

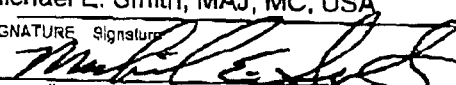
CERTIFICATE OF DEATH (OVERSEAS)

Acte de décès (D'Outre-Mer)

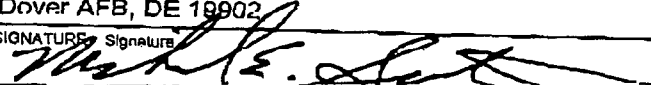
NAME OF DECEASED (Last, First, Middle) <i>Nom du défédé (Nom et prénoms)</i> BTB Mohamed, Tariq, Zaid		GRADE <i>Grade</i>	BRANCH OF SERVICE <i>Arme</i>	SOCIAL SECURITY NUMBER <i>Numéro de l'Assurance Sociale</i>
ORGANIZATION <i>Organisation</i> Detainee in Iraq		NATION (e.g., United States) <i>Pays</i> 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"/> CAUCASIAN <i>Caucasique</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"/> NEGROID <i>Négride</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>Veuf</i>	<input type="checkbox"/> JEWISH <i>Juif</i>		
NAME OF NEXT OF KIN <i>Nom du plus proche parent</i>		RELATIONSHIP TO DECEASED <i>Parenté du défédé 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> Heat related		
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>		

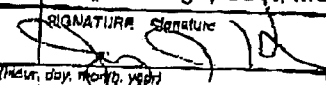
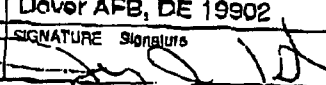
MODE OF DEATH <i>Condition de décès</i>	AUTOPSY PERFORMED <i>Autopsie effectuée</i> <input checked="" type="checkbox"/> YES <i>Oui</i> <input type="checkbox"/> NO <i>Non</i>	CIRCUMSTANCES SURROUNDING DEATH DUE TO EXTERNAL CAUSES <i>Circonstances de la mort suscitées par des causes extérieures</i>
<input type="checkbox"/> NATURAL <i>Mort naturelle</i>	MAJOR FINDINGS OF AUTOPSY <i>Conclusions principales de l'autopsie</i>	
<input checked="" type="checkbox"/> ACCIDENT <i>Mort accidentelle</i>		
<input type="checkbox"/> SUICIDE <i>Suicide</i>	NAME OF PATHOLOGIST <i>Nom du pathologiste</i> Michael E. Smith, MAJ, MC, USA	
<input type="checkbox"/> HOMICIDE <i>Homicide</i>	SIGNATURE <i>Signature</i> 	DATE <i>Date</i> 23 Oct 2003
DATE OF DEATH (Hour, day, month, year) <i>Date de décès (l'heure, le jour, le mois, l'année)</i> 22 Aug 2003		AVIATION ACCIDENT <i>Accident à l'Avion</i> <input type="checkbox"/> YES <i>Oui</i> <input checked="" type="checkbox"/> NO <i>Non</i>
PLACE OF DEATH <i>Lieu de décès</i> 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> Michael E. Smith	TITLE OR DEGREE <i>Titre ou diplôme</i> Deputy Medical Examiner
GRADE <i>Grade</i> MAJ	INSTALLATION OR ADDRESS <i>Installation ou adresse</i> Dover AFB, DE 19902
DATE <i>Date</i> 12 May 2004	SIGNATURE <i>Signature</i> 

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 limited to a 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 le mode 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.

CERTIFICATE OF DEATH (OVERSEAS) Acte de décès (D'Outre-Mer)			
NAME OF DECEASED (Last, First, Middle) Nom du défunt (Nom et prénom) BTB Awad Al-Juwadi, Hussein		GRADE Grade Arme	SOCIAL SECURITY NUMBER Numéro de l'Assurance Sociale US Det 159756
ORGANIZATION Organisation		NATION (e.g., United States) Pays Iraq	DATE OF BIRTH Date de naissance 01 Jan 1929
RACE Race		MARITAL STATUS État Civil	SEX Sexe <input checked="" type="checkbox"/> MALE Masculin <input type="checkbox"/> FEMALE Féminin
<input checked="" type="checkbox"/> CAUCASOID Caucasiqne	<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 défunt avec le suédt	
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 one cause per line) Cause du décès (Indiquer au'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			Severe atherosclerotic cardiovascular disease
DISEASE OR CONDITION DIRECTLY LEADING TO DEATH ¹			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			
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 Jerry J. Hodge, CDR, MC, USN		
<input type="checkbox"/> HOMICIDE Homicide	SIGNATURE Signature 	DATE Date 18 May 2004	AVIATION ACCIDENT Accident à l'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) 11 May 2004		PLACE OF DEATH Lieu du 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 défunct 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 en titre Jerry J. Hodge		TITLE OR DEGREE Titre ou diplôme Deputy Medical Examiner	
GRADE Grade CDR	INSTALLATION OR ADDRESS Installation ou adresse Dover AFB, DE 19902		
DATE Date 21 May 04	SIGNATURE Signature 		
¹ Same disease, injury or complication which caused death, but not mode of dying such as heart failure, etc. ² Same 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 le mode 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 73

REPLACE BY FORM 2044, 1 JAN 78 AND DA FORM 2065-R (P&S), 16 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) BTB Ahmed, Hassan, Ekab		GRADE Grade	BRANCH OF SERVICE Armée Iraqi Civilian	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 Stat 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"/> NEGROIN Négritide	<input type="checkbox"/> MARRIED Marié	<input type="checkbox"/> SEPARATED Séparé	<input type="checkbox"/> OTHER (Specify) Autre (Spécifier)	
<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 sué/ll		
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
Atherosclerotic Cardiovascular Disease		
DISEASE OR CONDITION DIRECTLY LEADING TO DEATH ¹ Maladie ou condition directement responsable de la mort.		
ANTECEDENT CAUSES Symptômes précurseurs de la mort.	MORIBUND 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 causées 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 Louis N. Finelli, MAJ, MC, USA	
<input type="checkbox"/> HOMICIDE Homicide	SIGNATURE Signature <i>[Signature]</i>	DATE Date 28 Feb 2004
DATE OF DEATH (Hour, day, month, year) Date de décès (l'heure, le jour, le mois, l'année) 00 Feb 2004	PLACE OF DEATH Lieu de décès Tikrit, Iraq	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 matériels du défunt et 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 sanitaire LOUIS N. FINELLI	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	SIGNATURE Signature <i>[Signature]</i>

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 le mode 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 REPLACES DA FORM 3565, 1 JAN 72 AND DA FORM 3565-R(US), 26 SEP 75, WHICH ARE OBSOLETE.
 1 APR 77

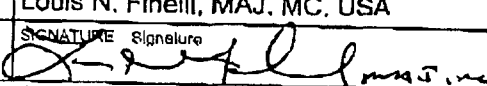
CERTIFICATE OF DEATH (OVERSEAS)

Acte de décès (D'Outre-Mer)

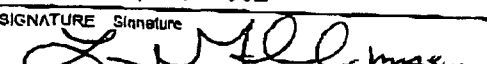
NAME OF DECEASED (Last, First, Middle) Nom du décédé (Nom et prénoms) BTB Abdullah, Saad, Mohammed		GRADE Grade	BRANCH OF SERVICE Armée Iraq Civilian	SOCIAL SECURITY NUMBER Numéro de l'Assurance Sociale
ORGANIZATION Organisation Detainee in Iraq		NATION (e.g., United States) Pays Iraq	DATE OF BIRTH Date de naissance 01 Jan 1950	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 Caucaasique	<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 décès 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 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		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 causé 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 suscités 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 Louis N. Finelli, MAJ, MC, USA	
<input type="checkbox"/> HOMICIDE Homicide	SIGNATURE Signature 	DATE Date 28 Feb 2004
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	AVIATION ACCIDENT Accident à l'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 Louis N. Finelli		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	SIGNATURE Signature 	

- 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 2064

REPLACES DA FORM 3565, 1 JAN 73 AND DA FORM 3565-R(PAS), 26 SEP 75, WHICH ARE OBSOLETE.

CERTIFICATE OF DEATH (OVERSEAS)

Note de décès (D'Ou-c-Mer)

NAME OF DECEASED (Last, First, Middle) Nom du décédé (Nom et prénoms) BTB Basim, Mohammed, Hussain		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 décès 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. Massive hemoptysis due to tuberculosis		
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 Douglas R. Knittel, CAPT, MC, USN	
<input type="checkbox"/> HOMICIDE Homicide	SIGNATURE Signature <i>[Signature]</i>	DATE Date 13 Jul 2003
DATE OF DEATH (hour, day, month, year) Date de décès (l'heure, le jour, le mois, l'année) 12 Jul 2003	PLACE OF DEATH Lieu de décès Iraq	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 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 Craig T. Mallak	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	SIGNATURE Signature <i>[Signature]</i> CDR MC USAF AFMTE

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 le mécanisme de mort, 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.

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

NAME OF DECEASED (Last, First, Middle) *Nom du défédé (Nom et prénom)*
BTB Hamza Hassad, T wfeek Najm, Byaty Al-Zubydy

ORGANIZATION *Organisation*
Detainee in Iraq

NATION *(a.g., United States)*
Iraq

DATE OF BIRTH *Date de naissance*

SEX *Sexe*
 MALE *Masculin*
 FEMALE *Féminin*

RACE *Race*
 CAUCASOID *Caucasique*

MARITAL STATUS *État Civil*
 SINGLE *Célibataire*
 MARRIED *Marié*
 WIDOWED *Veuve*

RELIGION *Culte*
 PROTESTANT *Protestant*
 CATHOLIC *Catholique*
 JEWISH *Juit*
 OTHER (Specify) *Autre (Spécifier)*

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 complet)*

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
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 occasionné la cause primaire

OTHER SIGNIFICANT CONDITIONS ²
Autres conditions significatives

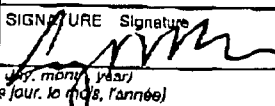
MODE OF DEATH *Condition de décès*
 NATURAL *Mort naturelle*
 ACCIDENT *Mort accidentelle*
 SUICIDE *Suicide*
 HOMICIDE *Homicide*

AUTOPSY PERFORMED *Autopsie effectuée*
 YES *Oui* NO *Non*

MAJOR FINDINGS OF AUTOPSY *Conclusions principales de l'autopsie*

CIRCUMSTANCES SURROUNDING DEATH DUE TO EXTERNAL CAUSE
Circonstances de la mort suscitées par des causes extérieures

NAME OF PATHOLOGIST *Nom du pathologiste*
Eric Berg, COL. MC, USA

SIGNATURE *Signature*


DATE *Date*
24 Aug 2003

AVIATION ACCIDENT *Accident à Avion*
 YES *Oui* NO *Non*

DATE OF DEATH *(Hour, day, month, year)*
Date de décès (l'heure, le jour, le mois, l'année)
07 Aug 2003

PLACE OF DEATH *Lieu de décès*
Diwanla, 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.

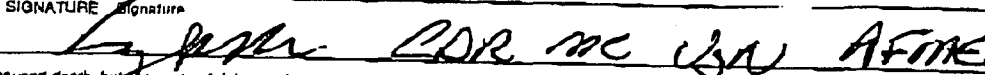
NAME OF MEDICAL OFFICER *Nom du médecin militaire ou du médecin sanitaire*
Craig T. Mallak

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

SIGNATURE *Signature*


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 2064 1 APR 77 **REPLACES DA FORM 1365, 1 JAN 72 AND DA FORM 1365-R(PAR), 26 SEP 75, WHICH ARE OBSOLETE.**

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

NAME OF DECEASED (Last, First, Middle) <i>Nom du décédé (Nom et prénoms)</i> BTB Ibrahim, Nasef, J.		GRADE <i>Grade</i>	BRANCH OF SERVICE <i>Arme</i>	SOCIAL SECURITY NUMBER <i>Numero 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> 01 Jan 1941	SEX <i>Sexe</i> <input checked="" type="checkbox"/> MALE <i>Masculin</i> <input type="checkbox"/> FEMALE <i>Féminin</i>
RACE <i>Race</i> <input checked="" type="checkbox"/> CAUCASOID <i>Caucasique</i> <input type="checkbox"/> NEGROID <i>Négride</i> <input type="checkbox"/> OTHER (Specify) <i>Autre (Spécifier)</i>		MARITAL STATUS <i>État Civil</i> <input type="checkbox"/> SINGLE <i>Célibataire</i> <input type="checkbox"/> MARRIED <i>Marié</i> <input type="checkbox"/> WIDOWED <i>Veuve</i>		RELIGION <i>Culte</i> <input type="checkbox"/> PROTESTANT <i>Protestant</i> <input type="checkbox"/> CATHOLIC <i>Catholique</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>Proximité du décédé avec le défunt</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 la décès</i>
DISEASE OR CONDITION DIRECTLY LEADING TO DEATH ¹ <i>Maladie ou condition directement responsable de la mort</i> Atherosclerotic Cardiovascular Disease Resulting in Cardiac Tamponade		
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>		

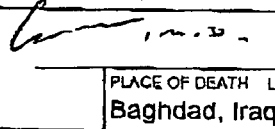
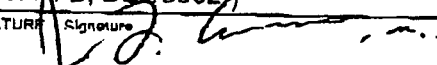
MODE OF DEATH <i>Condition de décès</i>	AUTOPSY PERFORMED <i>Autopsie effectuée</i> <input checked="" type="checkbox"/> YES <i>Oui</i> <input type="checkbox"/> NO <i>Non</i>	CIRCUMSTANCES SURROUNDING DEATH DUE TO EXTERNAL CAUSES <i>Circonstances de la mort suscitées par des causes extérieures</i>
<input checked="" type="checkbox"/> NATURAL <i>Mort naturelle</i> <input type="checkbox"/> ACCIDENT <i>Mort accidentelle</i>	MAJOR FINDINGS OF AUTOPSY <i>Conclusions principales de l'autopsie</i>	
<input type="checkbox"/> SUICIDE <i>Suicide</i>	NAME OF PATHOLOGIST <i>Nom du pathologiste</i> James L. Caruso, 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>
<input type="checkbox"/> HOMICIDE <i>Homicide</i>	SIGNATURE <i>Signature</i> <i>[Signature]</i> DATE <i>Date</i> 11 Jan 2004	
DATE OF DEATH (Hour, day, month, year) <i>Date de décès (l'heure, le jour, le mois, l'année)</i> 08 Jan 2004	PLACE OF DEATH <i>Lieu de décès</i> 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 <i>Nom du médecin militaire ou du médecin sanitaire</i> James L. Caruso		TITLE OR DEGREE <i>Titre ou diplôme</i> Chief Deputy Medical Examiner
GRADE <i>Grade</i> CDR	INSTALLATION OR ADDRESS <i>Installation ou adresse</i> Dover AFB, DE 19902	
DATE <i>Date</i> 13 MAR 2004	SIGNATURE <i>Signature</i> <i>[Signature]</i>	

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, sans n'ayant aucun rapport avec la maladie ou à la condition qui a provoqué la mort.

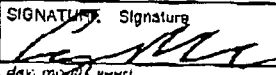
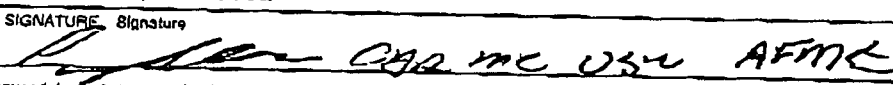
DD FORM 2064 1 APR 77 REPLACES DA FORM 3565, 1 JAN 72 AND DA FORM 3565-R(PAS), 26 SEP 75, WHICH ARE OBSOLETE.

CERTIFICATE OF DEATH (OVERSEAS) Acte de décès (D'Outre-Mer)			
NAME OF DECEASED (Last, First, Middle) Nom du décédé (Nom et prénoms) BTB Abbas, Mohamad, Abul		GRADE Grade 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 06 Dec 1948
RACE Race		SEX Sexe	
<input checked="" type="checkbox"/> CAUCASOID Caucasique		<input checked="" type="checkbox"/> MALE Masculin	
<input type="checkbox"/> NEGROID Nègre		<input type="checkbox"/> FEMALE Féminin	
<input type="checkbox"/> OTHER (Specify) Autre (Spécifier)			
MARITAL STATUS Etat Civil		RELIGION Culte	
<input 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	
<input type="checkbox"/> DIVORCED Divorcé		<input type="checkbox"/> OTHER (Specify) Autre (Spécifier)	
<input type="checkbox"/> SEPARATED Séparé			
NAME OF NEXT OF KIN Nom du plus proche parent		RELATIONSHIP TO DECEASED Parenté du décédé avec le suadit	
STREET ADDRESS Domicile à (Rue)		CITY OR TOWN AND STATE (Include ZIP Code) Ville (Code postal complet)	
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 la récès
DISEASE OR CONDITION DIRECTLY RESPONSIBLE FOR DEATH ¹ Maladie ou condition directement responsable de la mort			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			
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 James L. Caruso, CDR, MC, USN		
<input type="checkbox"/> HOMICIDE Homicide	SIGNATURE Signature 	DATE Date 10 Mar 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 du décès (l'heure, le jour, le mois, l'année) 08 Mar 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 défunt 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 James L. Caruso		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 Signature 		
¹ Sinite disease, injury or complication which caused death but not mode of dying such as heart failure, etc. ² Sinite 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 en 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 3563, 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) BTB AL Hussien, Bakir, Yassen Rashed		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 Caucausique	<input type="checkbox"/> NEGROID Négride	<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 vivant	
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'apparition et le décès
DISEASE OR CONDITION DIRECTLY LEADING TO DEATH ¹ Maladie ou condition directement responsable de la mort ¹		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 entraîné 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			
<input type="checkbox"/> ACCIDENT Mort accidentelle				
<input type="checkbox"/> SUICIDE Suicide	NAME OF PATHOLOGIST Nom du pathologiste Douglas R. Knittel, CAPT. MC. USN			
<input type="checkbox"/> HOMICIDE Homicide	SIGNATURE Signature 	DATE Date 02 Feb 2004		
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 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 Craig T. Mallak		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  CDR MC USN AFMC			

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 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.

CERTIFICATE OF DEATH (OVERSEAS)

Acte de décès (D'Outre-Mer)

NAME OF DECEASED (Last, First, Middle) <i>Nom du décédé (Nom et prénoms)</i> BTB Ahd, Mohamed, Najem		GRADE <i>Grade</i>	BRANCH OF SERVICE <i>Armée</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> <input checked="" type="checkbox"/> CAUCASOID <i>Caucasique</i> <input type="checkbox"/> NEGROID <i>Négride</i> <input type="checkbox"/> OTHER (Specify) <i>Autre (Spécifier)</i>	MARITAL STATUS <i>Etat Civil</i> <input type="checkbox"/> SINGLE <i>Célibataire</i> <input type="checkbox"/> MARRIED <i>Marié</i> <input type="checkbox"/> WIDOWED <i>Veuve</i> <input type="checkbox"/> DIVORCED <i>Divorcé</i> <input type="checkbox"/> SEPARATED <i>Séparé</i>		RELIGION <i>Culte</i> <input type="checkbox"/> PROTESTANT <i>Protestant</i> <input type="checkbox"/> CATHOLIC <i>Catholique</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>Parents du décédé avec le usuel</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> Atherosclerotic cardiovascular disease complicated by diabetes		
ANTECEDENT CAUSES <i>Symptômes précurseurs de la mort.</i>	MORIBUND CONDITION, IF ANY, GIVING RISE 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 suscitée la cause primaire.</i>	
OTHER SIGNIFICANT CONDITIONS ² <i>Autres conditions significatives</i>		
MODE OF DEATH <i>Condition de décès</i> <input checked="" type="checkbox"/> NATURAL <i>Mort naturelle</i> <input type="checkbox"/> ACCIDENT <i>Mort accidentelle</i> <input type="checkbox"/> SUICIDE <i>Suicide</i> <input type="checkbox"/> HOMICIDE <i>Homicide</i>	AUTOPSY PERFORMED <i>Autopsie effectuée</i> <input checked="" type="checkbox"/> YES <i>Oui</i> <input type="checkbox"/> NO <i>Non</i> MAJOR FINDINGS OF AUTOPSY <i>Conclusions principales de l'autopsie</i>	CIRCUMSTANCES SURROUNDING DEATH DUE TO EXTERNAL CAUSES <i>Circstances de la mort suscitée par des causes extérieures</i>
	NAME OF PATHOLOGIST <i>Nom du pathologiste</i> Eric Berg, COL, MC, USA	AVIATION ACCIDENT <i>Accident à l'Avion</i> <input type="checkbox"/> YES <i>Oui</i> <input checked="" type="checkbox"/> NO <i>Non</i>
DATE OF DEATH (Hour, day, month, year) <i>Date du décès (l'heure, le jour, le mois, l'année)</i> 08 Aug 2003	SIGNATURE <i>Signature</i> <i>[Signature]</i>	DATE <i>Date</i> 24 Aug 2003
PLACE OF DEATH <i>Lieu de décès</i> 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 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> Craig T. Mallak	TITLE OR RANK <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	SIGNATURE <i>Signature</i> <i>[Signature]</i>

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 1 APR 77

REPLACES DA FORM 2064, 1 JAN 72 AND DA FORM 2064-R (FAS), 26 SEP 75, WHICH ARE OBSOLETE.

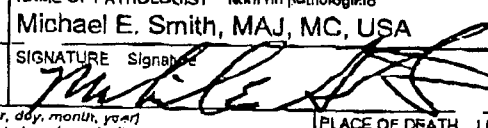
CERTIFICATE OF DEATH (OVERSEAS)

Acte de décès (D'Outre-Mer)

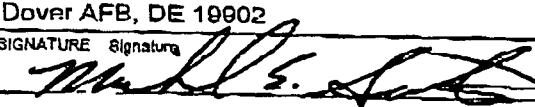
NAME OF DECEASED (Last, First, Middle) Nom du défunt (Nom et prénoms) BTB Taled, Ehad, Kazam		GRADE Grade	BRANCH OF SERVICE Arme	SOCIAL SECURITY NUMBER Numéro de l'Assurance Sociale
ORGANIZATION Organisation Detainee in Iraq		NATION (e.g., United States) Pays Iraq	DATE OF BIRTH Date de naissance	SEX 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 Caucaasique		<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 défunt avec le susdit		
STREET ADDRESS Domicile # (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 (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		
AN PRECEDENT 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 Michael E. Smith, MAJ, MC, USA	
<input type="checkbox"/> HOMICIDE Homicide	SIGNATURE Signature 	DATE Date 22 Aug 2003
DATE OF DEATH (Hour, day, month, year) Date de décès (l'heure, le jour, le mois, l'année) 20 Aug 2003		AVIATION ACCIDENT Accident à Avion <input type="checkbox"/> YES Oui <input checked="" type="checkbox"/> NO Non
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 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 Michael E. Smith		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	SIGNATURE Signature 	

¹ State disease, injury or complication which caused death, but not mode of dying such as heart failure, etc.

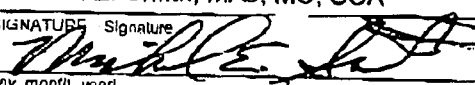
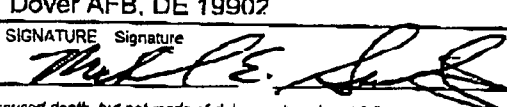
² State conditions contributing to the death, but not related to the disease or condition causing death.

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 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.

CERTIFICATE OF DEATH (OVERSEAS) Acte de décès (D'Outre-Mer)			
NAME OF DECEASED (Last, First, Middle) <i>Nom du décédé (Nom et prénoms)</i> BTB Spah, Dham		GRADE <i>Grade</i>	BRANCH OF SERVICE <i>Arme</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>
RACE <i>Race</i>		MARITAL STATUS <i>État Civil</i>	
<input checked="" type="checkbox"/> CAUCASIAN <i>Caucasique</i>	SINGLE <i>Célibataire</i>		PROTESTANT <i>Protestant</i>
NEGROID <i>Négride</i>	MARRIED <i>Marié</i>		CATHOLIC <i>Catholique</i>
OTHER (Specify) <i>Autre (Spécifier)</i>	WIDOWED <i>Veuf</i>		JEWISH <i>Juif</i>
NAME OF NEXT OF KIN <i>Nom du plus proche parent</i>		RELATIONSHIP TO DECEASED <i>Parenté du décédé avec le candidat</i>	
STREET ADDRESS <i>Domicile à (Rue)</i>		CITY OR TOWN AND STATE (include ZIP Code) <i>Ville (Code postal compris)</i>	
MEDICAL STATEMENT <i>Déclaration médicale</i>			
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'apparition et la durée</i>
DISEASE OR CONDITION DIRECTLY LEADING TO DEATH ¹ <i>Maladie ou condition directement responsable de la mort</i>			Arteriosclerotic Cardiovascular Disease
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>		
ACCIDENT <i>Mort accidentelle</i>			
SUICIDE <i>Suicide</i>	NAME OF PATHOLOGIST <i>Nom du pathologiste</i> Michael E. Smith, MAJ, MC, USA		
HOMICIDE <i>Homicide</i>	SIGNATURE <i>Signature</i> 	DATE <i>Date</i> 25 Aug 2003	AVIATION ACCIDENT <i>Accident d'Aviation</i> <input type="checkbox"/> YES <i>Oui</i> <input checked="" type="checkbox"/> NO <i>Non</i>
DATE OF DEATH (Hour, day, month, year) <i>Date de décès (Heure, le jour, le mois, l'année)</i> 13 Aug 2003	PLACE OF DEATH <i>Lieu de décès</i> 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. <i>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.</i>			
NAME OF MEDICAL OFFICER <i>Nom du médecin militaire ou du médecin sanitaire</i> Michael E. Smith		TITLE OR DEGREE <i>Titre ou diplôme</i> Deputy Medical Examiner	
GRADE <i>Grade</i> MAJ	INSTALLATION OR ADDRESS <i>Installation ou adresse</i> Dover AFB, DE 19902		
DATE <i>Date</i> 12 Aug 2004	SIGNATURE <i>Signature</i> 		

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 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.

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

NAME OF DECEASED (Last, First, Middle) Nom du décédé (Nom et prénoms)
BTB Mihdy, Wathik

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
 MALE Masculin
 FEMALE Féminin

RACE Race

MARITAL STATUS État Civil

RELIGION Culte

CAUCASOID Caucasiqne

SINGLE Célibataire

DIVORCED Divorcé

PROTESTANT Protestant

OTHER (Specify) Autre (Spécifier)

NEGROID Négride

MARRIED Marié

SEPARATED Séparé

CATHOLIC Catholique

OTHER (Specify) Autre (Spécifier)

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 OR TOWN AND STATE (Include ZIP Code) Ville (Code postal complet)

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 DEATH¹
Maladie ou condition directement responsable de la mort¹

Arteriosclerotic 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 CONDITIONS²
Autres conditions significatives²

MODE OF DEATH
Condition de décès

AUTOPSY PERFORMED Autopsie effectuée YES Oui 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
Michael E. Smith, MAJ, MC, USA

HOMICIDE Meurtre

SIGNATURE Signature

DATE Date
23 Aug 2003

AVIATION ACCIDENT Accident à Avion
 YES Oui NO Non

DATE OF DEATH (Hour, 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 défunt le constaté 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
Michael E. Smith

TITLE OR DEGREE Titre ou diplôme
Deputy Medical Examiner

GRADE Grade
MAJ

INSTALLATION OR ADDRESS Installation ou adresse
Dover AFB, DE 19902

DATE Date

SIGNATURE Signature

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 le mode 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 blessure qui a provoqué la mort.

DD FORM 2064

REPLACES DA FORM 1365, 1 JAN 72 AND DA FORM 1365-R (FAS), 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) BTD Gumaa, Fahin, Ali		GRADE Grade	BRANCH OF SERVICE Armée
ORGANIZATION Organisation		NATION (e.g., United States) Pays Iraq	DATE OF BIRTH Date de naissance 01 Jan 1960
RACE Race		MARRITAL STATUS État Civil	
<input checked="" type="checkbox"/> CAUCASOID Caucasique	<input type="checkbox"/> NEGROID Nègre	<input type="checkbox"/> OTHER (Specify) Autre (Spécifier)	RELIGION Confession
NAME OF NEXT OF KIN Nom du plus proche parent		RELATIONSHIP TO DECEASED Parents du décédé avec le surdit	
STREET ADDRESS Domicile à (Rue)		CITY OR TOWN AND STATE (Include ZIP Code) Ville (Code postal complet)	
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 ¹ Maladie ou condition directement responsable de la mort		Multiple gunshot wounds with complications	
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 Cause fondamentale, s'il y a lieu, ayant suscité la cause primaire		
OTHER SIGNIFICANT CONDITIONS ² Autres conditions significatives			
MODE OF DEATH Cause de décès	AUTOPSY PERFORMED Autopsie effectuée	CIRCUMSTANCES SURROUNDING DEATH DUE TO EXTERNAL CAUSES Circonstances de la mort susceptibles pour des causes extérieures	
<input checked="" type="checkbox"/> NATURAL Mort naturelle	<input checked="" type="checkbox"/> YES Oui		
<input type="checkbox"/> ACCIDENT Mort accidentelle	<input type="checkbox"/> NO Non		
<input type="checkbox"/> SUICIDE Suicide	MAJOR FINDINGS OF AUTOPSY Conclusions principales de l'autopsie		
<input checked="" type="checkbox"/> HOMICIDE Homicide	NAME OF PATHOLOGIST Nom du pathologiste Jerry J. Hodge, CDR, MC, USN		
DATE OF DEATH (Hour, day, month, year) Date de décès (l'heure, le jour, le mois, l'année) 28 Apr 2004	SIGNATURE Signature 	DATE Date 18 May 2004	AVIATION ACCIDENT Accident à l'Avion <input type="checkbox"/> YES Oui <input checked="" type="checkbox"/> NO Non
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 (l'enter) 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 Jerry J. Hodge		TITLE OR DEGREE Titre ou diplôme Deputy Medical Examiner	
GRADE Grade CDR	INSTALLATION OR ADDRESS Installation ou adresse Dover AFB, DE 19902		
DATE Date 21 May 04	SIGNATURE Signature 		
¹ Other disease, injury or complication which caused death, but not mode of dying such as heart failure, etc. ² Other conditions contributing to the death, but not related to the disease or condition causing death. 1 Entrez la nature de la maladie, de la blessure ou de la complication qui a contribué à la mort, mais non le moyen de mourir, tels qu'un arrêt du cœur, etc. 2 Précisez 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 3548, 1 JAN 72 AND DA FORM 3545-RT(AS), 26 SEP 73, 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) BTB Jaleel, Abdul		GRADE Grade	BRANCH OF SERVICE Armée
ORGANIZATION Organisation Detainee in Iraq		NATION (a.g., United States) Pays Iraq	DATE OF BIRTH Date de naissance 07 Jan 1957
RACE Race		MARITAL STATUS État Civil	
<input checked="" type="checkbox"/> CAUCASOID Caucasiqun	<input type="checkbox"/> SINGLE Célibataire	<input type="checkbox"/> DIVORCED Unvorcé	<input type="checkbox"/> PROTESTANT Protestant
<input type="checkbox"/> NEGROID Négricide	<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 Relation du défunt avec le suédt	
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 INFORMED 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 Conditions principales de l'autopsie		
<input type="checkbox"/> ACCIDENT Mort accidentelle			
<input type="checkbox"/> SUICIDE Suicide	NAME OF PATHOLOGIST Nom du pathologiste James L. Caruso, CDR, MC, USN	AVIATION ACCIDENT Accident d'Avion <input type="checkbox"/> YES Oui <input checked="" type="checkbox"/> NO Non	
<input checked="" type="checkbox"/> HOMICIDE Homicide	SIGNATURE Signature <i>[Signature]</i> 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		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 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 James L. Caruso		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 Signature <i>[Signature]</i>		
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 le mode de mort, 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.

CERTIFICATE OF DEATH (OVERSEAS) Acte de décès (D'Outre-Mer)			
NAME OF DECEASED (Last, First, Middle) Nom du décédé (Nom et prénoms) BTB Al-Jamadi, Mariadel		GRADE Grade Arme	SOCIAL SECURITY NUMBER Numéro de l'Assurance Sociale
ORGANIZATION Organisation Detainee in Iraq		NATION (e.g., United States) Pays USA	DATE OF BIRTH Date de naissance
RACE Race		MARITAL STATUS Etat Civil	RELIGION Culte
<input checked="" type="checkbox"/> CAUCASOID Caucasienn	<input type="checkbox"/> SINGLE Célibataire	<input type="checkbox"/> DIVORCED Divorcé	<input type="checkbox"/> PROTESTANT Protestant
<input type="checkbox"/> NEGROID Négré	<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 défunt avec le décès	
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 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			
<input checked="" type="checkbox"/> HOMICIDE Homicide	NAME OF PATHOLOGIST Nom du pathologiste Jerry J. Hodge, CDR, MC, USN	DATE Date 09 Nov 2003	AVIATION ACCIDENT Accident d'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) 04 Nov 2003	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 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 Jerry J. Hodge		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 Signature <i>Jerry J. Hodge</i>		
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 la condition qui a provoqué la mort.			

DD FORM 2064 1 APR 77

REPLACES DA FORM 3545, 1 JAN 72 AND DA FORM 3545-R(PAS), 26 SEP 75, WHICH ARE OBSOLETE.

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

NAME OF DECEASED (Last, First, Middle) <i>Nom du décédé (Nom et prénoms)</i> BTB Dababa, Dilar	GRADE Grade Grade	BRANCH OF SERVICE Armée Armée	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 <input checked="" type="checkbox"/> CAUCASOID Caucasiqne <input type="checkbox"/> NEGROID Nègre <input type="checkbox"/> OTHER (Specify) Autre (Spécifier)	MARITAL STATUS État Civil <input type="checkbox"/> SINGLE Célibataire <input type="checkbox"/> MARRIED Marié <input type="checkbox"/> WIDOWED Veuf	RELIGION Culte <input type="checkbox"/> PROTESTANT Protestant <input type="checkbox"/> CATHOLIC Catholique <input type="checkbox"/> JEWISH Juif	OTHER (Specify) Autre (Spécifier)
--	--	---	--

NAME OF NEXT OF KIN Nom du plus proche parent	RELATIONSHIP TO DECEASED Parenté du décès avec le suétil
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 <u>one</u> cause per line) Cause du décès (N'indiquer qu'une cause par ligne)		INTERVAL BETWEEN ONSET AND DEATH Intervalle entre l'attaque et la décès
DISEASE OR CONDITION DIRECTLY LEADING TO DEATH Maladie ou condition directement responsable de la mort 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 Cause fondamentale, s'il y a lieu, ayant causé la cause primaire	
OTHER SIGNIFICANT CONDITIONS Autres conditions significatives		

MODE OF DEATH Condition de décès <input type="checkbox"/> NATURAL Mort naturelle <input type="checkbox"/> ACCIDENT Mort accidentelle <input type="checkbox"/> SUICIDE Suicide <input checked="" type="checkbox"/> HOMICIDE Homicide	AUTOPSY PERFORMED Autopsie effectuée <input checked="" type="checkbox"/> YES Oui <input type="checkbox"/> NO Non	CIRCUMSTANCES SURROUNDING DEATH DUE TO EXTERNAL CAUSE Circonstances de la mort suscitée par des causes extérieures
MAJOR FINDINGS OF AUTOPSY Conclusions principales de l'autopsie		
NAME OF PATHOLOGIST Nom du pathologiste Elizabeth A. Rouse, LtCol, MC, USAF		
SIGNATURE Signature	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 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 LtCol	INSTALLATION OR ADDRESS Installation ou adresse Dover AFB, DE 19902
DATE Date 14 May 04	SIGNATURE Signature

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 le mode de mort, 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-RIFAS, 16 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) BTB Mowhosh, Abid		GRADE Grade MG	BRANCH OF SERVICE Arme	SOCIAL SECURITY NUMBER Numéro de l'Assurance Sociale
ORGANIZATION Organisation Detainee in Iraq		NATION (a.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"/> NEGROID Négride	<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 Veuve	<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 sujet		
STREET ADDRESS Domicile à (Rue)		CITY OR TOWN AND STATE (Inclure 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. 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		

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"/> ACCIDENTAL Mort accidentelle		
<input type="checkbox"/> SUICIDE Suicide	NAME OF PATHOLOGIST Nom du pathologiste Michael E. Smith, MAJ, MC, USA	
<input checked="" type="checkbox"/> HOMICIDE Homicide	SIGNATURE Signature <i>[Signature]</i>	DATE Date 02 Dec 2003
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	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 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 Michael E. Smith	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	SIGNATURE Signature <i>[Signature]</i>

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 le nature de la maladie, de la blessure ou de la complication qui a contribué à la mort, mais non le manière de mourir, telle qu'un arrêt du cœur, etc.
2 Préciser le 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 71 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 défunt (Nom et prénoms)		GRADE Grade	BRANCH OF SERVICE Arme
HATAB, NAEM SADOON			CIV DETAINÉE
ORGANIZATION Organisation		NATION (e.g., United States) Pays	DATE OF BIRTH Date de naissance
DETAINÉE NUMBER: 031-0337		IRAQ	SEX Sexe <input checked="" type="checkbox"/> MALE Masculin <input type="checkbox"/> FEMALE Féminin
RACE Race		MARITAL STATUS Etat Civil	RELIGION Culte
CAUCASOID Caucasique		SINGLE Célibataire	PROTESTANT Protestant
NEGROID Négricide		MARRIED Marié	CATHOLIC Catholique
OTHER (Specify) Autre (Spécifier)		WIDOWED Veuf	JEWISH Juif
NAME OF NEXT OF KIN Nom du plus proche parent		RELATIONSHIP TO DECEASED Parenté du défunt avec le survivant	
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'apparition et le décès
DISEASE OR CONDITION DIRECTLY LEADING TO DEATH 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 Autres conditions significatives			
MODE OF DEATH Condition de décès	AUTOPSY PERFORMED Autopsie effectuée MAJOR FINDINGS OF AUTOPSY Conclusions principales de l'autopsie	CIRCUMSTANCES SURROUNDING DEATH DUE TO EXTERNAL CAUSES Circonstances de la mort subies par des causes extérieures	
NATURAL Mort naturelle		DECEDENT FOUND UNRESPONSIVE IN OUTSIDE ISOLATION; WHITEHORSE DETAINMENT FACILITY	
ACCIDENT Mort accidentelle			
SUICIDE Suicide	NAME OF PATHOLOGIST Nom du pathologiste KATHLEEN M. INGWERSEN, LTC(P), USA, MC		
HOMICIDE Homicide	SIGNATURE Signature <i>K. Ingwersen</i>	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 matériels du défunt 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 KATHLEEN M. INGWERSEN, LTC(P), USA, MC		TITLE OR DESIGNEE Titre ou diplôme 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	SIGNATURE Signature <i>K. Ingwersen</i>		

DD FORM 2064, APR 1977 REPLACED DA FORM 3555, 1 JAN 1973 AND DA FORM 3865-R(PAS), 28 SEP 1975, WHICH ARE OBSOLETE. USAMRA VI.00

CERTIFICATE OF DEATH (OVERSEAS) Acte de décès (D'Outre-Mer)			
NAME OF DECEASED (Last, First, Middle) Nom du décédé (Nom et prénom) BTB Mohamed, Fashad		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		SEX Sexe	
<input checked="" type="checkbox"/> CAUCASOID Caucasique	MARITAL STATUS État CIVIL		<input checked="" type="checkbox"/> MALE Masculin
<input type="checkbox"/> NEGROID Nègre	<input type="checkbox"/> SINGLE Célibataire	<input type="checkbox"/> DIVORCED Divorcé	<input type="checkbox"/> FEMALE Féminin
<input type="checkbox"/> OTHER (Specify) Autre (Spécifier)	<input type="checkbox"/> MARRIED Marié	<input type="checkbox"/> SEPARATED Séparé	
NAME OF NEXT OF KIN Nom du plus proche parent		RELATIONSHIP TO DECEASED Parenté du décès avec le sujet	
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			Pending
ANTECEDENT CAUSE 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 Cause 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 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	NAME OF PATHOLOGIST Nom du pathologiste Elizabeth A. Rouse, LtCol, MC, USAF		
<input type="checkbox"/> HOMICIDE Homicide	SIGNATURE Signature 	DATE Date 26 Apr 2004	AVIATION ACCIDENT Accident à l'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 défunt et conclu 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 du 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 		
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 le mode 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

REF: AFPS DA FORM 2665, 1 JAN 72 AND DA FORM 2665-R (FAS), 26 SEP 75, WHICH ARE OBSOLETE.