

CERTIFICATE OF DEATH (OVERSEAS) Acte de décès (D'Outre-Mer)			
NAME OF DECEASED (Last, First, Middle) Nom du décédé (Nom et prénoms) B Dilawar,		GRADE Grade	BRANCH OF SERVICE Armée
ORGANIZATION Organisation Afghanistan Detainee		NATION (e.g., United States) Pays Afghanistan	DATE OF BIRTH Date de naissance
RACE Race		MARITAL STATUS Etat Civil	RELIGION Culte
<input checked="" type="checkbox"/> CAUCASOID Caucásique	<input type="checkbox"/> SINGLE Célibataire	<input type="checkbox"/> DIVORCED Divorcé	<input type="checkbox"/> PROTESTANT Protestant
<input type="checkbox"/> NEGROID Négride	<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 suadit	
STREET ADDRESS (Omission à l'usage)		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 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 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 occasionnées 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 Elizabeth A. Rouse, LtCol, MC, USAF		
<input checked="" type="checkbox"/> HOMICIDE Homicide	SIGNATURE Signature	DATE Date 13 Dec 2002	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) 0200, 10 Dec 2002		PLACE OF DEATH Lieu de décès Bagram Collection	
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 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 Elizabeth A. Rouse		TITLE OR DEGREE Titre ou diplôme First Chief Deputy Medical Examiner	
GRADE Grade 1Col	INSTALLATION OR ADDRESS Installation ou adresse Dover AFB, DE 19902		
DATE Date 20 May 04	SIGNATURE Signature		

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.

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
RTB WAHID, ABDUL		CIV		
ORGANIZATION Organisation		NATION (e.g., United States) Pays	DATE OF BIRTH Date de naissance	SEX Sexe
AFGHANISTAN CIVILIAN		AFGHANISTAN		<input checked="" type="checkbox"/> MALE Masculin <input type="checkbox"/> FEMALE Féminin
RACE Race		MARITAL STATUS Etat Civil		RELIGION Culte
<input checked="" type="checkbox"/> CAUCASIAN Caucasoïde		SINGLE Célibataire		PROTESTANT Protestant
NEGROID Négride		MARRIED Marié		CATHOLIC Catholique
OTHER (Specify) Autre (Spécifier)		WIDOWED Veuf		JEWISH Juif
		DIVORCED Divorcé		<input checked="" type="checkbox"/> UNKNOWN
		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 OF TOWN AND STATE (Include ZIP Code) Ville (Code postal compris)		
MEDICAL STATEMENT Description 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 Maladie ou condition directement responsable de la mort:				
MULTIPLE BLUNT FORCE INJURIES COMPLICATED BY PROBABLE RHABDOMYOLYSIS				
ANTECEDENT CAUSES Symptômes précurseurs de la mort.	MORBID CONDITION, IF ANY, LEADING TO PRIMARY CAUSE Condition morbide, s'il y a lieu, menant à la cause primaire			
	UNDERLYING CAUSE, IF ANY, GIVING RISE TO PRIMARY CAUSE Raison fondamentale, s'il y a lieu, ayant suscité la cause primaire			
OTHER SIGNIFICANT CONDITIONS Autres conditions significatives				
MODE OF DEATH Condition de décès	AUTOPSY PERFORMED Autopsie effectuée	CIRCUMSTANCES SURROUNDING DEATH DUE TO EXTERNAL CAUSES Circonstances de la mort liées 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			
	KATHLEEN M. INGWERSEN, LTC(P), USA, MC			
<input checked="" type="checkbox"/> HOMICIDE Homicide	SIGNATURE Signature	DATE Date	AVIATION ACCIDENT Accident à Avion	
	<i>Kathleen M. Ingwersen</i>	13 NOV 2003	<input type="checkbox"/> YES Oui <input checked="" type="checkbox"/> NO Non	
DATE OF DEATH (Hour, day, month, year) Date de décès (l'heure, le jour, le mois, l'année)		PLACE OF DEATH Lieu de décès		
1430, 6 NOV 2003		HELMAND PROVINCE, AFGHANISTAN		
I HAVE VIEWED THE REMAINS OF THE DECEASED AND DEATH OCCURRED AT THE TIME INDICATED AND FROM THE CAUSES AS STATED ABOVE. J'ai examiné les restes mortels du défunt et je conclus que le décès est survenu à l'heure indiquée et à la suite des causes énumérées ci-dessus.				
NAME OF MEDICAL OFFICER Nom du médecin militaire ou du médecin sanitaire		TITLE OR DEGREE Titre ou diplôme		
KATHLEEN M. INGWERSEN, 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	SIGNATURE Signature			
13 NOV 2003	<i>Kathleen M. Ingwersen</i>			
<p>1. This denotes injury or complication which caused death, but not mode of dying such as heart failure, etc.</p> <p>2. State conditions contributing to the death, but not related to the disease or condition causing death.</p> <p>3. Préciser la cause ou le mode 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.</p> <p>4. 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.</p>				

CERTIFICATE OF DEATH (OVERSEAS) Acte de décès (D'Outre-Mer)					
NAME OF DECEASED (Last, First, Middle) ILLAH HABIB		NOM DU DÉCÉDÉ (Nom et prénoms)		GRADE	SOCIAL SECURITY NUMBER
ORGANIZATION BT 412 BCF, BAGRAM AIR FIELD, AFGHANISTAN		NATION (e.g., United States) AFGHANISTAN		DATE OF BIRTH APPROX 1974	SEX <input checked="" type="checkbox"/> MALE Masculin <input type="checkbox"/> FEMALE Féminin
RACE CAUCASOID		MARITAL STATUS SINGLE		RELIGION MUSLIM	
OTHER (Specify) PASHTUN		WIDOWED		OTHER (Specify)	
NAME OF NEXT OF KIN RHAN-GAL		RELATIONSHIP TO DECEASED FATHER			
STREET ADDRESS		CITY OF TOWN AND STATE (Include ZIP Code)			
MEDICAL STATEMENT					
CAUSE OF DEATH (Enter only one cause per line) PULMONARY EMBOLISM DUE TO BLUNT FORCE INJURY TO THE LEGS					INTERVAL BETWEEN ONSET AND DEATH
DISEASE OR CONDITION DIRECTLY LEADING TO DEATH					
ANTECEDENT CAUSES					
OTHER SIGNIFICANT CONDITIONS					
MODE OF DEATH		AUTOPSY PERFORMED		CIRCUMSTANCES SURROUNDING DEATH DUE TO EXTERNAL CAUSES	
<input checked="" type="checkbox"/> HOMICIDE		<input checked="" type="checkbox"/> YES		DECEASED WAS FOUND UNRESPONSIVE IN HIS CELL WHILE IN CUSTODY	
SIGNATURE		DATE		AVIATION ACCIDENT	
<i>Kathleen M. Ingwersen</i>		8 DEC 02		<input type="checkbox"/> YES <input checked="" type="checkbox"/> NO	
DATE OF DEATH		PLACE OF DEATH			
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.					
NAME OF MEDICAL OFFICER		TITLE OR DEGREE			
KATHLEEN M. INGWERSEN, LTC (P), MC, USA		ARMED FORCES REGIONAL MEDICAL EXAMINER			
GRADE		INSTALLATION OR ADDRESS			
LTC (P)		LANDSTUHL REGIONAL MEDICAL CENTER			
DATE		SIGNATURE			
14 DEC 02		<i>Kathleen M. Ingwersen</i>			

DU FORM 2064, APR 1977

REPLACES DA FORM 2064, 1 JAN 1977 AND DA FORM 3565-RIPAS, 26 SEP 1975, WHICH ARE OBSOLETE.

USAPA V1.00