



Ontario

MINISTRY OF PUBLIC AND BUSINESS SERVICE DELIVERY  
Ministère des Services au public et aux entreprises

**APOSTILLE**

(Convention de La Haye du 5 Octobre 1961)

1. Country: / Pays : **Canada**

This public document / Le présent acte public

2. has been signed by / a été signé par

**Notary Public**

3. acting in the capacity of / agissant en  
qualité de

**Notary Public**

4. bears the seal / stamp of / est revêtu du  
sceau / timbre de

**Certified**  
Attesté

5. at / à

**Toronto, Ontario**

6. the / le **2025-10-07**

7. by / par

**Manager Official Documents Services**

8. N° / sous n°

**ON-25-**

9. Seal / stamp / Sceau / timbre :

10. Signature / Signature :



• This Apostille only certifies the signature, the capacity of the signer, and, where appropriate, the seal or stamp it bears. It does not certify the content of the document for which it was issued. Cette Apostille atteste uniquement la véracité de la signature, la qualité en laquelle le signataire de l'acte a agi et, le cas échéant, l'identité du sceau ou timbre dont cet acte est revêtu. Elle ne certifie pas le contenu du document pour lequel elle a été émise.

• This Apostille is not valid for use anywhere within Canada. L'utilisation de cette Apostille n'est pas valable au Canada.

• If this document is to be used in a country which is not party to the Hague Convention of 5 October 1961, it may need to be legalized by a consular office of the country of destination. Si ce document est destiné à un pays non partie à la Convention de La Haye du 5 octobre 1961, il pourrait nécessiter un légalisation par un consulat du pays de destination.

• To verify the issuance of this Apostille, see [[www.officialdocuments.mgcs.gov.on.ca/en-US/validity-check/](https://www.officialdocuments.mgcs.gov.on.ca/en-US/validity-check/)]. Cette Apostille peut être vérifiée à l'adresse suivante : [<https://www.officialdocuments.mgcs.gov.on.ca/fr-FR/validity-check/>]



安大略省

政府和消费者服务部  
总注册官办公室医学死亡证明  
表 16

官方使用

注：对于死产，必须填写表格 8。表格 16 必须由主治医师、验尸官、调查验尸官或注册护士（EC）填写后，才可签发安葬许可证。本表格为永久性法律记录，请用蓝色或黑色墨水笔工整填写。

## 死者信息

1. 姓或婚前姓：		名和中间名：			2. 死亡日期：	
3. 性别：男	4. 年龄：92 岁	5. 如果小于一岁 (月和日)	6. 如果小于一天（小 时和分钟）	7. 孕周	8. 出生体重	
9. 死亡地点（机构名称或地点） 渥太华医院（总院） <input checked="" type="checkbox"/> 医院 <input type="checkbox"/> 长期照料 <input type="checkbox"/> 私人居所 <input type="checkbox"/> 其他（具体说明）						
10. 城市、城镇、村庄或乡镇 渥太华			区域市镇、国家或地区 渥太华—卡尔顿			

## 死亡原因

11. 第一部分		发病与死亡的大致时间间隔
直接死因 (a) 吸入性肺炎		2 天
因或由于		
前因，如果存在 (b)：晚期痴呆症		4 年
因或由于		
基本死因 (c)		
(最后注明) 因或由于		
(d)		
第二部分 导致死亡但未导致第一部分所述基本原因的其他重大情况		

12. 如果死者是女性，那么死亡发生时具有：	<input type="checkbox"/> 怀孕期间	<input type="checkbox"/> 孕期末后 42 天内	<input type="checkbox"/> 孕期末后 43 天至 365 天 *	<input type="checkbox"/> 在过去的一年里没有怀孕	<input type="checkbox"/> 不知道是否在过去一年内怀孕
------------------------	-------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------------------	--

\* (包括人工流产、流产、异位妊娠、死胎或活产)

13. 死者在到达医院时是否死亡？ <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	14. 死亡前 28 天内是否有手术？ <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	15. 手术日期 (年/月/日)
--	--	------------------

16. 需要手术的情况：

尸检详情	17. 进行尸检了吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	18. 上述死因是否符合验尸结果？ <input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	19. 是否稍后提供有关死因的进一步资料？ <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
	20. 如为意外、自杀、凶杀或未确定（请注明）	21. 受伤地点（如家、农场、高速公路等）	22. 受伤日期（年/月/日）
创伤性或暴力死亡（如适用）	23. 受伤是怎么发生的？（描述情况）		

## 证明

通过下面的签名，您证明所提供的信息已根据指示和要求，尽您所知得到了更正。

24. 签名（医师，验尸官，注册护士）	25. 日期（年/月/日） 2025 年 09 月 29 日
26. 姓名（姓，名，中间名或婚前名）	27. 职务： <input checked="" type="checkbox"/> 医师 <input type="checkbox"/> 注册护士 <input type="checkbox"/> 验尸官 <input type="checkbox"/> 验尸官调查员
注册号：	

28. 地址：

## 由分区注册官完成

我确信相应的死亡证明和这份死亡陈述中的信息是正确的，我同意登记死亡特此签名。

签名：	日期（年/月/日）	注册号：	分区登记号码：
-----	-----------	------	---------

仅供总注册官办公室使用



Note: Form 8 must be completed for stillbirths. This Form 16 must be completed by the attending physician, coroner, coroner investigator or RN(EC) before a burial permit can be issued. Please **print** clearly in blue or black ink as this is a permanent legal record.

Office Use Only

**Information About the Deceased**

1. Last name or single name		First and middle names		2. Date of death (yyyy/mm/dd)	
3. Sex M	4. Age 92	5. If under 1 year Months Days	6. If under 1 day Hours Minutes	7. Gestation age	8. Birth weight
9. Place of death (name of facility or location)			<input checked="" type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Long term care <input type="checkbox"/> Private Residence <input type="checkbox"/> Other (specify)		
10. City, town, village or township			Regional municipality, county or district		

**Cause of Death**

11. Part I	I	Approximate interval between onset and death
Immediate cause of death (a)	ASPIRATION PNEUMONIA	2 DAYS
due to, or as a consequence of		
Antecedent causes, if any, (b)	ADVANCED DEMENTIA	4 YEARS
due to, or as a consequence of		
Underlying cause of death (c) (Stated last)	of the original document	
due to, or as a consequence of	Date: 3 <sup>rd</sup> day of Oct, 2025	
(d)		

Part II	II
Other significant conditions contributing to the death but not resulting in the underlying cause given in Part I	

12. If deceased was a female, did the death occur:	<input type="checkbox"/> during pregnancy	<input type="checkbox"/> within 42 days following the end of pregnancy *	<input type="checkbox"/> between 43 days and 365 days following the end of pregnancy *	<input type="checkbox"/> unknown if pregnant within the past year	<input type="checkbox"/> unknown if pregnant within the past year
13. Was the deceased dead on arrival at the hospital?	<input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No	14. Was there a surgical procedure within 28 days of death?	<input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No	15. Date of surgery (yyyy/mm/dd)	
16. Condition necessitating surgery					

Autopsy Particulars	17. Autopsy being held? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No	18. Does the cause of death stated above take account of autopsy findings? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	19. May further information relating to the cause of death be available later? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No		
Traumatic or Violent Death (if applicable)	20. If accident, suicide, homicide or undetermined (specify)	21. Place of injury (e.g. home, farm, highway, etc.)	22. Date of injury (yyyy/mm/dd)		
23. How did injury occur? (describe circumstances)					

**Certification**

By signing below, you certify that the information provided is correct to the best of your knowledge, according to instructions and requirements.

24. Your signature (physician, coroner, RN(EC))	25. Date (yyyy/mm/dd) 2025/10/29
26. Your name (last, first and middle names or single name)	27. Your title: <input checked="" type="checkbox"/> Physician <input type="checkbox"/> RN(EC) <input type="checkbox"/> Coroner <input type="checkbox"/> Coroner Investigator
28. Your address (street number and name, city, province, postal code)	

**To be Completed by the Division Registrar**

By signing below, I am satisfied that the information in this Medical Certificate of Death and in the corresponding Statement of Death is correct and sufficient and I agree to register the death.

Signature	Date (yyyy/mm/dd)	Registration number	Div. reg. code no.
-----------	-------------------	---------------------	--------------------

For the use of the Office of the Registrar General only