/> FEMALE Féminin
RACE Race		MARITAL STATUS État Civil		RELIGION Culte
<input checked="" type="checkbox"/> CAUCASOID Caucasique	<input type="checkbox"/> NEGROID Negriode	<input type="checkbox"/> SINGLE Célibataire	<input type="checkbox"/> DIVORCED Divorcé	<input type="checkbox"/> PROTESTANT Protestant
<input type="checkbox"/> OTHER (Specify) Autre (Spécifier)	<input type="checkbox"/> MARRIED Marié	<input type="checkbox"/> WIDOWED Veuf	<input type="checkbox"/> SEPARATED Séparé	<input type="checkbox"/> CATHOLIC Catholique
NAME OF NEXT OF KIN Nom du plus proche parent		RELATIONSHIP TO DECEASED Parenté du décédé avec le susdit		
STREET ADDRESS Domicilié à (Rue)		CITY OR TOWN AND STATE (Include ZIP Code) Ville (Code postal compris)		

MEDICAL STATEMENT Déclaration médicale

CAUSE OF DEATH (Enter only once 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 ¹ Maladie ou condition directement responsable de la mort ¹		Atherosclerotic Cardiovascular Disease Resulting in Cardiac Tamponade
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 ²		

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 checked="" type="checkbox"/> NATURAL Mort naturelle	MAJOR FINDINGS OF AUTOPSY Conclusions principales de l'autopsie	
ACCIDENT Mort accidentelle		
SUICIDE Suicide	NAME OF PATHOLOGIST Nom du pathologiste (b)(6)-2 CDR MC USN	
HOMICIDE Homicide	DATE Date 11 Jan 2004	AVIATION ACCIDENT Accident à Avion <input type="checkbox"/> YES Oui <input checked="" type="checkbox"/> NO Non
DATE OF DEATH (Hour) Date de décès (l'heure), 08 Jan 2004	PLACE OF DEATH Lieu de décès Abu Ghraib, Iraq	

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 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)(6)-2	TITLE OR DEGREE Titre ou diplôme Chief Deputy Medical Examiner
GRADE Grade CDR	INSTALLATION OR ADDRESS Installation ou adresse Dover AFB DE 19902
DATE Date 13 MAY 2004	SIC
¹ State disease, injury or complication which caused death ² State conditions contributing to the death, but not the direct cause of death ¹ Préciser la nature de la maladie, de la blessure ou de la complication qui a provoqué la mort. ² Préciser la condition qui a contribué à la mort, mais n'ayant aucun rapport avec la maladie ou à la condition qui a provoqué la mort.	

DD FORM 2064
1 APR 77

REPLACES DA FORM 3565, 1 JAN 72 AND DA FORM 3565-R(PAS), 26 SEP 75, WHICH ARE OBSOLETE.

MEDCOM - 191

CERTIFICATE OF DEATH (OVERSEAS) Acte de décès (D'Outre-Mer)			
NAME OF DECEASED (Last, First, Middle) Nom du décédé (Nom, et prénoms) (b)(6)-4		GRADE Grade	BRANCH OF SERVICE Arme
ORGANIZATION Organisation Detainee in Iraq		NATION (e.g., United States) Pays Iraq	DATE OF BIRTH Date de naissance
RACE Race		MARITAL STATUS État Civil	SEX Sexe
<input checked="" type="checkbox"/> CAUCASOID Caucasique	<input type="checkbox"/> SINGLE Célibataire	<input type="checkbox"/> DIVORCED Divorcé	<input checked="" type="checkbox"/> MALE Masculin
<input type="checkbox"/> NEGROID Negroïde	<input type="checkbox"/> MARRIED Marié	<input type="checkbox"/> SEPARATED Séparé	<input type="checkbox"/> FEMALE Féminin
<input type="checkbox"/> OTHER (Specify) Autre (Spécifier)	<input type="checkbox"/> WIDOWED Veuf	PROTESTANT Protestant	OTHER (Specify) Autre (Spécifier)
NAME OF NEXT OF KIN Nom du plus proche parent		RELATIONSHIP TO DECEASED Parenté du décédé avec le susdit	
STREET ADDRESS Domicilié à (Rue)		CITY OR TOWN AND STATE (Include ZIP Code) Ville (Code postal compris)	
MEDICAL STATEMENT Déclaration médicale			
CAUSE OF DEATH (Enter only once 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 ¹ Maladie ou condition directement responsable de la mort. Myocarditis			
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 checked="" type="checkbox"/> NATURAL Mort naturelle	MAJOR FINDINGS OF AUTOPSY Conclusions principales de l'autopsie		
ACCIDENT Mort accidentelle			
SUICIDE Suicide	NAME OF PATHOLOGIST Nom du pathologiste (b)(6)-2 CAPT, MC, USN		
HOMICIDE Homicide	DATE Date 02 Feb 2004	AVIATION ACCIDENT Accident à Avion <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) 16 Jan 2004	PLACE OF DEATH Lieu de décès Iraq		
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 (b)(6)-2		TITLE OR DEGREE Titre ou diplôme Armed Forces Medical Examiner	
GRADE Grade CDR	INSTALLATION OR ADDRESS Installation ou adresse Dover AFB, DE 19902		
DATE Date 14 JAN 2004	SIGNATURE Signature (b)(6)-2 CAPT MC USN AFME		
¹ State disease, injury or complication which caused death, but not related to the disease or condition causing death. ² State conditions contributing to the death, but not related to the disease or condition causing death. ¹ Préciser la nature de la maladie, de la blessure ou de la complication qui a contribué à la mort, mais non la manière de mourir, telle qu'un arrêt du cœur, etc. ² Préciser la condition qui a contribué à la mort, mais n'ayant aucun rapport avec la maladie ou à la condition qui a provoqué la mort.			

DD FORM 2064 1 APR 77 REPLACES DA FORM 3565, 1 JAN 72 AND DA FORM 3565-R(PAS), 26 SEP 75, WHICH ARE OBSOLETE.

MEDCOM - 192

CERTIFICATE OF DEATH (OVERSEAS)
Acte de décès (D'Outre-Mer)

NAME OF DECEASED (Last, First, Middle) Nom du décédé (Nom et prénoms)		GRADE Grade	BRANCH OF SERVICE Arme	SOCIAL SECURITY NUMBER Numéro de l'Assurance Sociale
(b)(6)-4				
ORGANIZATION Organisation		NATION (e.g., United States) Pays	DATE OF BIRTH Date de naissance	SEX Sexe
(b)(6)-4		IRAQ	UNKNOWN	<input checked="" type="checkbox"/> MALE Masculin <input type="checkbox"/> FEMALE Féminin
RACE Race		MARITAL STATUS Etat Civil		RELIGION Culte
<input checked="" type="checkbox"/> CAUCASOID Caucasiqne		UNKNOWN		UNKNOWN
<input type="checkbox"/> NEGROID Négride		SINGLE Célibataire		PROTESTANT Protestant
<input type="checkbox"/> OTHER (Specify) Autre (Spécifier)		MARRIED Marié		CATHOLIC Catholique
		DIVORCED Divorcé		JEWISH Juif
		WIDOWED Veuf		OTHER (Specify) Autre (Spécifier)
NAME OF NEXT OF KIN Nom du plus proche parent		RELATIONSHIP TO DECEASED Parenté du décédé avec le next of kin		
UNKNOWN				
STREET ADDRESS Domicile à (Rue)		CITY OR TOWN AND STATE (Include ZIP Code) Ville (Code postal compris)		
UNKNOWN				
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'apparition et le décès
DISEASE OR CONDITION DIRECTLY LEADING TO DEATH Maladie ou condition directement responsable de la mort				SECONDS
SHOTGUN WOUNDS OF THE CHEST				
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, menant à la cause primaire			
OTHER SIGNIFICANT CONDITIONS Autres conditions significatives				
MODE OF DEATH Condition de décès	AUTOPSY PERFORMED Autopsie effectuée		CIRCUMSTANCES SURROUNDING DEATH DUE TO EXTERNAL CAUSES Circonstances de la mort survenues par des causes extérieures	
<input type="checkbox"/> NATURAL Mort naturelle	<input checked="" type="checkbox"/> YES Oui <input type="checkbox"/> NO Non			
<input type="checkbox"/> ACCIDENT Mort accidentelle	MAJOR FINDINGS OF AUTOPSY Conclusions principales de l'autopsie			
<input type="checkbox"/> SUICIDE Suicide	(b)(6)-2		CDR, MC, USN	
<input checked="" type="checkbox"/> HOMICIDE Homicide	SI (b)(6)-2		DATE Date	AVIATION ACCIDENT Accident à Avion
			30 AUG 2004	<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)		Lieu de décès		
18 AUGUST 2004		BAGHDAD, IRAQ		
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 certifie 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 qualifié		TITLE OR DEGREE Titre ou diplôme		
(b)(6)-2		CHIEF DEPUTY MEDICAL EXAMINER		
GRADE Grade	INSTALLATION OR ADDRESS Installation ou adresse			
CDR, MC, USN	OFFICE OF THE ARMED FORCES MEDICAL EXAMINER			
DATE Date	SIGNATURE Signature			
30 AUG 2004	(b)(6)-2			
1. State disease, injury or complication which caused death. 2. State conditions contributing to the death, but not the nature of the disease, or the disease itself. 3. Precise the condition which contributed to the death, but not the nature of the disease, or the disease itself.				

DD FORM 2064 APR 77

REPLACES AF FORM 715, MAR 69, WHICH IS OBSOLETE.

Detainee Autopsy Summary

23-Sep-04

04-629 **Death:** 8/18/2004
Date Autopsy **Med. Examiner** **Location** **Autopsy Report:** **Date DC Signed**
8/30/2004 Abu Ghraib Prelim 8/30/2004

Manner: Homicide **COD:** Shotgun wound of the head

Circumstances: A group of prisoners at Abu Ghraib became unruly and the guards used lethal force to subdue the crowd. A shotgun was fired, killing the detainee.

04-630 **Death:** 8/18/2004
Date Autopsy **Med. Examiner** **Location** **Autopsy Report:** **Date DC Signed**
8/30/2004 Abu Ghraib Prelim 8/30/2004

Manner: Homicide **COD:** Shotgun wound of the chest

Circumstances: A group of prisoners at Abu Ghraib became unruly and the guards used lethal force to subdue the crowd. A shotgun was fired, killing the detainee.

04-434 **Death:** 6/14/2004
Date Autopsy **Med. Examiner** **Location** **Autopsy Report:** **Date DC Signed**
6/19/2004 Abu Ghraib Pending 6/23/2004

Manner: Pending **COD:** Pending

Circumstances: Made gasping sounds, found unconscious with no pulse.

04-435 **Death:** 6/10/2004
Date Autopsy **Med. Examiner** **Location** **Autopsy Report:** **Date DC Signed**
6/19/2004 Abu Ghraib Pending 6/23/2004

Manner: Natural **COD:** Atherosclerotic cardiovascular disease

Circumstances: Collapsed while speaking to other detainees.

Thursday, September 23, 2004

Page 1 of 8

Detainee Autopsy Summary

23-Sep-04

04-386 [b)(6)-4] **Death:** 5/22/2004
Date Autopsy Med. Examiner Location Autopsy Report: Date DC Signed
6/1/2004 [b)(6)-2] Abu Ghraib Prelim 6/7/2004

Manner: Natural **COD:** Atherosclerotic cardiovascular disease

Circumstances: Died in US custody

04-387 [b)(6)-4] **Death:** 5/10/2004
Date Autopsy Med. Examiner Location Autopsy Report: Date DC Signed
6/1/2004 [b)(6)-2] Abu Ghraib Prelim 6/14/2004

Manner: Natural **COD:** Peritonitis of undetermined etiology

Circumstances:

04-388 [b)(6)-4] **Death:** 5/24/2004
Date Autopsy Med. Examiner Location Autopsy Report: Date DC Signed
6/1/2004 [b)(6)-2] Balad, Iraq Prelim 6/16/2004

Manner: Homicide **COD:** Gunshot wound of abdomen
(Combat-related)

Circumstances: Iraqi male was shot in a firefight and died of wounds.

04-357 [b)(6)-4] **Death:** 4/28/2004
Date Autopsy Med. Examiner Location Autopsy Report: Date DC Signed
5/18/2004 [b)(6)-2] Baghdad, Ira Prelim 6/2/2004

Manner: Homicide **COD:** Multiple gunshot wounds

Circumstances: Pending

Thursday, September 23, 2004

Page 2 of 8

Detainee Autopsy Summary

23-Sep-04

04-358 (b)(6)-4 Death: 5/11/2004
Date Autopsy Med. Examiner Location Autopsy Report: Date DC Signed
5/18/2004 (b)(6)-2 Abu Ghraib Prelim 6/2/2004

Manner: Natural **COD:** Severe atherosclerotic cardiovascular disease

Circumstances: Suspected MI

04-309 (b)(6)-4 Death: 4/5/2004
Date Autopsy Med. Examiner Location Autopsy Report: Date DC Signed
4/26/2004 (b)(6)-2 LSA Diamon Pending 5/14/2004

Manner: Pending **COD:** Pending

Circumstances: Q by NSWT, struggled/interrogated/died sleeping

04-110 (b)(6)-4 Death: 3/8/2004
Date Autopsy Med. Examiner Location Autopsy Report: Date DC Signed
3/10/2004 (b)(6)-2 Camp Cropp Final 5/13/2004

Manner: Natural **COD:** ASCVD

Circumstances: Reported to medics with chest pain

04-100 (b)(6)-4 Death: 2/7/2004
Date Autopsy Med. Examiner Location Autopsy Report: Date DC Signed
2/28/2004 (b)(6)-2 FOB Ironhor. Prelim 5/13/2004

Manner: Natural **COD:** ASCVD

Circumstances: Found in bed during headcount unresponsive

Detainee Autopsy Summary

23-Sep-04

04-101 (b)(6)-4 **Death:** 2/19/2004
Date Autopsy Med. Examiner Location Autopsy Report: Date DC Signed
2/28/2004 (b)(6)-2 Abu Ghraib Prelim 5/13/2004

Manner: Natural **COD:** Acute Peritonitis secondary to gastric ulcer

Circumstances: Other detainees reported him in distress, unresponsive

04-038 (b)(6)-4 **Death:** 1/16/2004
Date Autopsy Med. Examiner Location Autopsy Report: Date DC Signed
2/2/2004 (b)(6)-2 Abu Ghraib Final 5/14/2004

Manner: Natural **COD:** Myocarditis

Circumstances: Collapsed during morning prayers

04-012 (b)(6)-4 **Death:** 1/8/2004
Date Autopsy Med. Examiner Location Autopsy Report: Date DC Signed
1/11/2004 (b)(6)-2 Abu Ghraib Final 5/13/2004

Manner: Natural **COD:** CV Disease

Circumstances: Brought to MPs by other Iraqis unresponsive

04-014 (b)(6)-4 **Death:** 1/9/2004
Date Autopsy Med. Examiner Location Autopsy Report: Date DC Signed
1/11/2004 (b)(6)-2 FOB Rifles, Final 5/13/2004

Manner: Homicide **COD:** Blunt force injuries & asphyxia

Circumstances: Q. by OGA, gagged in standing restraint

Thursday, September 23, 2004

Page 4 of 8

Detainee Autopsy Summary

23-Sep-04

03-571 **Death:** 11/26/2003
Date Autopsy Med. Examiner Location Autopsy Report: Date DC Signed
12/2/2003 FOB Tiger Final 5/12/2004

Manner: Homicide **COD:** Asphyxia due to smothering & chest compression

Circumstances: Q by MI, died during interrogation

A03-144 **Death:** 6/11/2003
Date Autopsy Med. Examiner Location Autopsy Report: Date DC Signed
11/13/2003 FOB Geresh Final 11/13/2003

Manner: Homicide **COD:** Blunt force injuries complicated by rhabdomyolysis

Circumstances: Found unresponsive while under guard by Afghan Mil forces

03-504 **Death:** 11/4/2003
Date Autopsy Med. Examiner Location Autopsy Report: Date DC Signed
11/9/2003 Abu Ghraib Final 5/13/2004

Manner: Homicide **COD:** Blunt Force Injury complicated by compromised respiration

Circumstances: Q by OGA and NSWT died during interrogation

03-367A **Death:** 8/22/2003
Date Autopsy Med. Examiner Location Autopsy Report: Date DC Signed
10/23/2003 Camp Sathe Final 5/12/2004

Manner: Accident **COD:** Heat Stroke

Circumstances: Found on ground in EPW Camp, Body temp 102

Thursday, September 23, 2004

Page 5 of 8

Detainee Autopsy Summary

23-Sep-04

03-368 [b)(6)-4] **Death:** 8/13/2003
Date Autopsy Med. Examiner Location Autopsy Report: Date DC Signed
8/25/2003 [b)(6)-2] Abu Ghraib Final 5/12/2004

Manner: Natural **COD:** ASCVD

Circumstances: Brought to MPs by other Iraqis unresponsive

03-385 [b)(6)-4] **Death:** 8/7/2003
Date Autopsy Med. Examiner Location Autopsy Report: Date DC Signed
8/24/2003 [b)(6)-2] Diwania, Iraq Final 5/14/2004

Manner: Natural **COD:** Undetermined atraumatic cause

Circumstances: Distress during tranport by 115th MP - later died

03-386 [b)(6)-4] **Death:** 8/8/2003
Date Autopsy Med. Examiner Location Autopsy Report: Date DC Signed
8/24/2003 [b)(6)-2] Abu Ghraib Final 5/14/2004

Manner: Natural **COD:** ASCVD/Diabetes

Circumstances: Chest pain following a fast.

03-369 [b)(6)-4] **Death:** 8/20/2003
Date Autopsy Med. Examiner Location Autopsy Report: Date DC Signed
8/22/2003 [b)(6)-2] Abu Ghraib Final 5/12/2004

Manner: Natural **COD:** ASCVD

Circumstances: Taken to medics gasping for air

Thursday, September 23, 2004

Page 6 of 8

Detainee Autopsy Summary

23-Sep-04

03-366B (b)(6)-4 **Death:** 8/11/2003
Date Autopsy **Med. Examiner** **Location** **Autopsy Report:** **Date DC Signed**
8/11/2003 (b)(6)-2 Abu Ghraib Final 5/12/2004

Manner: Natural **COD:** ASCVD

Circumstances: No history

03-349B (b)(6)-4 **Death:** 7/12/2003
Date Autopsy **Med. Examiner** **Location** **Autopsy Report:** **Date DC Signed**
7/13/2003 (b)(6)-2 Camp Cropp Final 5/14/2004

Manner: Natural **COD:** Massive hemoptysis due to tuberculosis

Circumstances: Pulmonary hemorrhage from TB

03-273 (b)(6)-4 **Death:** 6/13/2003
Date Autopsy **Med. Examiner** **Location** **Autopsy Report:** **Date DC Signed**
6/17/2003 (b)(6)-2 Abu Ghraib Final 5/14/2004

Manner: Homicide **COD:** Closed head injury; Cortical brain contusion and subdural hematoma

Circumstances: Died 12 hrs post escape attempt - subdued by force

A03-051 (b)(6)-4 **Death:** 6/6/2003
Date Autopsy **Med. Examiner** **Location** **Autopsy Report:** **Date DC Signed**
6/10/2003 (b)(6)-2 Nasiriyah, Ir Final 6/10/2003

Manner: Homicide **COD:** Strangulation

Circumstances: Found unresponsive outside isolation unit

Detainee Autopsy Summary

23-Sep-04

A02-095 (b)(6)-4 **Death:** 12/10/2002
Date Autopsy Med. Examiner Location Autopsy Report: Date DC Signed
12/13/2002 (b)(6)-2 Bagram, Afg Final 12/13/2002

Manner: Homicide **COD:** Blunt force injuries to lower extremities complicating coronary artery disease
Circumstances: Found unresponsive in his cell.

A02-093 (b)(6)-4 **Death:** 12/3/2002
Date Autopsy Med. Examiner Location Autopsy Report: Date DC Signed
12/8/2002 (b)(6)-2 Bagram, Afg Final 12/14/2002

Manner: Homicide **COD:** Pulmonary embolism due to blunt force injuries to the legs
Circumstances: Found unresponsive, restrained in his cell

6 "Unnatural Causes"

Case #	Circumstances	Autopsy Done?	Investigation / Disposition
A03-51	1 strangulation Found outside isolation unit	Yes	
03-273	1 closed head injury; Died 12 hrs after escape attempt	Yes	
03-504	1 blunt force trauma and choking Died during interrogation	Yes	
03-571	1 blunt force trauma and choking Died during interrogation	Yes	
04-014	1 blunt force trauma and choking Gagged in standing restraint	Yes	
None	1 gunshot wound to abdomen: "Shot without provocation"	No/hot reported	

- A) Death Certificates: Natural / Iraq 11
- B) Death Certificates: Accident / Iraq 1
- C) Death Certificates: Homicide / Iraq 5
- D) Death Certificates: Pending / Iraq 1
- E) Death Certificates: Homicide / Afghanistan 3
- F) Autopsy Reports: Natural / Iraq 11
- G) Autopsy Reports: Accident / Iraq 1
- H) Autopsy Reports: Homicide / Iraq 5
- I) Autopsy Reports: Homicide / Afghanistan 3