وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی – معاونت بهداشتی

فرم ثبت موارد فوت (فرم شماره۱) **استان: ..... شهرستان: ..... ماه: ..... سال: .....**

نام مرکز بهداشتی درمانی: ..... خانه بهداشت: ..... تیم سیار: ..... بیمارستان: .....گورستان: .....

فوت بالای هفت روز

ردیف	نام متوفی	نام خانوادگی متوفی	نام پدر متوفی	شماره ملی متوفی	شماره شناسنامه متوفی	محل صدور شناسنامه متوفی	جنس متوفی: -مرد -زن -نامشخص	اگر متوفی زن در سن باروری (۱۰ تا ۶۰ سال) می باشد. 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	ملیت متوفی: -ایرانی -غیر ایرانی (شماره پروانه اتباع غیر ایرانی) -نامشخص	شغل متوفی:	شماره ملی سرپرست خانوار	وضعیت سواد متوفی: -بی سواد -ابتدایی/نهضت -راهنمایی -دبیرستان -دانشگاهی -دکترا -سایر	در صورتی که متوفی بالای ۷ روز و زیر ۵ سال سن داشته و مادرش در قید حیات باشد			تاریخ تولد متوفی			تاریخ فوت متوفی			آدرس محل فوت: (کشور،استان،شهرستان، بخش، شهر/روستا)	مکان فوت: -منزل -بیمارستان -مرکز درمانی سرپایی -معابر و اماکن عمومی -آسایشگاه - نامشخص -سایر	منبع تشخیص: -بیمارستان -پزشک قانونی -سایر پزشکان -پزشک مرکز -منابع دیگر	علت فوت		محل سکونت: -شهر -روستای اصلی -روستای قمر -روستای سیاری -غیر ساکن -نامشخص	آدرس محل سکونت (کشور، استان، شهرستان، بخش، شهر/روستا، خیابان، کوچه، پلاک، کدپستی)	تلفن (تلفن ثابت و کد)
												نام و نام خانوادگی خانوادگی مادر:	سن مادر به سال	وضعیت سواد: -بی سواد -ابتدایی/نهضت -راهنمایی -دبیرستان -دانشگاهی -دکترا -سایر	روز	ماه	سال	روز	ماه	سال	روز	ماه	سال				علت زمینه ای	علت مستقیم			

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: **سمت:** **تاریخ:** **امضاء:** **نام و نام خانوادگی مسئول واحد:** **سمت:** **تاریخ:** **امضاء:**