

نام: نام خانوادگی: نام پدر:

شماره ملی: شماره شناسنامه: محل صدور شناسنامه:

جنس: مرد ☐ زن ☐ نامشخص ☐ تاریخ تولد: روز ماه سال تاریخ فوت: روز ماه سال

سازمان ثبت احوال کشور

جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

گواهی پزشکی فوت سن بالای ۷ روز

[illegible]

لطفا 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 ☐ ۹- ملیت: ☐ ایرانی ☐ غیر ایرانی ☐ شماره پروانه اقامت اتباع غیر ایرانی: نامشخص ☐

۱۰- شغل: ۱۱- شماره ملی سرپرست خانوار:

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

۱۰۲

1.2 

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

۱۵- وضعیت سواد: بی سواد ☐ ابتدایی/نهضت ☐ 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 خیابان کوچه پلاک کدپستی تلفن ثابت کد
۱۹- آدرس محل فوت: کشور استان شهرستان بخش شهر/روستا
۲۰- 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) ☐ در حین زایمان فوت کرده است ☐ طی ۴۲ روز پس از ختم بارداری فوت کرده است ☐ وضعیت بارداری نامشخص است ☐ باردار بوده است ☐

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

۲۲- علل فوت

کد ICD-۱۰

قسمت اول: رتجیره 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)

صادر کننده	۲۳- نام و نام خانوادگی صادر کننده گواهی	مهر و امضای پزشک
	شماره نظام پزشکی نام موسسه تاریخ صدور گواهی: سال ماه :	مهر موسسه

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

ماده ۲۵ قانون ثبت احوال: مهلت اعلام واقعه وفات ده روز از تاریخ وقوع فوت است