

نام خانوادگی: نام پدر: نام:

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:

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 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 دکترا 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: سن مادر: سال
 ۱۵- وضعیت سواد: بی سواد ابتدایی/نهیض راهنمایی دبیرستان دانشگاهی دکترای تخصصی و فوق دکترا 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) 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)

۲۳- نام و نام خانوادگی صادر کننده گواهی مهر و امضای پزشک
 شماره نظام پزشکی نام موسسه مهر 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

سازمان ثبت احوال کشور، تهران، خیابان ولیعصر، پلاک ۱۰۲، طبقه دوم، دفتر تخصصی امور بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و شبکه زرد مخصوص سوانح پزشکی یا موسسه