

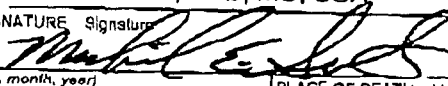
## CERTIFICATE OF DEATH (OVERSEAS)

Acte de décès (D'Outre-Mer)

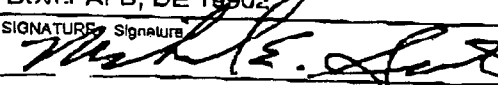
|                                                                                                   |  |                                                                       |                                    |                                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NAME OF DECEASED (Last, First, Middle) Nom du défédé (Nom et prénoms)<br>BTB Mohamed, Tariq, Zaid |  | GRADE Grade<br>Arme                                                   | BRANCH OF SERVICE<br>Arme          | SOCIAL SECURITY NUMBER<br>Numéro de l'Assurance Sociale                                                                                |
| ORGANIZATION Organisation<br>Detainee in Iraq                                                     |  | NATION (e.g., United States) Pays<br>Iraq                             | DATE OF BIRTH<br>Date de naissance | SEX Sexe<br><input checked="" type="checkbox"/> MALE Masculin<br><input type="checkbox"/> FEMALE Féminin                               |
| RACE Race                                                                                         |  | MARITAL STATUS État Civil                                             |                                    | RELIGION Culte                                                                                                                         |
| <input checked="" type="checkbox"/> CAUCASIAN Caucasiens                                          |  | <input type="checkbox"/> SINGLE Célibataire                           |                                    | <input type="checkbox"/> PROTESTANT Protestant<br><input type="checkbox"/> CATHOLIC Catholique<br><input type="checkbox"/> JEWISH Juif |
| <input type="checkbox"/> NEGROID Nègre                                                            |  | <input type="checkbox"/> DIVORCED Divorcé                             |                                    |                                                                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> OTHER (Specify) Autre (Spécifier)                                        |  | <input type="checkbox"/> MARRIED Marié                                |                                    |                                                                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> WIDOWED Veuf                                                             |  | <input type="checkbox"/> SEPARATED Séparé                             |                                    | <input type="checkbox"/> 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 compris) |                                    |                                                                                                                                        |

## MEDICAL STATEMENT Déclaration médicale

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

|                                                                                                             |                                                                                                                  |                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MODE OF DEATH<br>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<br>Circonstances de la mort suscitées par des causes extérieures |
| <input type="checkbox"/> NATURAL<br>Mort naturelle                                                          | MAJOR FINDINGS OF AUTOPSY Conclusions principales de l'autopsie                                                  |                                                                                                                         |
| <input checked="" type="checkbox"/> ACCIDENT<br>Mort accidentelle                                           |                                                                                                                  |                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> SUICIDE<br>Suicide                                                                 | NAME OF PATHOLOGIST Nom du pathologiste<br>Michael E. Smith, MAJ, MC, USA                                        |                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> HOMICIDE<br>Homicide                                                               | SIGNATURE Signature<br>       | DATE Date<br>23 Oct 2003                                                                                                |
| DATE OF DEATH (Hour, day, month, year)<br>Date de décès (l'heure, le jour, le mois, l'année)<br>22 Aug 2003 | PLACE OF DEATH Lieu de décès<br>Iraq                                                                             | AVIATION ACCIDENT Accident à l'Avion<br><input type="checkbox"/> YES OUI <input checked="" type="checkbox"/> NO NON     |

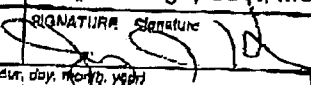
I HAVE VIEWED THE REMAINS OF THE DECEASED AND DEATH OCCURRED AT THE TIME INDICATED AND FROM THE CAUSES AS STATED ABOVE.  
J'ai examiné les restes mortels du défédé et le décès est survenu à l'heure indiquée et à la suite des causes énumérées ci-dessus.

|                                                                                              |                                                                                                            |                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| NAME OF MEDICAL OFFICER Nom du médecin militaire ou du médecin sanitaire<br>Michael E. Smith |                                                                                                            | TITLE OR DEGREE Titre ou diplôme<br>Deputy Medical Examiner |
| GRADE Grade<br>MAJ                                                                           | INSTALLATION OR ADDRESS Installation ou adresse<br>Dover AFB, DE 19902                                     |                                                             |
| DATE Date<br>12 May 2004                                                                     | SIGNATURE Signature<br> |                                                             |

<sup>1</sup> State disease, injury or complication which caused death, but not mode of dying such as heart failure, etc.  
<sup>2</sup> State conditions contributing to the death, but not related to the disease or condition causing death.  
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.  
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)<br>Acte de décès (D'Outre-Mer)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                               |                                                          |                                                                                                                         |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| NAME OF DECEASED (Last First Middle) Nom du défunt (Nom et prénom)<br><b>BTB Awad Al-Juwadi, Hussein</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | GRADE Grade<br><b>Arme</b>                                                                                                    | BRANCH OF SERVICE<br>Arme                                | SOCIAL SECURITY NUMBER<br>Numéro de l'Assurance Sociale<br><b>US Det 159756</b>                                         |  |
| ORGANIZATION Organisation                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | NATION (e.g., United States) Pays<br><b>Iraq</b>                                                                              | DATE OF BIRTH<br>Date de naissance<br><b>01 Jan 1929</b> | SEX Sexe<br><input checked="" type="checkbox"/> MALE Masculin<br><input type="checkbox"/> FEMALE Féminin                |  |
| RACE Race                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | MARITAL STATUS État civil                                                                                                     |                                                          | RELIGION Religion                                                                                                       |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> CAUCASOID Caucasienn                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | <input type="checkbox"/> SINGLE Célibataire                                                                                   |                                                          | <input type="checkbox"/> PROTESTANT Protestant                                                                          |  |
| <input type="checkbox"/> NEGROID Nègre                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | <input type="checkbox"/> MARRIED Marié                                                                                        |                                                          | <input type="checkbox"/> CATHOLIC Catholique                                                                            |  |
| <input type="checkbox"/> OTHER (Specify) Autre (Spécifier)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | <input type="checkbox"/> DIVORCED Divorcé                                                                                     |                                                          | <input type="checkbox"/> JEWISH Juif                                                                                    |  |
| <input type="checkbox"/> WIDOWED Veuf                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | <input type="checkbox"/> SEPARATED Séparé                                                                                     |                                                          | <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 sué                                                                        |                                                          |                                                                                                                         |  |
| 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)<br>Cause du décès (Indiquer au mieux une cause par ligne)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                               |                                                          | INTERVAL BETWEEN ONSET AND DEATH<br>Intervalle entre l'attaque et le décès                                              |  |
| DISEASE OR CONDITION DIRECTLY LEADING TO DEATH <sup>1</sup><br>Maladie ou condition directement responsable de la mort                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                               |                                                          | Severe atherosclerotic cardiovascular disease<br>Minutes                                                                |  |
| ANTECEDENT CAUSES<br>Symptômes précurseurs de la mort                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | MORBID CONDITION, IF ANY, LEADING TO PRIMARY CAUSE<br>Condition morbide, s'il y a lieu, menant à la cause primaire            |                                                          |                                                                                                                         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | UNDERLYING CAUSE, IF ANY, GIVING RISE TO PRIMARY CAUSE<br>Raison fondamentale, s'il y a lieu, ayant suscité la cause primaire |                                                          |                                                                                                                         |  |
| OTHER SIGNIFICANT CONDITIONS <sup>2</sup><br>Autres conditions significatives                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                               |                                                          |                                                                                                                         |  |
| MODE OF DEATH<br>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<br>Circonstances de la mort suscitées par des causes extérieures |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> NATURAL<br>Mort naturelle                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | MAJOR FINDINGS OF AUTOPSY Conclusions principales de l'autopsie                                                               |                                                          |                                                                                                                         |  |
| <input type="checkbox"/> ACCIDENT<br>Mort accidentelle                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                               |                                                          |                                                                                                                         |  |
| <input type="checkbox"/> SUICIDE<br>Suicide                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | NAME OF PATHOLOGIST Nom du pathologiste<br><b>Jerry J. Hodge, CDR, MC, USN</b>                                                |                                                          |                                                                                                                         |  |
| <input type="checkbox"/> HOMICIDE<br>Homicide                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | SIGNATURE Signature<br>                    |                                                          | DATE Date<br><b>18 May 2004</b>                                                                                         |  |
| DATE OF DEATH (Hour, day, month, year)<br>Date de décès (l'heure, le jour, le mois, l'année)<br><b>11 May 2004</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | PLACE OF DEATH Lieu du décès<br><b>Baghdad, Iraq</b>                                                                          |                                                          | AVIATION ACCIDENT Accident à l'Avion<br><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.<br>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 en titre<br><b>Jerry J. Hodge</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | TITLE OR DEGREE Titre ou diplôme<br><b>Deputy Medical Examiner</b>                                                            |                                                          |                                                                                                                         |  |
| GRADE Grade<br><b>CDR</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | INSTALLATION OR ADDRESS Installation ou adresse<br><b>Dover AFB, DE 19902</b>                                                 |                                                          |                                                                                                                         |  |
| DATE Date<br><b>21 May 04</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | SIGNATURE Signature<br>                    |                                                          |                                                                                                                         |  |
| <sup>1</sup> Sum: disease, injury or complication which caused death, but not mode of dying such as heart failure, etc.<br><sup>2</sup> Same conditions contributing to the death, but not related to the disease or condition causing death.<br><sup>3</sup> Préciser la nature de la maladie, de la blessure ou de la complication qui a contribué à la mort, mais sans la mentionner comme cause de la mort.<br><sup>4</sup> 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 2044, 1 JAN 72 AND DA FORM 2645-R (P&amp;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

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 Stat CIVIL

RELIGION Confé

☒ CAUCASOID Caucasique  
☐ NEGROIN Négride  
☐ OTHER (Specify)  
 Autre (Spécifier)

☐ SINGLE Célibataire

☐ DIVORCED  
 Divorcé

☐ PROTESTANT  
 Protestant

☐ OTHER (Specify)  
 Autre (Spécifier)

☐ MARRIED Marié

☐ CATHOLIC  
 Catholique

☐ WIDOWED Veuf

☐ SEPARATED  
 Séparé

☐ JEWISH Juif

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<sup>1</sup>  
 Maladie ou condition directement responsable de la mort

**Atherosclerotic Cardiovascular Disease**

ANTECEDENT  
 CAUSES

MORIBUND CONDITION, IF ANY,  
 LEADING TO PRIMARY CAUSE  
 Condition moribonde, s'il y a lieu,  
 menant à la cause primaire

Symptoms  
 précurseurs  
 de la mort.

UNDERLYING CAUSE, IF ANY,  
 GIVING RISE TO PRIMARY  
 CAUSE  
 Cause fondamentale, s'il y a lieu,  
 ayant suscité la cause primaire

OTHER SIGNIFICANT CONDITIONS<sup>2</sup>  
 Autres conditions significatives

MODE OF DEATH  
 Condition de décès

AUTOPSY PERFORMED Autopsie effectuée ☒ YES Oui ☐ NO Non

MAJOR FINDINGS OF AUTOPSY Conclusions principales de l'autopsie

CIRCUMSTANCES SURROUNDING DEATH DUE TO  
 EXTERNAL CAUSES  
 Circonstances de la mort causées par des causes extérieures

☒ NATURAL  
 Mort naturelle

☐ ACCIDENT  
 Mort accidentelle

☐ SUICIDE  
 Suicide

NAME OF PATHOLOGIST Nom du pathologiste  
**Louis N. Finelli, MAJ, MC, USA**

☐ HOMICIDE  
 Homicide

SIGNATURE Signature

DATE Date

**28 Feb 2004**

AVIATION ACCIDENT Accident à l'Avion

☐ YES Oui ☒ NO Non

DATE OF DEATH (Hour, day, month, year)  
 Date du décès (l'heure, le jour, le mois, l'année)  
**00 Feb 2004**

PLACE OF DEATH Lieu du décès  
**Tikrit, Iraq**

I HAVE VIEWED THE REMAINS OF THE DECEASED AND DEATH OCCURRED AT THE TIME INDICATED AND FROM THE CAUSES AS STATED ABOVE.  
 J'ai examiné les restes mortels du défunt et 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

**L. N. Finelli MAJ, MC, USA**

<sup>1</sup> Status ultimate, injury or complication which caused death, but not mode of dying such as heart failure, etc.

<sup>2</sup> Status ultimate, injury or complication which caused death, but not related to the disease or condition causing death.

<sup>1</sup> Précause: la nature ou 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.

<sup>2</sup> Précause: 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.

## CERTIFICATE OF DEATH (OVERSEAS)

Akte de décès (D'Outre-Mer)

|                                                                                                       |  |                                                                       |                                                |                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NAME OF DECEASED (Last, First, Middle) Nom du décédé (Nom et prénoms)<br>BTB Abdullah, Saad, Mohammed |  | GRADE Grade                                                           | BRANCH OF SERVICE Armée<br>Iraq Civilian       | SOCIAL SECURITY NUMBER<br>Numéro de l'Assurance Sociale                                                                                |
| ORGANIZATION Organisation<br>Detainee in Iraq                                                         |  | NATION (e.g., United States) Pays<br>Iraq                             | DATE OF BIRTH Date de naissance<br>01 Jan 1950 | SEX Sexe<br><input checked="" type="checkbox"/> MALE Masculin<br><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"/> PROTESTANT Protestant<br><input type="checkbox"/> CATHOLIC Catholique<br><input type="checkbox"/> JEWISH Juif |
| <input type="checkbox"/> NEGROID Nègre                                                                |  | <input type="checkbox"/> DIVORCED Divorcé                             |                                                |                                                                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> OTHER (Specify) Autre (Spécifier)                                            |  | <input type="checkbox"/> MARRIED Marié                                |                                                |                                                                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> WIDOWED Veuf                                                                 |  | <input type="checkbox"/> SEPARATED Séparé                             |                                                | <input type="checkbox"/> OTHER (Specify) Autre (Spécifier)                                                                             |
| NAME OF NEXT OF KIN Nom du plus proche parent                                                         |  | RELATIONSHIP TO DECEASED Parenté du décédé avec le susdit             |                                                |                                                                                                                                        |
| STREET ADDRESS Domicile à (Rue)                                                                       |  | CITY OR TOWN AND STATE (Include ZIP Code) Ville (Code postal compris) |                                                |                                                                                                                                        |

## MEDICAL STATEMENT Déclaration médicale

|                                                                                                                                     |                                                                                                                             |                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CAUSE OF DEATH (Enter only once cause par ligne)<br>Cause du décès (N'indiquer qu'une cause par ligne)                              |                                                                                                                             | INTERVAL BETWEEN ONSET AND DEATH<br>Intervalle entre l'attaque et la dévotion                                           |
| DISEASE OR CONDITION DIRECTLY LEADING TO DEATH <sup>1</sup><br>Maladie ou condition directement responsable de la mort <sup>1</sup> |                                                                                                                             | Acute Peritonitis secondary to Perforating Gastric Ulcer                                                                |
| ANTECEDENT CAUSES                                                                                                                   | MORBID CONDITION, IF ANY, LEADING TO PRIMARY CAUSE<br>Condition morbide, s'il y a lieu menant à la cause primaire           |                                                                                                                         |
| Symptoms précurseurs de la mort                                                                                                     | UNDERLYING CAUSE, IF ANY, GIVING RISE TO PRIMARY CAUSE<br>Raison fondamentale, s'il y a lieu, ayant causé la cause primaire |                                                                                                                         |
| OTHER SIGNIFICANT CONDITIONS <sup>2</sup><br>Autres conditions significatives <sup>2</sup>                                          |                                                                                                                             |                                                                                                                         |
| MODE OF DEATH<br>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<br>Circonstances de la mort suscitées par des causes extérieures |
| <input checked="" type="checkbox"/> NATURAL<br>Mort naturelle                                                                       | MAJOR FINDINGS OF AUTOPSY Conclusions principales de l'autopsie                                                             |                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> ACCIDENT<br>Mort accidentelle                                                                              |                                                                                                                             |                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> SUICIDE<br>Suicide                                                                                         | NAME OF PATHOLOGIST Nom du pathologiste<br>Louis N. Finelli, MAJ, MC, USA                                                   |                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> HOMICIDE<br>Homicide                                                                                       | SIGNATURE Signature<br><i>Louis N. Finelli</i>                                                                              | DATE Date<br>28 Feb 2004                                                                                                |
| DATE OF DEATH (Hour, day, month, year)<br>Date de décès (l'heure, le jour, le mois, l'année)<br>19 Feb 2001                         |                                                                                                                             | AVIATION ACCIDENT Accident à l'Avion<br><input type="checkbox"/> YES Oui <input checked="" type="checkbox"/> NO Non     |
| PLACE OF DEATH Lieu de décès<br>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<br>Louis N. Finelli |                                                                        | TITLE OR DEGREE Titre ou diplôme<br>Deputy Medical Examiner |
| GRADE Grade<br>MAJ                                                                           | INSTALLATION OR ADDRESS Installation ou adresse<br>Dover AFB, DE 19902 |                                                             |
| DATE Date<br>13 MAY 04                                                                       | SIGNATURE Signature<br><i>Louis N. Finelli</i>                         |                                                             |

<sup>1</sup> State disease, injury or complication which caused death, but not mode of dying such as heart failure, etc.  
<sup>2</sup> State conditions contributing to the death, but not related to the disease or condition causing death.

<sup>1</sup> 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.  
<sup>2</sup> 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), 24 SEP 75, WHICH ARE OBSOLETE.

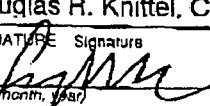
## CERTIFICATE OF DEATH (OVERSEAS)

Acte de décès (D'Outre-Mer)

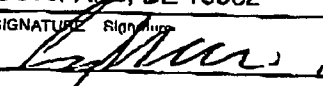
|                                                                                                       |                                             |                                                                       |                                                |                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NAME OF DECEASED (Last, First, Middle) Nom du décédé (Nom et prénoms)<br>BTB Basim, Mohammed, Hussain |                                             | GRADE Grade                                                           | BRANCH OF SERVICE Arme                         | SOCIAL SECURITY NUMBER Numéro de l'Assurance Sociale                                                     |
| ORGANIZATION Organisation<br>Detainee in Iraq                                                         |                                             | NATION (e.g., United States) Pays<br>Iraq                             | DATE OF BIRTH Date de naissance                | SEX Sexe<br><input checked="" type="checkbox"/> MALE Masculin<br><input type="checkbox"/> FEMALE Féminin |
| RACE Race                                                                                             | MARITAL STATUS État Civil                   |                                                                       | RELIGION Culte                                 |                                                                                                          |
| <input checked="" type="checkbox"/> CAUCASOID Caucasique                                              | <input type="checkbox"/> SINGLE Célibataire | <input type="checkbox"/> DIVORCED Divorcé                             | <input type="checkbox"/> PROTESTANT Protestant | <input type="checkbox"/> OTHER (Specify) Autre (Spécifier)                                               |
| <input type="checkbox"/> NEGROID Nègre                                                                | <input type="checkbox"/> MARRIED Marié      | <input type="checkbox"/> SEPARATED Séparé                             | <input type="checkbox"/> CATHOLIC Catholique   |                                                                                                          |
| <input type="checkbox"/> OTHER (Specify) Autre (Spécifier)                                            | <input type="checkbox"/> WIDOWED Veuf       | <input type="checkbox"/> JEWISH Juif                                  |                                                |                                                                                                          |
| NAME OF NEXT OF KIN Nom du plus proche parent                                                         |                                             | RELATIONSHIP TO DECEASED Parenté du décédé avec le(s) défunt(s)       |                                                |                                                                                                          |
| 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)<br>Cause du décès (N'indiquer qu'une cause par ligne)                                |                                                                                                                               | INTERVAL BETWEEN ONSET AND DEATH<br>Intervalle entre l'apparition et le décès |
| DISEASE OR CONDITION DIRECTLY LEADING TO DEATH <sup>1</sup><br>Maladie ou condition directement responsable de la mort. <sup>1</sup> |                                                                                                                               | Massive hemoptysis due to tuberculosis                                        |
| ANTECEDENT CAUSES<br>Symptômes précurseurs de la mort.                                                                               | MORBID CONDITION, IF ANY, LEADING TO PRIMARY CAUSE<br>Condition morbide, s'il y a lieu, menant à la cause primaire            |                                                                               |
|                                                                                                                                      | UNDERLYING CAUSE, IF ANY, GIVING RISE TO PRIMARY CAUSE<br>Raison fondamentale, s'il y a lieu, ayant suscité la cause primaire |                                                                               |
| OTHER SIGNIFICANT CONDITIONS <sup>2</sup><br>Autres conditions significatives <sup>2</sup>                                           |                                                                                                                               |                                                                               |

|                                                                                                             |                                                                                                                  |                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MODE OF DEATH<br>Condition de décès                                                                         | AUTOPSY PERFORMED Autopsie effectuée <input checked="" type="checkbox"/> YES Oui <input type="checkbox"/> NO Non | CIRCUMSTANCES SURROUNDING DEATH DUE TO EXTERNAL CAUSE<br>Circonstances de la mort suscitées par des causes extérieures |
| <input checked="" type="checkbox"/> NATURAL<br>Mort naturelle                                               | MAJOR FINDINGS OF AUTOPSY Conclusions principales de l'autopsie                                                  |                                                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> ACCIDENT<br>Mort accidentelle                                                      |                                                                                                                  |                                                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> SUICIDE<br>Suicide                                                                 | NAME OF PATHOLOGIST Nom du pathologiste<br>Douglas R. Knittel, CAPT, MC, USN                                     |                                                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> HOMICIDE<br>Homicide                                                               | SIGNATURE Signature<br>       | DATE Date<br>13 Jul 2003                                                                                               |
| DATE OF DEATH (hour, day, month, year)<br>Date de décès (l'heure, le jour, le mois, l'année)<br>12 Jul 2003 |                                                                                                                  | AVIATION ACCIDENT Accident à Avion<br><input type="checkbox"/> YES Oui <input checked="" type="checkbox"/> NO Non      |
| PLACE OF DEATH Lieu de décès<br>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 concluant 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<br>Craig T. Mallak |                                                                                                                             | TITLE OR DEGREE Titre ou diplôme<br>Armed Forces Medical Examiner |
| GRADE Grade<br>CDR                                                                          | INSTALLATION OR ADDRESS Installation ou adresse<br>Dover AFB, DE 19902                                                      |                                                                   |
| DATE Date<br>14 MAY 04                                                                      | SIGNATURE Signature<br> CDR MC USAF AFME |                                                                   |

<sup>1</sup> State disease, injury or complication which caused death, but not mode of dying such as heart failure, etc.  
<sup>2</sup> State conditions contributing to the death, but not related to the disease or condition causing death.  
<sup>1</sup> 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.  
<sup>2</sup> 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 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 défunt (Nom et prénom)

BTB Hamza Hassad, Tweek Najm, Byaty Al-Zubydy

GRADE Grade

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

☒ MALE Masculin☐ FEMALE Féminin

RACE Race

MARITAL STATUS État Civil

RELIGION Culte

☒ CAUCASOID Caucasiens☐ SINGLE Célibataire☐ DIVORCED Divorcé☐ PROTESTANT Protestant☐ OTHER (Specify) Autre (Spécifier)☐ NEGROID Nègre☐ 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 défunt avec le survivant

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 décèsDISEASE OR CONDITION DIRECTLY LEADING TO DEATH<sup>1</sup>  
Maladie ou condition directement responsable de la mort<sup>1</sup>

Undetermined atraumatic cause

ANTECEDENT  
CAUSESMORBID CONDITION, IF ANY,  
LEADING TO PRIMARY CAUSE  
Condition morbide, s'il y a lieu,  
menant à la cause primaireSymptoms  
précurseurs  
de la mort.UNDERLYING CAUSE, IF ANY,  
GIVING RISE TO PRIMARY  
CAUSE  
Raison fondamentale, s'il y a lieu,  
ayant entraîné la cause primaireOTHER SIGNIFICANT CONDITIONS<sup>2</sup>  
Autres conditions significativesMODE OF DEATH  
Condition de décès

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 associées par des causes extérieures

☒ NATURAL

Mort naturelle

☐ ACCIDENT

Mort accidentelle

☐ SUICIDE

Suicide

NAME OF PATHOLOGIST Nom du pathologiste

Eric Berg, COL. MC, USA

☐ HOMICIDE

Homicide

SIGNATURE Signature

DATE Date

24 Aug 2003

AVIATION ACCIDENT Accident à Avion

☐ YES Oui☒ NO NonDATE 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 RANK 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

CDR MC USA AFME

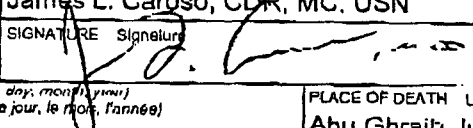
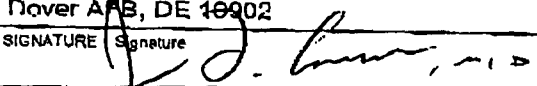
<sup>1</sup> State disease, injury or complication which caused death, but not mode of dying such as heart failure, etc.<sup>2</sup> State conditions contributing to the death, but not related to the disease or condition causing death.<sup>1</sup> Préciser la nature de la maladie, de la blessure ou de la complication qui a contribué à la mort, mais non la manière de mourir, telle qu'un arrêt du cœur, etc.<sup>2</sup> 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 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) Nom du décédé (Nom et prénoms)<br>BTB Ibrahim, Nasef, J.                                                                                                                                                                              |                                                                                                                            | GRADE Grade<br>Arme                                                   | BRANCH OF SERVICE<br>Armée                                                                                           | SOCIAL SECURITY NUMBER<br>Numéro de l'Assurance Sociale                                                             |
| ORGANIZATION Organisation<br>Detainee in Iraq                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                            | NATION (e.g., United States) Pays<br>Iraq                             | DATE OF BIRTH Date de naissance<br>01 Jan 1941                                                                       | SEX Sexe<br><input checked="" type="checkbox"/> MALE Masculin<br><input type="checkbox"/> FEMALE Féminin            |
| RACE Race                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                            | MARITAL STATUS État Civil                                             |                                                                                                                      | RELIGION Culte                                                                                                      |
| <input checked="" type="checkbox"/> CAUCASOID Caucasique                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> SINGLE Célibataire                           |                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> PROTESTANT Protestant                                                                      |
| <input type="checkbox"/> NEGROID Nègre                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> MARRIED Marié                                |                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> CATHOLIC Catholique                                                                        |
| <input type="checkbox"/> OTHER (Specify) Autre (Spécifier)                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> DIVORCED Divorcé                             |                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> JEWISH Juif                                                                                |
| <input type="checkbox"/> WIDOWED Veuf                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> SEPARATED Séparé                             |                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> OTHER (Specify) Autre (Spécifier)                                                          |
| NAME OF NEXT OF KIN Nom du plus proche parent                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                            | RELATIONSHIP TO DECEASED Proximité du décédé avec le survivant        |                                                                                                                      |                                                                                                                     |
| 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 la mort                                              |
| DISEASE OR CONDITION DIRECTLY LEADING TO DEATH <sup>1</sup> Maladie ou condition directement responsable de la mort.<br>Atherosclerotic Cardiovascular Disease Resulting in Cardiac Tamponade                                                                                |                                                                                                                            |                                                                       |                                                                                                                      |                                                                                                                     |
| ANTECEDENT CAUSES Symptômes précurseurs de la mort                                                                                                                                                                                                                           | MORBID CONDITION, IF ANY, LEADING TO PRIMARY CAUSE Condition morbide, s'il y a lieu, menant à la cause primaire            |                                                                       |                                                                                                                      |                                                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                              | UNDERLYING CAUSE, IF ANY, GIVING RISE TO PRIMARY CAUSE Raison fondamentale, s'il y a lieu, ayant suscité la cause primaire |                                                                       |                                                                                                                      |                                                                                                                     |
| OTHER SIGNIFICANT CONDITIONS <sup>2</sup> 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<br>James L. Caruso, CDR, MC, USN                                                   |                                                                       |                                                                                                                      |                                                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> HOMICIDE Homicide                                                                                                                                                                                                                                   | SIGNATURE Signature<br>                 |                                                                       | DATE Date<br>11 Jan 2004                                                                                             | AVIATION ACCIDENT Accident à l'Avion<br><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)<br>08 Jan 2004                                                                                                                                                                     |                                                                                                                            | PLACE OF DEATH Lieu de décès<br>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.<br>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<br>James L. Caruso                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                            | TITLE OR DEGREE Titre ou diplôme<br>Chief Deputy Medical Examiner     |                                                                                                                      |                                                                                                                     |
| GRADE Grade<br>CDR                                                                                                                                                                                                                                                           | INSTALLATION OR ADDRESS Installation ou adresse<br>Dover AFB, DE 19902                                                     |                                                                       |                                                                                                                      |                                                                                                                     |
| DATE Date<br>13 MAR 2004                                                                                                                                                                                                                                                     | SIGNATURE Signature<br>                 |                                                                       |                                                                                                                      |                                                                                                                     |

<sup>1</sup> State disease, injury or complication which caused death, but not mode of dying such as heart failure, etc.<sup>2</sup> State conditions contributing to the death, but not related to the disease or condition causing death.<sup>1</sup> 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.<sup>2</sup> Préciser la condition qui a contribué à la mort, sans n'ayant aucun rapport avec la maladie ou la condition qui a provoqué la mort.

DD FORM 2064

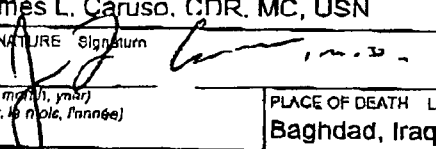
REPLACES DA FORM 3565, 1 JAN 72 AND DA FORM 3565-R(PAS), 26 SEP 75, WHICH ARE OBSOLETE.

## CERTIFICATE OF DEATH (OVERSEAS)

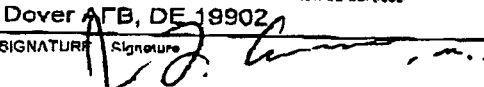
Acte de décès (D'Outre-Mer)

|                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                          |                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| NAME OF DECEASED (Last, First, Middle) Nom du décédé (Nom et prénoms)<br>BTB Abbas, Mohamad, Abul                                                                              |                                                                                                                                                             | GRADE Grade<br>Arme                                                                                                                                      | SOCIAL SECURITY NUMBER<br>Numéro de l'Assurance Sociale |
| ORGANIZATION Organisation<br>Detainee in Iraq                                                                                                                                  |                                                                                                                                                             | NATION (e.g., United States) Pays<br>Iraq                                                                                                                | DATE OF BIRTH Date de naissance<br>06 Dec 1948          |
| SEX Sexe<br><input checked="" type="checkbox"/> MALE Masculin<br><input type="checkbox"/> FEMALE Féminin                                                                       |                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                          |                                                         |
| RACE Race<br><input checked="" type="checkbox"/> CAUCASOID Caucassique<br><input type="checkbox"/> NEGROID Nègre<br><input type="checkbox"/> OTHER (Specify) Autre (Spécifier) | MARITAL STATUS Etat Civil<br><input type="checkbox"/> SINGLE Célibataire<br><input type="checkbox"/> MARRIED Marié<br><input type="checkbox"/> WIDOWED Veuf | RELIGION Culte<br><input type="checkbox"/> PROTESTANT Protestant<br><input type="checkbox"/> CATHOLIC Catholique<br><input type="checkbox"/> JEWISH Juif |                                                         |
| NAME OF NEXT OF KIN Nom du plus proche parent                                                                                                                                  |                                                                                                                                                             | RELATIONSHIP TO DECEASED Parenté du décédé avec le sué                                                                                                   |                                                         |
| 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)<br>Cause du décès (N'indiquer qu'une cause par ligne)                       |                                                                                                                               | INTERVAL BETWEEN ONSET AND DEATH<br>Intervalle entre l'attaque et le décès                                              |
| DISEASE OR CONDITION DIRECTLY RESPONSIBLE FOR DEATH <sup>1</sup><br>Maladie ou condition directement responsable de la mort |                                                                                                                               | Atherosclerotic Cardiovascular Disease                                                                                  |
| ANTECEDENT CAUSES<br>Symptômes précurseurs de la mort                                                                       | MORBID CONDITION, IF ANY, LEADING TO PRIMARY CAUSE<br>Condition morbide, s'il y a lieu, menant à la cause primaire            |                                                                                                                         |
|                                                                                                                             | UNDERLYING CAUSE, IF ANY, GIVING RISE TO PRIMARY CAUSE<br>Raison fondamentale, s'il y a lieu, ayant suscité la cause primaire |                                                                                                                         |
| OTHER SIGNIFICANT CONDITIONS <sup>2</sup><br>Autres conditions significatives                                               |                                                                                                                               |                                                                                                                         |
| MODE OF DEATH<br>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<br>Circonstances de la mort suscitées par des causes extérieures |
| <input checked="" type="checkbox"/> NATURAL<br>Mort naturelle                                                               | MAJOR FINDINGS OF AUTOPSY Conclusions principales de l'autopsie                                                               |                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> ACCIDENT<br>Mort accidentelle                                                                      |                                                                                                                               |                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> SUICIDE<br>Suicide                                                                                 | NAME OF PATHOLOGIST Nom du pathologiste<br>James L. Caruso, CDR, MC, USN                                                      |                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> HOMICIDE<br>Homicide                                                                               | SIGNATURE Signature<br>                    | DATE Date<br>10 Mar 2004                                                                                                |
| DATE OF DEATH (Hour, day, month, year)<br>Date du décès (l'heure, le jour, le mois, l'année)<br>08 Mar 2004                 |                                                                                                                               | AVIATION ACCIDENT Accident à l'Avion<br><input type="checkbox"/> YES Oui <input checked="" type="checkbox"/> NO Non     |
| PLACE OF DEATH Lieu du décès<br>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<br>James L. Caruso |                                                                                                            | TITLE OR DEGREE Titre ou diplôme<br>Chief Deputy Medical Examiner |
| GRADE Grade<br>CDR                                                                          | INSTALLATION OR ADDRESS Installation ou adresse<br>Dover AFB, DE 19902                                     |                                                                   |
| DATE Date<br>13 MAY 2004                                                                    | SIGNATURE Signature<br> |                                                                   |

<sup>1</sup> Sinite disease, injury or complication which caused death but not mode of dying such as heart failure, etc.  
<sup>2</sup> Sinite conditions contributing to the death, but not related to the disease or condition causing death.  
<sup>1</sup> 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.  
<sup>2</sup> 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.

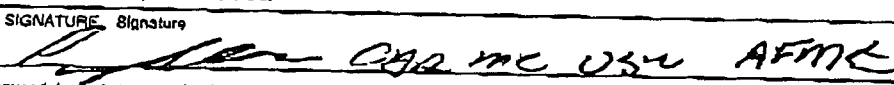
DD FORM 2064

REPLACES DA FORM 3563, 1 JAN 72 AND DA FORM 3565-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)<br>BTB AL Hussien, Bakir, Yassen Rashed                                                                                                                                                             |                                                                                                                                | GRADE Grade<br>Arme                                                                                                            | BRANCH OF SERVICE<br>Arme                                                                                               | SOCIAL SECURITY NUMBER<br>Numéro de l'Assurance Sociale                                                                                                                                              |
| ORGANIZATION Organisation<br>Detainee in Iraq                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                | NATION (e.g., United States) Pays<br>Iraq                                                                                      | DATE OF BIRTH<br>Date de naissance                                                                                      | SEX Sexe<br><input checked="" type="checkbox"/> MALE Masculin<br><input type="checkbox"/> FEMALE Féminin                                                                                             |
| RACE Race                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                | MARITAL STATUS État Civil                                                                                                      |                                                                                                                         | RELIGION Culte                                                                                                                                                                                       |
| <input checked="" type="checkbox"/> CAUCASOID Caucasienn<br><input type="checkbox"/> NEGROID Nègre<br><input type="checkbox"/> OTHER (Specify) Autre (Spécifier)                                                                                                          |                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> SINGLE Célibataire<br><input type="checkbox"/> MARRIED Marié<br><input type="checkbox"/> WIDOWED Veuf |                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> PROTESTANT Protestant<br><input type="checkbox"/> CATHOLIC Catholique<br><input type="checkbox"/> JEWISH Juif<br><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 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)<br>Cause du décès (N'indiquer qu'une cause par ligne)                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                |                                                                                                                                |                                                                                                                         | INTERVAL BETWEEN ONSET AND DEATH<br>Intervalle entre l'apparition et le décès                                                                                                                        |
| DISEASE OR CONDITION DIRECTLY LEADING TO DEATH <sup>1</sup><br>Maladie ou condition directement responsable de la mort <sup>1</sup>                                                                                                                                       |                                                                                                                                |                                                                                                                                |                                                                                                                         | Myocarditis                                                                                                                                                                                          |
| ANTECEDENT CAUSES<br>Symptômes précurseurs de la mort.                                                                                                                                                                                                                    | MORBID CONDITION, IF ANY, LEADING TO PRIMARY CAUSE<br>Condition morbide, s'il y a lieu, menant à la cause primaire             |                                                                                                                                |                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                           | UNDERLYING CAUSE, IF ANY, GIVING RISE TO PRIMARY CAUSE<br>Raison fondamentale, s'il y a lieu, ayant entraîné la cause primaire |                                                                                                                                |                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                      |
| OTHER SIGNIFICANT CONDITIONS <sup>2</sup><br>Autres conditions significatives                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                |                                                                                                                                |                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                      |
| MODE OF DEATH<br>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<br>Circonstances de la mort suscitées par des causes extérieures |                                                                                                                                                                                                      |
| <input checked="" type="checkbox"/> NATURAL<br>Mort naturelle                                                                                                                                                                                                             | MAJOR FINDINGS OF AUTOPSY Conclusions principales de l'autopsie                                                                |                                                                                                                                |                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> ACCIDENT<br>Mort accidentelle                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                |                                                                                                                                |                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> SUICIDE<br>Suicide                                                                                                                                                                                                                               | NAME OF PATHOLOGIST Nom du pathologiste<br>Douglas R. Knittel, CAPT. MC. USN                                                   |                                                                                                                                |                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> HOMICIDE<br>Homicide                                                                                                                                                                                                                             | SIGNATURE Signature<br>                     | DATE Date<br>02 Feb 2004                                                                                                       | AVIATION ACCIDENT Accident à l'Avion<br><input type="checkbox"/> YES Oui <input checked="" type="checkbox"/> NO Non     |                                                                                                                                                                                                      |
| DATE OF DEATH (Hour, day, month, year)<br>Date de décès (l'heure, le jour, le mois, l'année)<br>16 Jan 2004                                                                                                                                                               |                                                                                                                                | PLACE OF DEATH Lieu de décès<br>Iraq                                                                                           |                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                      |
| I HAVE VIEWED THE REMAINS OF THE DECEASED AND DEATH OCCURRED AT THE TIME INDICATED AND FROM THE CAUSES AS STATED ABOVE.<br>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<br>Craig T. Mallak                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                | TITLE OR DEGREE Titre ou diplôme<br>Armed Forces Medical Examiner                                                              |                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                      |
| GRADE Grade<br>CDR                                                                                                                                                                                                                                                        | INSTALLATION OR ADDRESS Installation ou adresse<br>Dover AFB, DE 19902                                                         |                                                                                                                                |                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                      |
| DATE Date<br>14 JAN 2004                                                                                                                                                                                                                                                  | SIGNATURE Signature<br>                    |                                                                                                                                |                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                      |

<sup>1</sup> State disease, injury or complication which caused death, but not mode of dying such as heart failure, etc.<sup>2</sup> State conditions contributing to the death, but not related to the disease or condition causing death.<sup>1</sup> 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 que l'arrêt du cœur, etc.<sup>2</sup> 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 1365, 1 JAN 72 AND DA FORM 1365-R(PAS), 24 SEP 75, WHICH ARE OBSOLETE.

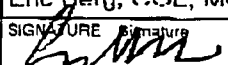
## CERTIFICATE OF DEATH (OVERSEAS)

Autre de décès (D'Outre-Mer)

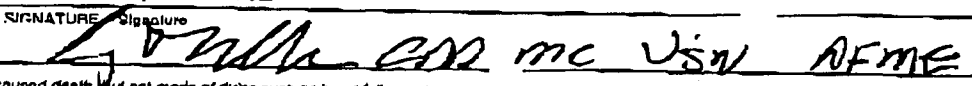
|                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                             |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NAME OF DECEASED (Last, First, Middle) Nom du décédé (Nom et prénoms)<br>BTB Ahd, Mohamed, Najem                                                                                 |                                                                                                                                                                                                             | GRADE Grade<br>Arme                                                   | BRANCH OF SERVICE<br>Arme                                                                                                                                                                                              | SOCIAL SECURITY NUMBER<br>Numéro de l'Assurance Sociale                                                  |
| ORGANIZATION Organisation<br>Detainee in Iraq                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                             | NATION (e.g., United States) Pays<br>Iraq                             | DATE OF BIRTH<br>Date de naissance                                                                                                                                                                                     | SEX Sexe<br><input checked="" type="checkbox"/> MALE Masculin<br><input type="checkbox"/> FEMALE Féminin |
| RACE Race<br><input checked="" type="checkbox"/> CAUCASOID Caucassique<br><input type="checkbox"/> NEGROID Négride<br><input type="checkbox"/> OTHER (Specify) Autre (Spécifier) | MARITAL STATUS Etat Civil<br><input type="checkbox"/> SINGLE Célibataire<br><input type="checkbox"/> DIVORCED Divorcé<br><input type="checkbox"/> SEPARATED Séparé<br><input type="checkbox"/> WIDOWED Veuf |                                                                       | RELIGION Culte<br><input type="checkbox"/> PROTESTANT Protestant<br><input type="checkbox"/> CATHOLIC Catholique<br><input type="checkbox"/> JEWISH Juif<br><input type="checkbox"/> OTHER (Specify) Autre (Spécifier) |                                                                                                          |
| NAME OF NEXT OF KIN Nom du plus proche parent                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                             | RELATIONSHIP TO DECEASED Parents du décédé avec le survivant          |                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                          |
| 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)<br>Cause du décès (N'indiquer qu'une cause par ligne)                               |                                                                                                                              | INTERVAL BETWEEN ONSET AND DEATH<br>Intervalle entre l'attaque et le décès |
| DISEASE OR CONDITION DIRECTLY LEADING TO DEATH <sup>1</sup><br>Maladie ou condition directement responsable de la mort <sup>1</sup> |                                                                                                                              | Atherosclerotic cardiovascular disease complicated by diabetes             |
| ANTECEDENT CAUSES<br>Symptômes précurseurs de la mort.                                                                              | MORRIB CONDITION, IF ANY, LEADING TO PRIMARY CAUSE<br>Condition morbide, s'il y a lieu, menant à la cause primaire           |                                                                            |
|                                                                                                                                     | UNDERLYING CAUSE, IF ANY, GIVING RISE TO PRIMARY CAUSE<br>Cause fondamentale, s'il y a lieu, ayant suscité la cause primaire |                                                                            |
| OTHER SIGNIFICANT CONDITIONS <sup>2</sup><br>Autres conditions significatives <sup>2</sup>                                          |                                                                                                                              |                                                                            |

|                                                                                                           |                                                                                                                  |                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MODE OF DEATH<br>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<br>Circonstances de la mort suscitées par des causes extérieures |
| <input checked="" type="checkbox"/> NATURAL<br>Mort naturelle                                             | MAJOR FINDINGS OF AUTOPSY Conclusions principales de l'autopsie                                                  |                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> ACCIDENT<br>Mort accidentelle                                                    |                                                                                                                  |                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> SUICIDE<br>Suicide                                                               | NAME OF PATHOLOGIST Nom du pathologiste<br>Eric Berg, COL, MC, USA                                               |                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> HOMICIDE<br>Homicide                                                             | SIGNATURE Signature<br>       | DATE Date<br>24 Aug 2003                                                                                                |
| DATE OF DEATH (Hour, day, month, year)<br>Date du décès (Heure, le jour, le mois, l'année)<br>08 Aug 2003 | PLACE OF DEATH Lieu de décès<br>Abu Ghurayb Prison, Iraq                                                         | AVIATION ACCIDENT Accident à l'Avion<br><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<br>Craig T. Mallak | TITLE OR DEGREE Titre ou diplôme<br>Armed Forces Medical Examiner                                           |
| GRADE Grade<br>CDR                                                                          | INSTALLATION OR ADDRESS Installation ou adresse<br>Dover AFB, DE 19902                                      |
| DATE Date<br>14 MAY 04                                                                      | SIGNATURE Signature<br> |

<sup>1</sup> State disease, injury or complication which caused death, but not mode of dying such as heart failure, etc.  
<sup>2</sup> State conditions contributing to the death, but not related to the disease or condition causing death.  
<sup>1</sup> 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.  
<sup>2</sup> 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)<br>BTB Taled, Ehad, Kazam                                                                                                                                                                              |                                                                                                                            | GRADE Grade                                                                                                          | BRANCH OF SERVICE Armée                                                                                           | SOCIAL SECURITY NUMBER Numéro de l'Assurance Sociale                                                     |
| ORGANIZATION Organisation<br>Detainee in Iraq                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                            | NATION (e.g., United States) Pays<br>Iraq                                                                            | DATE OF BIRTH Date de naissance                                                                                   | SEX Sexe<br><input checked="" type="checkbox"/> MALE Masculin<br><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"/> PROTESTANT Protestant                                                           |
| <input type="checkbox"/> NEGROID Négride                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> MARRIED Marié                                                                               |                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> CATHOLIC Catholique                                                             |
| <input type="checkbox"/> OTHER (Specify) Autre (Spécifier)                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> DIVORCED Divorcé                                                                            |                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> JEWISH Juif                                                                     |
| <input type="checkbox"/> WIDOWED Veuf                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> SEPARATED Séparé                                                                            |                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> OTHER (Specify) Autre (Spécifier)                                               |
| NAME OF NEXT OF KIN Nom du plus proche parent                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                            | RELATIONSHIP TO DECEASED Parenté du décédé avec le susdit                                                            |                                                                                                                   |                                                                                                          |
| STREET ADDRESS Domicile # (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)<br>Arteriosclerotic Cardiovascular Disease                                                                                                                                  |                                                                                                                            |                                                                                                                      |                                                                                                                   | INTERVAL BETWEEN ONSET AND DEATH Intervalle entre l'attaque et le décès                                  |
| DISEASE OR CONDITION DIRECTLY LEADING TO DEATH <sup>1</sup> Maladie ou condition directement responsable de la mort                                                                                                                                                          |                                                                                                                            |                                                                                                                      |                                                                                                                   |                                                                                                          |
| 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 <sup>2</sup> 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<br>Michael E. Smith, MAJ, MC, USA                                                  |                                                                                                                      |                                                                                                                   |                                                                                                          |
| <input type="checkbox"/> HOMICIDE Homicide                                                                                                                                                                                                                                   | SIGNATURE Signature<br><i>Michael E. Smith</i>                                                                             | DATE Date<br>22 Aug 2003                                                                                             | AVIATION ACCIDENT Accident à Avion<br><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)<br>20 Aug 2003                                                                                                                                                                     |                                                                                                                            | PLACE OF DEATH Lieu de décès<br>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.<br>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 capitaine<br>Michael E. Smith                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                            | TITLE OR DEGREE Titre ou diplôme<br>Deputy Medical Examiner                                                          |                                                                                                                   |                                                                                                          |
| GRADE Grade<br>MAJ                                                                                                                                                                                                                                                           | INSTALLATION OR ADDRESS Installation ou adresse<br>Dover AFB, DE 19902                                                     |                                                                                                                      |                                                                                                                   |                                                                                                          |
| DATE Date<br>12 May 2004                                                                                                                                                                                                                                                     | SIGNATURE Signature<br><i>Michael E. Smith</i>                                                                             |                                                                                                                      |                                                                                                                   |                                                                                                          |

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

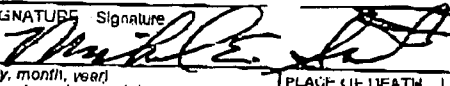
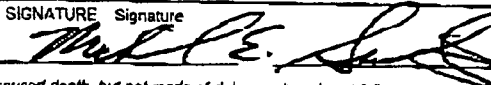
2 State conditions contributing to the death, but not related to the disease or condition causing death.

3 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.

4 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.

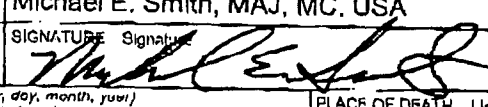
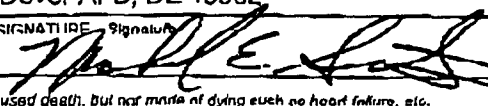
| CERTIFICATE OF DEATH (OVERSEAS)<br>Acte de décès (D'Outre-Mer)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                               |                                             |                                                                       |                                    |                                                                                                                         |                                                                                                          |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| NAME OF DECEASED (Last, First, Middle) Nom du décédé (Nom et prénoms)<br>BTB Spah, Dham                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                               | GRADE Grade<br>Arme                         |                                                                       | BRANCH OF SERVICE<br>Arme          |                                                                                                                         | SOCIAL SECURITY NUMBER<br>Numéro de l'Assurance Sociale                                                  |  |
| ORGANIZATION Organisation<br>Detainee in Iraq                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                               | NATION (e.g., United States) Pays<br>Iraq   |                                                                       | DATE OF BIRTH<br>Date de naissance |                                                                                                                         | SEX Sexe<br><input checked="" type="checkbox"/> MALE Masculin<br><input type="checkbox"/> FEMALE Féminin |  |
| RACE Race                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                               | MARITAL STATUS État Civil                   |                                                                       |                                    | RELIGION Culte                                                                                                          |                                                                                                          |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> CAUCASIAN Caucasienn                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> SINGLE Célibataire |                                                                       |                                    | <input type="checkbox"/> PROTESTANT Protestant                                                                          |                                                                                                          |  |
| <input type="checkbox"/> NEGROID Nègre                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> MARRIED Marié      |                                                                       |                                    | <input type="checkbox"/> CATHOLIC Catholique                                                                            |                                                                                                          |  |
| <input type="checkbox"/> OTHER (Specify) Autre (Spécifier)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> DIVORCED Divorcé   |                                                                       |                                    | <input type="checkbox"/> JEWISH Juif                                                                                    |                                                                                                          |  |
| <input type="checkbox"/> WIDOWED Veuf                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> SEPARATE Separé    |                                                                       |                                    | <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 ou la              |                                    |                                                                                                                         |                                                                                                          |  |
| 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)<br>Cause du décès (N'indiquer qu'une cause par ligne)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                               |                                             |                                                                       |                                    | INTERVAL BETWEEN ONSET AND DEATH<br>Intervalle entre l'attaque et la réaction                                           |                                                                                                          |  |
| DISEASE OR CONDITION DIRECTLY LEADING TO DEATH <sup>1</sup><br>Maladie ou condition directement responsable de la mort                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                               |                                             |                                                                       |                                    | Arteriosclerotic Cardiovascular Disease                                                                                 |                                                                                                          |  |
| ANTECEDENT CAUSES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | MORBID CONDITION, IF ANY, LEADING TO PRIMARY CAUSE<br>Condition morbide, s'il y a lieu, menant à la cause primaire            |                                             |                                                                       |                                    |                                                                                                                         |                                                                                                          |  |
| Symptoms precursors de la mort                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | UNDERLYING CAUSE, IF ANY, GIVING RISE TO PRIMARY CAUSE<br>Raison fondamentale, s'il y a lieu, ayant suscité la cause primaire |                                             |                                                                       |                                    |                                                                                                                         |                                                                                                          |  |
| OTHER SIGNIFICANT CONDITIONS <sup>2</sup><br>Autres conditions significatives                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                               |                                             |                                                                       |                                    |                                                                                                                         |                                                                                                          |  |
| MODE OF DEATH<br>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<br>Circonstances de la mort suscitées par des causes extérieures |                                                                                                          |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> NATURAL<br>Mort naturelle                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | MAJOR FINDINGS OF AUTOPSY Conclusions principales de l'autopsie                                                               |                                             |                                                                       |                                    |                                                                                                                         |                                                                                                          |  |
| <input type="checkbox"/> ACCIDENT<br>Mort accidentelle                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                               |                                             |                                                                       |                                    |                                                                                                                         |                                                                                                          |  |
| <input type="checkbox"/> SUICIDE<br>Suicide                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | NAME OF PATHOLOGIST Nom du pathologiste<br>Michael E. Smith, MAJ, MC, USA                                                     |                                             |                                                                       |                                    |                                                                                                                         |                                                                                                          |  |
| <input type="checkbox"/> HOMICIDE<br>Homicide                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | SIGNATURE Signature<br>                    |                                             |                                                                       |                                    | DATE Date<br>25 Aug 2003                                                                                                |                                                                                                          |  |
| DATE OF DEATH (Hour, day, month, year)<br>Date du décès (Heure, le jour, le mois, l'année)<br>13 Aug 2003                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                               |                                             | PLACE OF DEATH Lieu de décès<br>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.<br>J'ai examiné les restes mortels du défunt et la mort est survenue 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<br>Michael E. Smith                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                               |                                             | TITLE OR DEGREE Titre ou diplôme<br>Deputy Medical Examiner           |                                    |                                                                                                                         |                                                                                                          |  |
| GRADE Grade<br>MAJ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | INSTALLATION OR ADDRESS Installation ou adresse<br>Dover AFB, DE 19902                                                        |                                             |                                                                       |                                    |                                                                                                                         |                                                                                                          |  |
| DATE Date<br>12 Aug 2004                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | SIGNATURE Signature<br>                    |                                             |                                                                       |                                    |                                                                                                                         |                                                                                                          |  |
| <sup>1</sup> State disease, injury or complication which caused death, but not mode of dying such as heart failure, etc.<br><sup>2</sup> State conditions contributing to the death, but not related to the disease or condition causing death.<br><sup>1</sup> 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.<br><sup>2</sup> 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 1365, 1 JAN 72 AND DA FORM 1365-R(PAS), 26 SEP 75, WHICH ARE OBSOLETE.

## CERTIFICATE OF DEATH (OVERSEAS)

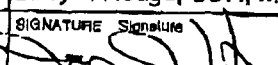
Acte de décès (D'Outre-Mer)

|                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                  |                                                                                                                                 |                                                                                                                         |                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NAME OF DECEASED (Last, First, Middle) Nom du décédé (Nom et prénoms)<br>BTB Mihdy, Wathik                                                                                                                                                             |                                                                                                                  | GRADE Grade<br>Arme                                                                                                             | BRANCH OF SERVICE<br>Arme                                                                                               | SOCIAL SECURITY NUMBER<br>Numéro de l'Assurance Sociale                                                                                |
| ORGANIZATION Organisation<br>Detainee in Iraq                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                  | NATION (e.g., United States) Pays<br>Iraq                                                                                       | DATE OF BIRTH Date de naissance                                                                                         | SEX Sexe<br><input checked="" type="checkbox"/> MALE Masculin<br><input type="checkbox"/> FEMALE Féminin                               |
| RACE Race                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                  | MARITAL STATUS État Civil                                                                                                       |                                                                                                                         | RELIGION Religion                                                                                                                      |
| <input checked="" type="checkbox"/> CAUCASOID Caucasienn                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> SINGLE Célibataire                                                                                     |                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> PROTESTANT Protestant<br><input type="checkbox"/> CATHOLIC Catholique<br><input type="checkbox"/> JEWISH Juif |
| <input type="checkbox"/> NEGROID Nègre                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> MARRIED Marié                                                                                          |                                                                                                                         |                                                                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> OTHER (Specify) Autre (Spécifier)                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> DIVORCED Divorcé<br><input type="checkbox"/> SEPARATED Séparé<br><input type="checkbox"/> WIDOWED Veuf |                                                                                                                         |                                                                                                                                        |
| NAME OF NEXT OF KIN Nom du plus proche parent                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                  | RELATIONSHIP TO DECEASED Parenté du décédé avec le(s) (s)                                                                       |                                                                                                                         |                                                                                                                                        |
| 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)<br>Cause du décès (Indiquer qu'une cause par ligne)                                                                                                                                                    |                                                                                                                  |                                                                                                                                 |                                                                                                                         | INTERVAL BETWEEN ONSET AND DEATH<br>Intervalle entre l'attaque et le décès                                                             |
| DISEASE OR CONDITION DIRECTLY LEADING TO DEATH <sup>1</sup><br>Maladie ou condition directement responsable de la mort <sup>1</sup>                                                                                                                    |                                                                                                                  |                                                                                                                                 |                                                                                                                         | Arteriosclerotic cardiovascular disease                                                                                                |
| ANTECEDENT CAUSES<br>Symptômes précurseurs de la mort                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                  | MORBID CONDITION, IF ANY, LEADING TO PRIMARY CAUSE<br>Condition morbide, s'il y a lieu, menant à la cause primaire              |                                                                                                                         |                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                  | UNDERLYING CAUSE, IF ANY, GIVING RISE TO PRIMARY CAUSE<br>Raison fondamentale, s'il y a lieu, ayant suscité la cause primaire   |                                                                                                                         |                                                                                                                                        |
| OTHER SIGNIFICANT CONDITIONS <sup>2</sup><br>Autres conditions significatives <sup>2</sup>                                                                                                                                                             |                                                                                                                  |                                                                                                                                 |                                                                                                                         |                                                                                                                                        |
| MODE OF DEATH<br>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<br>Circonstances de la mort suscitées par des causes extérieures |                                                                                                                                        |
| <input checked="" type="checkbox"/> NATURAL<br>Mort naturelle                                                                                                                                                                                          | MAJOR FINDINGS OF AUTOPSY Conclusions principales de l'autopsie                                                  |                                                                                                                                 |                                                                                                                         |                                                                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> ACCIDENT<br>Mort accidentelle                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                  |                                                                                                                                 |                                                                                                                         |                                                                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> SUICIDE<br>Suicide                                                                                                                                                                                                            | NAME OF PATHOLOGIST Nom du pathologiste<br>Michael E. Smith, MAJ, MC, USA                                        |                                                                                                                                 |                                                                                                                         |                                                                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> HOMICIDE<br>Meurtre                                                                                                                                                                                                           | SIGNATURE Signature<br>       |                                                                                                                                 | DATE Date<br>23 Aug 2003                                                                                                | AVIATION ACCIDENT Accident à Avion<br><input type="checkbox"/> YES Oui <input checked="" type="checkbox"/> NO Non                      |
| DATE OF DEATH (Hour, day, month, year)<br>Date de décès (l'heure, le jour, le mois, l'année)<br>11 Aug 2003                                                                                                                                            |                                                                                                                  | PLACE OF DEATH Lieu de décès<br>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.<br>J'ai examiné les restes mortels du défunt le jour et à l'heure indiqués ci-dessus, la suite des causes énumérées ci-dessus. |                                                                                                                  |                                                                                                                                 |                                                                                                                         |                                                                                                                                        |
| NAME OF MEDICAL OFFICER Nom du médecin militaire ou du médecin sanitaire<br>Michael E. Smith                                                                                                                                                           |                                                                                                                  | TITLE OR DEGREE Titre ou diplôme<br>Deputy Medical Examiner                                                                     |                                                                                                                         |                                                                                                                                        |
| GRADE Grade<br>MAJ                                                                                                                                                                                                                                     | INSTALLATION OR ADDRESS Installation ou adresse<br>Dover AFB, DE 19902                                           |                                                                                                                                 |                                                                                                                         |                                                                                                                                        |
| DATE Date<br>12 May 2004                                                                                                                                                                                                                               | SIGNATURE Signature<br>       |                                                                                                                                 |                                                                                                                         |                                                                                                                                        |

<sup>1</sup> State disease, injury or complication which caused death, but not mode of dying such as heart failure, etc.<sup>2</sup> State conditions contributing to the death, but not related to the disease or condition causing death.<sup>3</sup> 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.<sup>4</sup> 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 3565, 1 JAN 72 AND DA FORM 3565-R (FAS), 26 SEP 75, WHICH ARE OBSOLETE.

| CERTIFICATE OF DEATH (OVERSEAS)<br>Acte de décès (D'Outre-Mer)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                              |                                                                       |                                                                                                                           |                                                                                                          |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| NAME OF DECEASED (Last, First, Middle) Nom du décédé (Nom et prénoms)<br>BTD Gumaa, Fahin, Ali                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                              | GRADE Grade                                                           | BRANCH OF SERVICE Armée                                                                                                   | SOCIAL SECURITY NUMBER<br>Numéro de l'Assurance Sociale<br>US Del 160078                                 |  |
| ORGANIZATION Organisation                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                              | NATION (e.g., United States) Pays<br>Iraq                             | DATE OF BIRTH<br>Date de naissance<br>01 Jan 1960                                                                         | SEX Sexe<br><input checked="" type="checkbox"/> MALE Masculin<br><input type="checkbox"/> FEMALE Féminin |  |
| RACE Race                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                              | MARITAL STATUS État Civil                                             |                                                                                                                           | RELIGION Confession                                                                                      |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> CAUCASOID Caucasique                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> SINGLE Célibataire                           |                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> PROTESTANT Protestant                                                           |  |
| <input type="checkbox"/> NEGROID Nègre                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> MARRIED Marié                                |                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> CATHOLIC Catholique                                                             |  |
| <input type="checkbox"/> OTHER (Specify) Autre (Spécifier)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> SEPARATED Séparé                             |                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> JEWISH Juif                                                                     |  |
| NAME OF NEXT OF KIN Nom du plus proche parent                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                              | RELATIONSHIP TO DECEASED Relation du décédé avec le sué               |                                                                                                                           |                                                                                                          |  |
| 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)<br>Cause du décès (N'indiquer qu'une cause par ligne)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                              |                                                                       |                                                                                                                           | INTERVAL BETWEEN ONSET AND DEATH<br>Intervalle entre l'apparition et la décès                            |  |
| DISEASE OR CONDITION DIRECTLY LEADING TO DEATH <sup>1</sup><br>Maladie ou condition directement responsable de la mort                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                              | Multiple gunshot wounds with complications                            |                                                                                                                           | Days                                                                                                     |  |
| ANTECEDENT CAUSES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | MORBID CONDITION, IF ANY, LEADING TO PRIMARY CAUSE<br>Condition morbide, s'il y a lieu, menant à la cause primaire           |                                                                       |                                                                                                                           |                                                                                                          |  |
| Symptoms precursors of the death                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | UNDERLYING CAUSE, IF ANY, GIVING RISE TO PRIMARY CAUSE<br>Cause fondamentale, s'il y a lieu, ayant suscité la cause primaire |                                                                       |                                                                                                                           |                                                                                                          |  |
| OTHER SIGNIFICANT CONDITIONS <sup>2</sup><br>Autres conditions significatives                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                              |                                                                       |                                                                                                                           |                                                                                                          |  |
| MODE OF DEATH<br>Cause de décès                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | AUTOPSY PERFORMED Autopsie effectuée <input checked="" type="checkbox"/> YES Oui <input type="checkbox"/> NO Non             |                                                                       | CIRCUMSTANCES SURROUNDING DEATH DUE TO EXTERNAL CAUSES<br>Circonstances de la mort susceptibles pour une cause extérieure |                                                                                                          |  |
| NATURAL<br>Mort naturelle                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | MAJOR FINDINGS OF AUTOPSY Conclusions principales de l'autopsie                                                              |                                                                       |                                                                                                                           |                                                                                                          |  |
| ACCIDENT<br>Mort accidentelle                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                              |                                                                       |                                                                                                                           |                                                                                                          |  |
| SUICIDE<br>Suicide                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                              |                                                                       |                                                                                                                           |                                                                                                          |  |
| HOMICIDE<br>Homicide                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | NAME OF PATHOLOGIST Nom du pathologiste<br>Jerry J. Hodge, CDR, MC, USN                                                      |                                                                       | SIGNATURE Signature<br>                |                                                                                                          |  |
| DATE OF DEATH (Hour, day, month, year)<br>Date de décès (l'heure, le jour, le mois, l'année)<br>28 Apr 2004                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | PLACE OF DEATH Lieu de décès<br>Baghdad, Iraq                                                                                |                                                                       | DATE Date<br>18 May 2004                                                                                                  |                                                                                                          |  |
| I HAVE VIEWED THE REMAINS OF THE DECEASED AND DEATH OCCURRED AT THE TIME INDICATED AND FROM THE CAUSES AS STATED ABOVE.<br>J'ai examiné les restes mortels du dé et l'heure la cause 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<br>Jerry J. Hodge                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                              | TITLE OR DEGREE Titre ou diplôme<br>Deputy Medical Examiner           |                                                                                                                           |                                                                                                          |  |
| GRADE Grade<br>CDR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | INSTALLATION OR ADDRESS Installation ou adresse<br>Dover AFB, DE 19902                                                       |                                                                       |                                                                                                                           |                                                                                                          |  |
| DATE Date<br>21 May 04                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | SIGNATURE Signature<br>                   |                                                                       |                                                                                                                           |                                                                                                          |  |
| <sup>1</sup> Other disease, injury or complication which caused death, but not mode of dying such as heart failure, etc.<br><sup>2</sup> Other conditions contributing to the death, but not related to the disease or condition causing death.<br><sup>1</sup> Autres conditions contribuant à la mort, mais non liées à la maladie ou à la condition qui a provoqué la mort.<br><sup>2</sup> Autres conditions contribuant 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 3548, 1 JAN 72 AND DA FORM 3545-1 (FAS), 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)<br>BTB Jaleel, Abdul                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                               | GRADE Grade<br>Arme                                                                                                                                         | BRANCH OF SERVICE<br>Arme                                                                                               | SOCIAL SECURITY NUMBER<br>Numéro de l'Assurance Sociale                                                                                                  |
| ORGANIZATION Organisation<br>Detainee in Iraq                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                               | NATION (a.g., United States) Pays<br>Iraq                                                                                                                   | DATE OF BIRTH<br>Date de naissance<br>07 Jan 1957                                                                       | SEX Sexe<br><input checked="" type="checkbox"/> MALE Masculin<br><input type="checkbox"/> FEMALE Féminin                                                 |
| RACE Race<br><input checked="" type="checkbox"/> CAUCASIAN Caucasilque<br><input type="checkbox"/> NEGROID Négride<br><input type="checkbox"/> OTHER (Specify) Autre (Spécifier)                                                                                             |                                                                                                                               | MARITAL STATUS État Civil<br><input type="checkbox"/> SINGLE Célibataire<br><input type="checkbox"/> MARRIED Marié<br><input type="checkbox"/> WIDOWED Veuf |                                                                                                                         | RELIGION Culte<br><input type="checkbox"/> PROTESTANT Protestant<br><input type="checkbox"/> CATHOLIC Catholique<br><input type="checkbox"/> JEWISH Juif |
| NAME OF NEXT OF KIN Nom du plus proche parent                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                               | RELATIONSHIP TO DECEASED Relation du défunt avec le défunt                                                                                                  |                                                                                                                         |                                                                                                                                                          |
| 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)<br>Cause du décès (Indiquer qu'une cause par ligne)                                                                                                                                                                          |                                                                                                                               |                                                                                                                                                             |                                                                                                                         | INTERVAL BETWEEN ONSET AND DEATH<br>Intervalle entre l'attaque et le décès                                                                               |
| DISEASE OR CONDITION DIRECTLY LEADING TO DEATH <sup>1</sup><br>Maladie ou condition directement responsable de la mort <sup>1</sup>                                                                                                                                          |                                                                                                                               |                                                                                                                                                             |                                                                                                                         | Blunt Force Injuries and Asphyxia                                                                                                                        |
| ANTECEDENT CAUSES<br>Symptômes précurseurs de la mort.                                                                                                                                                                                                                       | MORBID CONDITION, IF ANY, LEADING TO PRIMARY CAUSE<br>Condition morbide, s'il y a lieu, menant à la cause primaire            |                                                                                                                                                             |                                                                                                                         |                                                                                                                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                              | UNDERLYING CAUSE, IF ANY, GIVING RISE TO PRIMARY CAUSE<br>Raison fondamentale, s'il y a lieu, ayant suscité la cause primaire |                                                                                                                                                             |                                                                                                                         |                                                                                                                                                          |
| OTHER SIGNIFICANT CONDITIONS <sup>2</sup><br>Autres conditions significatives <sup>2</sup>                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                               |                                                                                                                                                             |                                                                                                                         |                                                                                                                                                          |
| MODE OF DEATH<br>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<br>Circonstances de la mort suscitées par des causes extérieures |                                                                                                                                                          |
| NATURAL<br>Mort naturelle                                                                                                                                                                                                                                                    | MAJOR FINDINGS OF AUTOPSY Conclusions principales de l'autopsie                                                               |                                                                                                                                                             |                                                                                                                         |                                                                                                                                                          |
| ACCIDENT<br>Mort accidentelle                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                               |                                                                                                                                                             |                                                                                                                         |                                                                                                                                                          |
| SUICIDE<br>Suicide                                                                                                                                                                                                                                                           | NAME OF PATHOLOGIST Nom du pathologiste<br>James L. Caruso, CDR, MC, USN                                                      |                                                                                                                                                             |                                                                                                                         |                                                                                                                                                          |
| HOMICIDE<br>Homicide                                                                                                                                                                                                                                                         | SIGNATURE Signature<br><i>[Signature]</i>                                                                                     | DATE Date<br>11 Jan 2004                                                                                                                                    | AVIATION ACCIDENT Accident d'Avion<br><input type="checkbox"/> YES Oui <input checked="" type="checkbox"/> NO Non       |                                                                                                                                                          |
| DATE OF DEATH (Hour, day, month, year)<br>Date de décès (l'heure, le jour, le mois, l'année)<br>09 Jan 2004                                                                                                                                                                  |                                                                                                                               | PLACE OF DEATH Lieu de décès<br>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.<br>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<br>James L. Caruso                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                               | TITLE OR DEGREE Titre ou diplôme<br>Chief Deputy Medical Examiner                                                                                           |                                                                                                                         |                                                                                                                                                          |
| GRADE Grade<br>CDR                                                                                                                                                                                                                                                           | INSTALLATION OR ADDRESS Installation ou adresse<br>Dover AFB, DE 19902                                                        |                                                                                                                                                             |                                                                                                                         |                                                                                                                                                          |
| DATE Date<br>13 MAY 2004                                                                                                                                                                                                                                                     | SIGNATURE Signature<br><i>[Signature]</i>                                                                                     |                                                                                                                                                             |                                                                                                                         |                                                                                                                                                          |

<sup>1</sup> State disease, injury or complication which caused death, but not mode of dying such as heart failure, etc.<sup>2</sup> State conditions contributing to the death, but not related to the disease or condition causing death.<sup>1</sup> 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.<sup>2</sup> 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)<br>Acte de décès (D'Outre-Mer)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                               |                                                                                                          |                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NAME OF DECEASED (Last, First, Middle) Nom du décédé (Nom et prénoms)<br>BTB Al-Jamadi, Mariadel                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                               | GRADE Grade<br>Arme                                                                                      | BRANCH OF SERVICE<br>Arme                                                                                               |
| ORGANIZATION Organisation<br>Detainee in Iraq                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                               | NATION (e.g., United States) Pays<br>USA                                                                 | DATE OF BIRTH Date de naissance                                                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                               | SEX Sexe<br><input checked="" type="checkbox"/> MALE Masculin<br><input type="checkbox"/> FEMALE Féminin |                                                                                                                         |
| RACE Race                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                               | MARITAL STATUS Etat Civil                                                                                |                                                                                                                         |
| <input checked="" type="checkbox"/> CAUCASOID Caucasique                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> SINGLE Célibataire                                                              |                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> NEGROID Nègre                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> DIVORCED Divorcé                                                                |                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> OTHER (Specify) Autre (Spécifier)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> SEPARATED Séparé                                                                |                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> WIDOWED Veuf                                                                    |                                                                                                                         |
| NAME OF NEXT OF KIN Nom du plus proche parent                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                               | RELATIONSHIP TO DECEASED Parenté du défunt avec le défunt                                                |                                                                                                                         |
| 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)<br>Cause du décès (N'indiquer qu'une cause par ligne)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                               |                                                                                                          | INTERVAL BETWEEN ONSET AND DEATH<br>Intervalle entre l'attaque et le décès                                              |
| DISEASE OR CONDITION DIRECTLY LEADING TO DEATH <sup>1</sup><br>Maladie ou condition directement responsable de la mort <sup>1</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                               |                                                                                                          | Blunt force injuries complicated by compromised respiration                                                             |
| ANTECEDENT CAUSES<br>Symptômes précurseurs de la mort                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | MORBID CONDITION, IF ANY, LEADING TO PRIMARY CAUSE<br>Condition morbide, s'il y a lieu, menant à la cause primaire            |                                                                                                          |                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | UNDERLYING CAUSE, IF ANY, GIVING RISE TO PRIMARY CAUSE<br>Raison fondamentale, s'il y a lieu, ayant suscité la cause primaire |                                                                                                          |                                                                                                                         |
| OTHER SIGNIFICANT CONDITIONS <sup>2</sup><br>Autres conditions significatives <sup>2</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                               |                                                                                                          |                                                                                                                         |
| MODE OF DEATH<br>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<br>Circonstances de la mort suscitées par des causes extérieures |
| NATURAL<br>Mort naturelle                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | MAJOR FINDINGS OF AUTOPSY Conclusions principales de l'autopsie                                                               |                                                                                                          |                                                                                                                         |
| ACCIDENT<br>Mort accidentelle                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                               |                                                                                                          |                                                                                                                         |
| SUICIDE<br>Suicide                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | NAME OF PATHOLOGIST Nom du pathologiste<br>Jerry J. Hodge, CDR, MC, USN                                                       |                                                                                                          |                                                                                                                         |
| <input checked="" type="checkbox"/> HOMICIDE<br>Homicide                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | SIGNATURE Signature<br><i>J. J. Hodge</i>                                                                                     | DATE Date<br>09 Nov 2003                                                                                 | AVIATION ACCIDENT Accident d'Avion<br><input type="checkbox"/> YES Oui <input checked="" type="checkbox"/> NO Non       |
| DATE OF DEATH (Hour, day, month, year)<br>Date de décès (Heure, le jour, le mois, l'année)<br>04 Nov 2003                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                               | PLACE OF DEATH Lieu de décès<br>Baghdad, Iraq                                                            |                                                                                                                         |
| I HAVE VIEWED THE REMAINS OF THE DECEASED AND DEATH OCCURRED AT THE TIME INDICATED AND FROM THE CAUSES AS STATED ABOVE.<br>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<br>Jerry J. Hodge                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                               | TITLE OR DEGREE Titre ou diplôme<br>Deputy Medical Examiner                                              |                                                                                                                         |
| GRADE Grade<br>CDR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | INSTALLATION OR ADDRESS Installation ou adresse<br>Dover AFB, DE 19902                                                        |                                                                                                          |                                                                                                                         |
| DATE Date<br>13 MAY 2004                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | SIGNATURE Signature<br><i>J. J. Hodge</i>                                                                                     |                                                                                                          |                                                                                                                         |
| <sup>1</sup> State disease, injury or complication which caused death, but not mode of dying such as heart failure, etc.<br><sup>2</sup> State conditions contributing in the death, but not related to the disease or condition causing death.<br><sup>3</sup> 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.<br><sup>4</sup> Préciser la condition qui a contribué à la mort, mais n'ayant aucun rapport avec la maladie ou la condition qui a provoqué le 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 décédé (Nom et prénoms)<br><b>BTB Dababa, Dilar</b> |                                             | GRADE Grade<br>Arme                                                   | BRANCH OF SERVICE<br>Arme                      | SOCIAL SECURITY NUMBER<br>Numéro de l'Assurance Sociale                                                  |
| ORGANIZATION Organisation<br><b>Detainee in Iraq</b>                                              |                                             | NATION (e.g., United States) Pays<br><b>Iraq</b>                      | DATE OF BIRTH<br>Date de naissance             | SEX Sexe<br><input checked="" type="checkbox"/> MALE Masculin<br><input type="checkbox"/> FEMALE Féminin |
| RACE Race                                                                                         | MARITAL STATUS État Civil                   |                                                                       | RELIGION Culte                                 |                                                                                                          |
| <input checked="" type="checkbox"/> CAUCASOID Caucasiqne                                          | <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                                  | <input type="checkbox"/> JEWISH Juif           |                                                                                                          |
| NAME OF NEXT OF KIN Nom du plus proche parent                                                     |                                             | RELATIONSHIP TO DECEASED Parenté du décès avec le suicidé             |                                                |                                                                                                          |
| 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)<br>Cause du décès (N'indiquer qu'une cause par ligne)                       |                                                                                                                  | INTERVAL BETWEEN ONSET AND DEATH<br>Intervalle entre l'attaque et le décès                                             |
| DISEASE OR CONDITION DIRECTLY LEADING TO DEATH<br>Maladie ou condition directement responsable de la mort                  |                                                                                                                  | Closed Head Injury with a Cortical Brain Contusion and Subdural Hematoma                                               |
| ANTECEDENT CAUSES<br>Symptômes précurseurs de la mort                                                                      |                                                                                                                  |                                                                                                                        |
| MORBID CONDITION, IF ANY, LEADING TO PRIMARY CAUSE<br>Condition morbide, s'il y a lieu, menant à la cause primaire         |                                                                                                                  |                                                                                                                        |
| UNDERLYING CAUSE, IF ANY, GIVING RISE TO PRIMARY CAUSE<br>Cause fondamentale, s'il y a lieu, ayant causé la cause primaire |                                                                                                                  |                                                                                                                        |
| OTHER SIGNIFICANT CONDITIONS<br>Autres conditions significatives                                                           |                                                                                                                  |                                                                                                                        |
| MODE OF DEATH<br>Condition de décès                                                                                        | AUTOPSY PERFORMED Autopsie effectuée <input checked="" type="checkbox"/> YES Oui <input type="checkbox"/> NO Non | CIRCUMSTANCES SURROUNDING DEATH DUE TO EXTERNAL CAUSE<br>Circonstances de la mort associées par des causes extérieures |
| NATURAL<br>Mort naturelle                                                                                                  | MAJOR FINDINGS OF AUTOPSY Conclusions principales de l'autopsie                                                  |                                                                                                                        |
| ACCIDENT<br>Mort accidentelle                                                                                              | NAME OF PATHOLOGIST Nom du pathologiste<br><b>Elizabeth A. Rouse, LtCol, MC, USAF</b>                            |                                                                                                                        |
| SUICIDE<br>Suicide                                                                                                         |                                                                                                                  |                                                                                                                        |
| HOMICIDE<br>Homicide                                                                                                       | SIGNATURE Signature                                                                                              | DATE Date<br><b>17 Jun 2003</b>                                                                                        |
| DATE OF DEATH (Day, month, year)<br>Date de décès (l'heure, le jour, le mois, l'année)<br><b>13 Jun 2003</b>               |                                                                                                                  | AVIATION ACCIDENT Accident à Avion<br><input type="checkbox"/> YES Oui <input checked="" type="checkbox"/> NO Non      |
| PLACE OF DEATH Lieu de décès<br><b>Iraq</b>                                                                                |                                                                                                                  |                                                                                                                        |

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 j'en 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<br><b>Elizabeth A. Rouse</b> |                                                                               | TITLE OR DEGREE Titre ou diplôme<br><b>First Chief Deputy Medical Examiner</b> |
| GRADE Grade<br><b>LtCol</b>                                                                           | INSTALLATION OR ADDRESS Installation ou adresse<br><b>Dover AFB, DE 19902</b> |                                                                                |
| DATE Date<br><b>14 May 04</b>                                                                         | 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 maladie, la blessure ou 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**

REPLACES DA FORM 3565, 1 JAN 72 AND DA FORM 3565-RIFAS, 16 SEP 75, WHICH ARE OBSOLETE.

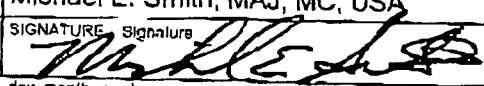
## CERTIFICATE OF DEATH (OVERSEAS)

Acte de décès (D'Outre-Mer)

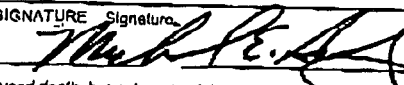
|                                                                                            |  |                                                                       |                                 |                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NAME OF DECEASED (Last, First, Middle) Nom du décédé (Nom et prénoms)<br>BTB Mowhosh, Abid |  | GRADE Grade<br>MG                                                     | BRANCH OF SERVICE Armée         | SOCIAL SECURITY NUMBER Numéro de l'Assurance Sociale                                                                                   |
| ORGANIZATION Organisation<br>Detainee in Iraq                                              |  | NATION (a.g., United States) Pays<br>Iraq                             | DATE OF BIRTH Date de naissance | SEX Sexe<br><input checked="" type="checkbox"/> MALE Masculin<br><input type="checkbox"/> FEMALE Féminin                               |
| RACE Race                                                                                  |  | MARITAL STATUS État Civil                                             |                                 | RELIGION Culte                                                                                                                         |
| <input checked="" type="checkbox"/> CAUCASOID Caucasique                                   |  | <input type="checkbox"/> SINGLE Célibataire                           |                                 | <input type="checkbox"/> PROTESTANT Protestant<br><input type="checkbox"/> CATHOLIC Catholique<br><input type="checkbox"/> JEWISH Juif |
| <input type="checkbox"/> NEGROID Négride                                                   |  | <input type="checkbox"/> DIVORCED Divorcé                             |                                 |                                                                                                                                        |
| <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"/> OTHER (Specify) Autre (Spécifier)                                                                             |
| NAME OF NEXT OF KIN Nom du plus proche parent                                              |  | RELATIONSHIP TO DECEASED Parenté du décédé avec la succion            |                                 |                                                                                                                                        |
| 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)<br>Cause du décès (N'indiquer qu'une cause par ligne)                   |                                                                                                                                | INTERVAL BETWEEN ONSET AND DEATH<br>Intervalle entre l'attaque et le décès |
| DISEASE OR CONDITION DIRECTLY LEADING TO DEATH <sup>1</sup><br>Maladie ou condition directement responsable de la mort. |                                                                                                                                | Asphyxia due to smothering and chest compression                           |
| ANTECEDENT CAUSES<br>Symptômes précurseurs de la mort.                                                                  | MORBID CONDITION, IF ANY, LEADING TO PRIMARY CAUSE<br>Condition morbide, s'il y a lieu, menant à la cause primaire             |                                                                            |
|                                                                                                                         | LINDRILYING CAUSE, IF ANY, GIVING RISE TO PRIMARY CAUSE<br>Raison fondamentale, s'il y a lieu, ayant suscité la cause primaire |                                                                            |
| OTHER SIGNIFICANT CONDITIONS <sup>2</sup><br>Autres conditions significatives                                           |                                                                                                                                |                                                                            |

|                                                                                                           |                                                                                                                  |                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MODE OF DEATH<br>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<br>Circonstances de la mort suscitées par des causes extérieures |
| NATURAL<br>Mort naturelle                                                                                 | MAJOR FINDINGS OF AUTOPSY Conclusions principales de l'autopsie                                                  |                                                                                                                         |
| ACCIDENTAL<br>Mort accidentelle                                                                           |                                                                                                                  |                                                                                                                         |
| SUICIDE<br>Suicide                                                                                        | NAME OF PATHOLOGIST Nom du pathologiste<br>Michael E. Smith, MAJ, MC, USA                                        |                                                                                                                         |
| <input checked="" type="checkbox"/> HOMICIDE<br>Homicide                                                  | SIGNATURE Signature<br>       | DATE Date<br>02 Dec 2003                                                                                                |
| DATE OF DEATH (Hour, day, month, year)<br>Date de décès (Heure, le jour, le mois, l'année)<br>26 Nov 2003 |                                                                                                                  | AVIATION ACCIDENT Accident à l'Avion<br><input type="checkbox"/> YES OUI <input checked="" type="checkbox"/> NO Non     |
| PLACE OF DEATH Lieu de décès<br>Al Qaim, Iraq                                                             |                                                                                                                  |                                                                                                                         |

I HAVE VIEWED THE REMAINS OF THE DECEASED AND DEATH OCCURRED AT THE TIME INDICATED AND FROM THE CAUSES AS STATED ABOVE.  
J'ai examiné les restes mortels du 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<br>Michael E. Smith |                                                                                                            | TITLE OR DEGREE Titre ou diplôme<br>Deputy Medical Examiner |
| GRADE Grade<br>MAJ                                                                           | INSTALLATION OR ADDRESS Installation ou adresse<br>Dover AFB, DE 19902                                     |                                                             |
| DATE Date<br>12 May 2004                                                                     | SIGNATURE Signature<br> |                                                             |

<sup>1</sup> State disease, injury or complication which caused death, but not mode of dying such as heart failure, etc.  
<sup>2</sup> State conditions contributing to the death, but not related to the disease or condition causing death.

<sup>1</sup> 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.  
<sup>2</sup> 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 71 AND DA FORM 3565-R(PAS), 26 SEP 75, WHICH ARE OBSOLETE.

| CERTIFICATE OF DEATH (OVERSEAS)<br>Acte de décès (D'Outre-Mer)                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                               |                                                                        |                                                                                                                      |                                                                                              |                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| NAME OF DECEASED (Last, first, middle)<br>Nom du décédé (Nom et prénoms)                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                               | GRADE Grade                                                            | BRANCH OF SERVICE<br>Armée                                                                                           | SOCIAL SECURITY NUMBER<br>Numéro de l'Assurance Sociale                                      |                                                                               |
| HATAB, NAEM SADOON                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                               |                                                                        | CIV DETAINÉE                                                                                                         |                                                                                              |                                                                               |
| ORGANIZATION Organisation                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                               | NATION (e.g., United States)<br>Pays                                   | DATE OF BIRTH<br>Date de naissance                                                                                   | SEX Sexe                                                                                     |                                                                               |
| DETAINÉE NUMBER: 031-0337                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                               | IRAQ                                                                   |                                                                                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> MALE Masculin<br><input type="checkbox"/> FEMALE Féminin |                                                                               |
| RACE Race                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                               | MARITAL STATUS Etat Civil                                              |                                                                                                                      | RELIGION Culte                                                                               |                                                                               |
| CAUCASOID Caucasique                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                               | SINGLE Célibataire                                                     |                                                                                                                      | PROTESTANT Protestant                                                                        |                                                                               |
| NEGROID Négroïde                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                               | MARRIED Marié                                                          |                                                                                                                      | CATHOLIC Catholique                                                                          |                                                                               |
| <input checked="" type="checkbox"/> OTHER (Specify)<br>Autre (Spécifier)                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                               | WIDOWED Veuf                                                           |                                                                                                                      | JEWISH Juif                                                                                  |                                                                               |
| NAME OF NEXT OF KIN Nom du plus proche parent                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                               | RELATIONSHIP TO DECEASED Parenté du décédé avec le survivant           |                                                                                                                      |                                                                                              |                                                                               |
| STREET ADDRESS Domicile à (Rue)                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                               | CITY OF TOWN AND STATE (Include ZIP Code) Ville (Code postal comprise) |                                                                                                                      |                                                                                              |                                                                               |
| MEDICAL STATEMENT Déclaration médicale                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                               |                                                                        |                                                                                                                      |                                                                                              |                                                                               |
| CAUSE OF DEATH (Enter only one cause per line)<br>Cause du décès (N'indiquer qu'une cause par ligne)                                                                                                                                                                         |                                                                                                                               |                                                                        |                                                                                                                      |                                                                                              | INTERVAL BETWEEN ONSET AND DEATH<br>Intervalle entre l'apparition et le décès |
| DISEASE OR CONDITION DIRECTLY LEADING TO DEATH <sup>1</sup><br>Maladie ou condition directement responsable de la mort                                                                                                                                                       |                                                                                                                               |                                                                        |                                                                                                                      |                                                                                              | STRANGULATION                                                                 |
| ANTECEDENT CAUSES<br>Symptômes précurseurs de la mort                                                                                                                                                                                                                        | MORBID CONDITION, IF ANY, LEADING TO PRIMARY CAUSE<br>Condition morbide, s'il y a lieu, menant à la cause primaire            |                                                                        |                                                                                                                      |                                                                                              |                                                                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                              | UNDERLYING CAUSE, IF ANY, GIVING RISE TO PRIMARY CAUSE<br>Raison fondamentale, s'il y a lieu, ayant suscité la cause primaire |                                                                        |                                                                                                                      |                                                                                              |                                                                               |
| OTHER SIGNIFICANT CONDITIONS <sup>2</sup><br>Autres conditions significatives                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                               |                                                                        |                                                                                                                      |                                                                                              |                                                                               |
| MODE OF DEATH<br>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<br>Circonstances de la mort subies par des causes extérieures |                                                                                              |                                                                               |
| NATURAL<br>Mort naturelle                                                                                                                                                                                                                                                    | NAME OF PATHOLOGIST Nom du pathologiste                                                                                       |                                                                        | DECEDENT FOUND UNRESPONSIVE IN OUTSIDE ISOLATION; WHITEHORSE DETAINMENT FACILITY                                     |                                                                                              |                                                                               |
| ACCIDENT<br>Mort accidentelle                                                                                                                                                                                                                                                | KATHLEEN M. INGWERSEN, LTC(P), USA, MC                                                                                        |                                                                        |                                                                                                                      |                                                                                              |                                                                               |
| SUICIDE<br>Suicide                                                                                                                                                                                                                                                           | SIGNATURE Signature                                                                                                           |                                                                        | DATE Date                                                                                                            |                                                                                              |                                                                               |
| <input checked="" type="checkbox"/> HOMICIDE<br>Homicide                                                                                                                                                                                                                     | Kathleen M. Ingwersen                                                                                                         |                                                                        | 10 JUN 2003                                                                                                          |                                                                                              |                                                                               |
| DATE OF DEATH (Hour, day, month, year)<br>Date de décès (l'heure, le jour, le mois, l'année)                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                               | PLACE OF DEATH Lieu de décès                                           |                                                                                                                      |                                                                                              |                                                                               |
| 1230, 6 JUNE 2003                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                               | NASYRAH, IRAQ                                                          |                                                                                                                      |                                                                                              |                                                                               |
| I HAVE VIEWED THE REMAINS OF THE DECEASED AND DEATH OCCURRED AT THE TIME INDICATED AND FROM THE CAUSES AS STATED ABOVE.<br>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                                                                                                                                                                                                                                                                 | LANDSTUHL REGIONAL MEDICAL CENTER, APO AE 09180                                                                               |                                                                        |                                                                                                                      |                                                                                              |                                                                               |
| DATE Date                                                                                                                                                                                                                                                                    | SIGNATURE Signature                                                                                                           |                                                                        |                                                                                                                      |                                                                                              |                                                                               |
| 10 JUNE 2003                                                                                                                                                                                                                                                                 | Kathleen M. Ingwersen                                                                                                         |                                                                        |                                                                                                                      |                                                                                              |                                                                               |

DD FORM 2064, APR 1977

REPLACED DA FORM 3555, 1 JAN 1973 AND DA FORM 3865-R(PAS), 28 SEP 1973, WHICH ARE OBSOLETE.

USARPA VI.00

| CERTIFICATE OF DEATH (OVERSEAS)<br>Acte de décès (D'Outre-Mer)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                  |                                                                                                                            |                                                                                                                        |                                                                                                          |                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| NAME OF DECEASED (Last, First, Middle) Nom du décédé (Nom et prénom)<br>BTB Mohamed, Fashad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                  | GRADE Grade<br>Arme                                                                                                        | BRANCH OF SERVICE<br>Arme                                                                                              | SOCIAL SECURITY NUMBER<br>Numéro de l'Assurance Sociale                                                  |                                                                            |
| ORGANIZATION Organisation<br>Detainee in Iraq                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                  | NATION (e.g., United States) Pays<br>Iraq                                                                                  | DATE OF BIRTH<br>Date de naissance                                                                                     | SEX Sexe<br><input checked="" type="checkbox"/> MALE Masculin<br><input type="checkbox"/> FEMALE Féminin |                                                                            |
| RACE Race                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                  | MARITAL STATUS Statut Civil                                                                                                |                                                                                                                        | RELIGION Culte                                                                                           |                                                                            |
| <input checked="" type="checkbox"/> CAUCASOID Caucasique                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> SINGLE Célibataire                                                                                |                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> PROTESTANT Protestant                                                           |                                                                            |
| <input type="checkbox"/> NEGROID Nègre                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> MARRIED Marié                                                                                     |                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> CATHOLIC Catholique                                                             |                                                                            |
| <input type="checkbox"/> OTHER (Specify) Autre (Spécifier)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> DIVORCED Divorcé                                                                                  |                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> OTHER (Specify) Autre (Spécifier)                                               |                                                                            |
| <input type="checkbox"/> WIDOWED Veuf                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> SEPARATED Séparé                                                                                  |                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> JEWISH Juif                                                                     |                                                                            |
| 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 one cause per line)<br>Cause du décès (N'indiquer qu'une cause par ligne)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                  |                                                                                                                            |                                                                                                                        |                                                                                                          | INTERVAL BETWEEN ONSET AND DEATH<br>Intervalle entre l'attaque et le décès |
| DISEASE OR CONDITION DIRECTLY LEADING TO DEATH <sup>1</sup><br>Maladie ou condition directement responsable de la mort                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                  |                                                                                                                            |                                                                                                                        |                                                                                                          | Pending                                                                    |
| ANTECEDENT CAUSE<br>Symptômes précurseurs de la mort.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                  | MORBID CONDITION, IF ANY, LEADING TO PRIMARY CAUSE<br>Condition morbide, s'il y a lieu, menant à la cause primaire         |                                                                                                                        |                                                                                                          |                                                                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                  | UNDERLYING CAUSE, IF ANY, GIVING RISE TO PRIMARY CAUSE<br>Cause fondamentale, s'il y a lieu, ayant causé la cause primaire |                                                                                                                        |                                                                                                          |                                                                            |
| OTHER SIGNIFICANT CONDITIONS <sup>2</sup><br>Autres conditions significatives                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                  |                                                                                                                            |                                                                                                                        |                                                                                                          |                                                                            |
| MODE OF DEATH<br>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<br>Circonstances de la mort suscitée par des causes extérieures |                                                                                                          |                                                                            |
| NATURAL<br>Mort naturelle                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | MAJOR FINDINGS OF AUTOPSY Conclusions principales de l'autopsie                                                  |                                                                                                                            | Mode of Death: Pending                                                                                                 |                                                                                                          |                                                                            |
| ACCIDENT<br>Mort accidentelle                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                  |                                                                                                                            |                                                                                                                        |                                                                                                          |                                                                            |
| SUICIDE<br>Suicide                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                  |                                                                                                                            |                                                                                                                        |                                                                                                          |                                                                            |
| HOMICIDE<br>Homicide                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | NAME OF PATHOLOGIST Nom du pathologiste<br>Elizabeth A. Rouse, LtCol, MC, USAF                                   |                                                                                                                            | DATE Date<br>26 Apr 2004                                                                                               |                                                                                                          |                                                                            |
| SIGNATURE Signature                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                  | AVIATION ACCIDENT Accident à l'Avion<br><input type="checkbox"/> YES Oui <input checked="" type="checkbox"/> NO Non        |                                                                                                                        |                                                                                                          |                                                                            |
| DATE OF DEATH (Hour, day, month, year)<br>Date de décès (l'heure, le jour, le mois, l'année)<br>05 Apr 2004                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                  | PLACE OF DEATH Lieu de décès<br>Iraq                                                                                       |                                                                                                                        |                                                                                                          |                                                                            |
| I HAVE VIEWED THE REMAINS OF THE DECEASED AND DEATH OCCURRED AT THE TIME INDICATED AND FROM THE CAUSES AS STATED ABOVE.<br>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<br>Elizabeth A. Rouse                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                  | TITLE OR DEGREE Titre ou diplôme<br>First Chief Deputy Medical Examiner                                                    |                                                                                                                        |                                                                                                          |                                                                            |
| GRADE Grade<br>LtCol                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                  | INSTALLATION OR ADDRESS Installation ou adresse<br>Dover AFB, DE 19902                                                     |                                                                                                                        |                                                                                                          |                                                                            |
| DATE Date<br>14 May 04                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                  | SIGNATURE Signature                                                                                                        |                                                                                                                        |                                                                                                          |                                                                            |
| <sup>1</sup> State disease, injury or complication which caused death, but not mode of dying such as heart failure, etc.<br><sup>2</sup> State conditions contributing to the death, but not related to the disease or condition causing death.<br><sup>3</sup> 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.<br><sup>4</sup> 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 2064, 1 JAN 72 AND DA FORM 2064-R (FAS), 26 SEP 75, WHICH ARE OBSOLETE.