

شماره ملی: شماره شناسنامه: محل صدور شناسنامه:

جنس: مرد ☐ زن ☐ نامشخص ☐ تاریخ تولد: روز ماه سال تاریخ فوت: روز ماه سال وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
جمهوری اسلامی ایران
سازمان ثبت احوال کشور
گواهی پزشکی فوت سن بالای ۷ روز
شماره ثبت در سامانه:

لطفاً قبل از تکمیل فرم مندرجات ظهر آن را مطالعه نمایید

۱- وضعیت شناسنامه: ☐ دارای شناسنامه ☐ عدم دسترسی به شناسنامه ☐ فاقد شناسنامه

۲- نام: ۳- نام خانوادگی: ۴- نام پدر:

۵- شماره ملی: ۶- شماره شناسنامه: ۷- محل صدور شناسنامه:

۸- جنس: مرد ☐ زن ☐ نامشخص ☐ ملیت: ایرانی ☐ غیر ایرانی ☐ شماره پروانه اقامت اتباع غیر ایرانی: نامشخص ☐

۹- شغل: ۱۰- شماره ملی سرپرست خانوار: ۱۱- وضعیت سواد: بی سواد ☐ ابتدایی/نهیض ☐ راهنمایی ☐ دبیرستان ☐ دانشگاهی ☐ دکترای تخصصی و فوق دکترای ☐ سایر ☐

توجه: در صورتی که متوفی بالای ۷ روز و زیر ۵ سال سن داشته و مادرش در قید حیات باشد ردیف های ۱۳ تا ۱۵ تکمیل گردد.

۱۳- نام و نام خانوادگی مادر: ۱۴- سن مادر: سال

۱۵- وضعیت سواد: بی سواد ☐ ابتدایی/نهیض ☐ راهنمایی ☐ دبیرستان ☐ دانشگاهی ☐ دکترای تخصصی و فوق دکترای ☐ سایر ☐

۱۶- تاریخ تولد: روز ماه سال تاریخ به حروف:

۱۷- تاریخ فوت: روز ماه سال تاریخ به حروف:

۱۸- آدرس محل سکونت دائمی متوفی: کشور: استان: شهرستان: بخش: شهر/روستا: کوچه: پلاک: کدپستی: تلفن ثابت: کد:

۱۹- آدرس محل فوت: کشور: استان: شهرستان: بخش: شهر/روستا: مکان فوت: منزل ☐ بیمارستان/مرکز جراحی محدود ☐ مرکز درمانی سرپایی ☐ معابر و اماکن عمومی ☐ آسایشگاه ☐

نامشخص ☐ سایر (مشخص شود).....

اگر متوفی زن در سن باروری (۱۰ تا ۶۰ سال) می باشد ردیف ۲۱ تکمیل گردد.

۲۱- وضعیت بارداری زن: باردار نبوده است (در ۴۲ روز اول پس از ختم بارداری هم فوت نکرده است) ☐ باردار بوده است ☐

در حین زایمان فوت کرده است ☐ طی ۴۲ روز پس از ختم بارداری فوت کرده است ☐ وضعیت بارداری نامشخص است ☐

توجه: علائم بیماری و یا حالات نشانگان فوت همانند ایست قلبی، ایست تنفسی و نباید نوشته شوند

۲۲- علل فوت

قسمت اول: رنجیره وقایع، بیماری ها، صدمات و یا وضعیتی که به طور مستقیم سبب مرگ شده اند

(الف) آخرین بیماری یا وضعیتی که منجر به فوت شده است:

(ب) بیماری یا وضعیتی که منجر به قسمت الف شده است:

(ج) بیماری یا وضعیتی که منجر به قسمت ب شده است:

(د) بیماری یا وضعیتی که منجر به قسمت ج شده است:

قسمت دوم: سایر وضعیت هایی که در وقوع مرگ موثر بوده اند، اما منتج به علل اشاره شده در قسمت اول نشده اند:

(ه) (و)

کد ICD-۱۰: فاصله زمانی تقریبی وضعیت تا مرگ:

کد های ICD-۱۰ توسط کدگذار ثبت می شوند

۲۳- نام و نام خانوادگی صادر کننده گواهی: مهر و امضای پزشک:

شماره نظام پزشکی: نام موسسه: تاریخ صدور گواهی: روز ماه سال

۲۴- نام و نام خانوادگی صادر کننده جواز دفن: شماره نظام پزشکی: دفن متوفی بلا مانع است ☐ مهر و امضای پزشک: