



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت بهداشت

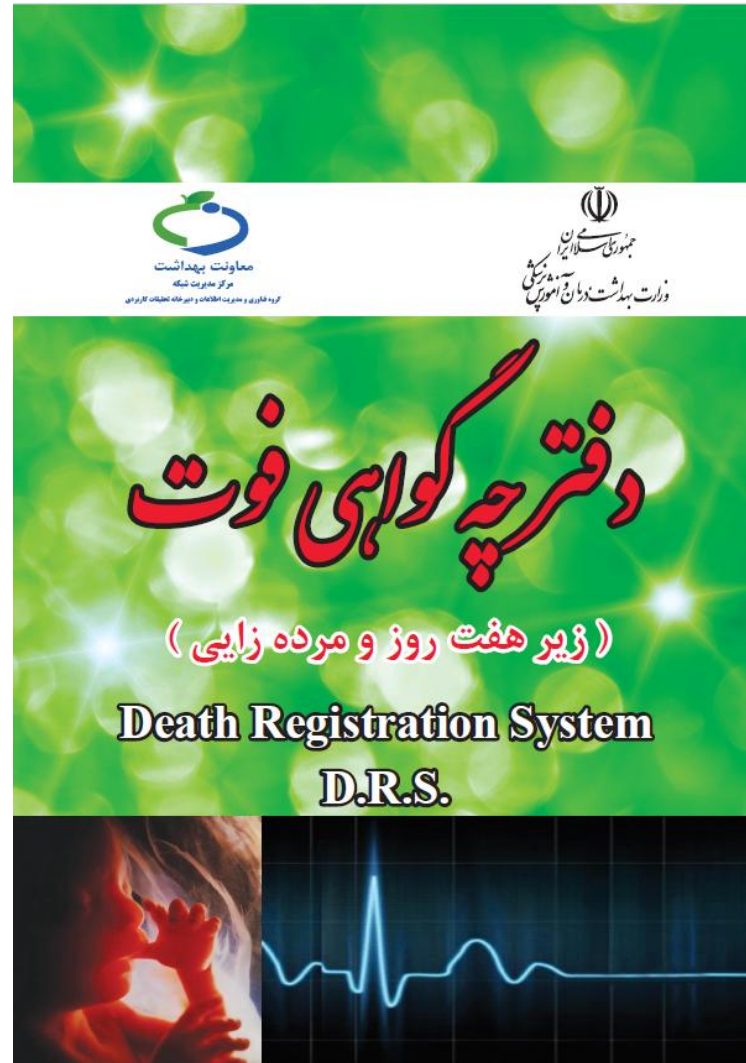
بناام خدا

عنوان: گواهی پزشکی فوت

تهیه کننده: سعیده آقامحمدی، الهه کاظمی

ارائه دهنده: الهه کاظمی

گواهی پزشکی فوت، برای موارد مرده زایی و مرگ نوزاد تا ۷ روز بعد از تولد



▶ گواهی پزشکی فوت، سن بالای ۷ روز

Logo of the Ministry of Health and the National Center for Health Services

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
جمهوری اسلامی ایران

معاونت بهداشت
مرکز خدمات شبکه
گروه فناوری و مدیریت اطلاعات و سیستم‌های اطلاعات الکترونیک

دفترچه گواهی فوت

(بالای هفت روز)

Death Registration System D.R.S.

گواهی پزشکی فوت

▶ گواهی به طور کلی از دو قسمت گواهی فوت و مجوز دفن تشکیل شده است.

▶ هر دو قسمت آن باید توسط پزشک / ماما مهر و امضاء شود.

در موارد زیر جواز دفن توسط پزشکی قانونی صادر می گردد:

- ▶ مرگ به دنبال اقدام به قتل
- ▶ مرگ به دنبال اقدام به خودکشی
- ▶ مرگ به دنبال هر گونه منازعه (اعم از درگیری فیزیکی و یا لفظی)
- ▶ مرگ به دنبال حوادث ترافیکی (به هر شکل و با هر فاصله زمانی از حادثه که مرگ رخ دهد)
- ▶ مرگ به دنبال مسمومیت (شیمیایی، داروئی، گازگرفتگی و...)
- ▶ مرگ به دنبال سوء مصرف مواد (مخدر، روانگردان، توهم زا و ...)
- ▶ مرگ متعاقب برق گرفتگی، سوختگی، غرق شدگی، سرمازدگی، گرمزدگی، سقوط از ارتفاع و ...
- ▶ مرگ ناشی از کار (حوادث شغلی، مواد آلاینده محیط کار و ...)
- ▶ مرگ در زندان یا بازداشتگاه
- ▶ مرگ در مراکز اقامت جمعی مانند آسایشگاه، پرورشگاه، اردوگاه، پادگان، خوابگاه و ...

- مرگ ناشی از اقدامات تشخیصی و درمانی
- مرگ مادر ناشی از اقدامات تشخیصی و درمانی در حین بارداری، حین زایمان یا متعاقب زایمان و یا سقط جنین
- مرگ حین یا متعاقب ورزش
- مرگ های ناگهانی، غیر منتظره و غیر قابل توجیه
- هر مرگی که احتمال شکایت از کسی در آن وجود داشته باشد
- هر نوع مرگ مشکوک و مرگ با علت ناشناخته
- هر نوع مرگ افراد ناشناس و مجهول الهویه
- هر مرگی که احتمال جنحه یا جنایت در آن برود.
- مرگ ناشی از حوادث غیر مترقبه

گواهی پزشکی فوت، برای موارد مرده زایی و مرگ نوزاد تا ۷ روز بعد از تولد

این گواهی برای موارد مرده زایی (از هفته ۲۲ حاملگی به بعد) و یا مرگ زود هنگام نوزادی از لحظه تولد تا ۷ روز اول زندگی نوزاد تکمیل می گردد.

نام پدر: نام خانوادگی پدر: نام مادر: نام خانوادگی مادر: شماره ملی مادر: شماره شناسنامه مادر: محل صدور شناسنامه: جنس متوفی: پسر <input type="checkbox"/> دختر <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/> تاریخ تولد نوزاد: در دقیقه ساعت در تاریخ روز ماه سال تاریخ فوت نوزاد: در دقیقه ساعت در تاریخ روز ماه سال	
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جمهوری اسلامی ایران سازمان ثبت احوال کشور گواهی پزشکی فوت، برای موارد مرده زایی و مرگ نوزاد تا ۷ روز بعد از تولد شماره ثبت در سامانه: شماره سریال:	
مشخصات نوزاد/جنین ۱- نام نوزاد: ۲- نام خانوادگی نوزاد: ۳- این نوزاد زنده متولد نشده در: دقیقه ساعت در تاریخ روز ماه سال تاریخ به حروف و فوت شده در: دقیقه ساعت در تاریخ روز ماه سال تاریخ به حروف ۴- این نوزاد مرده به دنیا آمده در: دقیقه ساعت در تاریخ روز ماه سال تاریخ به حروف ۵- وزن تولد: گرم ۶- جنس: پسر <input type="checkbox"/> دختر <input type="checkbox"/> قابل تشخیص نمی باشد <input type="checkbox"/> ۷- تعداد قل ها: ۸- مرتبه قل ها: ۹- عامل زایمان: مشخص زنان و زایمان <input type="checkbox"/> ماما <input type="checkbox"/> پزنتک ممویی <input type="checkbox"/> ماما روستا/بهبوز ماما <input type="checkbox"/> ماما مجلی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> (مشخص نمایید)..... ۱۰- مکان زایمان: بیمارستان یا زایشگاه <input type="checkbox"/> واحد تسهیلات زایمانی <input type="checkbox"/> منزل <input type="checkbox"/> در مسیر انتقال <input type="checkbox"/> سایر (مشخص کنید).....	
اطلاعات مادر نوزاد/جنین ۱۱- نام: ۱۲- نام خانوادگی: ۱۳- ملیت ایرانی <input type="checkbox"/> غیر ایرانی <input type="checkbox"/> شماره پروانه اقامت اتباع غیر ایرانی نامشخص <input type="checkbox"/> ۱۴- شماره ملی: ۱۵- شماره شناسنامه: ۱۶- محل صدور شناسنامه: ۱۷- تاریخ تولد: روز ماه سال یا اگر نمیداند سن (به سال) ۱۸- سطح سواد: بی سواد <input type="checkbox"/> ابتدایی نهنقت <input type="checkbox"/> راهنمایی <input type="checkbox"/> دبیرستان <input type="checkbox"/> دانشگاهی <input type="checkbox"/> دکترای تخصصی و فوق دکترای <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> ۱۹- شماره ملی سرپرست خانوار: ۲۰- آدرس محل سکونت دائمی سرپرست خانوار: کشور: استان: شهرستان: بخش: شهر/روستا: خیابان: کوچه: پلاک: کد پستی: شماره تلفن: کد:	
اطلاعات پدر نوزاد/جنین ۲۱- نام: ۲۲- نام خانوادگی:	
علت مرگ کد ICD-۱۰: ۲۳- بیماری یا شرایط اصلی منجر به فوت نوزاد/جنین: ۲۴- سایر بیماریها یا شرایط موثر بر فوت نوزاد/جنین: ۲۵- بیماری یا شرایط اصلی مادری منجر به فوت نوزاد/جنین: ۲۶- سایر بیماریها یا شرایط مادری موثر بر فوت نوزاد/جنین: ۲۷- سایر شرایط مرتبط:	
۲۸- نام و نام خانوادگی صادر کننده: نام موسسه: مهر و امضای پزشک / ماما ۲۹- نام و نام خانوادگی صادر کننده جواز دفن: تاریخ صدور گواهی: روز ماه سال مهر موبه ۳۰- نام و نام خانوادگی صادر کننده جواز دفن: شماره نظام پزشکی:	

سازمان ملی پزشکی ثبت احوال، سامانه سیر سیستمی جامع پزشکی کشور، سامانه سیر سیستمی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سامانه سیر سیستمی سازمان ثبت احوال کشور

ارتقای نظام ثبت مرگ و صدور گواهی فوت

مشخصات نوزاد / جنین

مشخصات نوزاد/جنین

- ۱- نام نوزاد:
- ۲- نام خانوادگی نوزاد:
- ۳- این نوزاد زنده متولد شده در: دقیقه ساعت در تاریخ روز ماه سال تاریخ به حروف
 و فوت شده در: دقیقه ساعت در تاریخ روز ماه سال تاریخ به حروف
- ۴- این نوزاد مرده به دنیا آمده در: دقیقه ساعت در تاریخ روز ماه سال تاریخ به حروف
- ۵- وزن تولد گرم ۶- جنس: پسر دختر قابل تشخیص نمی باشد
- ۷- تعداد قل ها: ۸- مرتبه قل ها:
- ۹- عامل زایمان: متخصص زنان و زایمان ماما پزشک عمومی ماما روستا/ بهورز ماما ماما محلی سایر (مشخص نمایید).....
- ۱۰- مکان زایمان: بیمارستان یا زایشگاه واحد تسهیلات زایمانی منزل در مسیر انتقال سایر (مشخص کنید).....

اطلاعات مادر و پدر نوزاد / جنین

اطلاعات مادر نوزاد/جنین

۱۱- نام: ۱۲- نام خانوادگی: ۱۳- ملیت: ایرانی غیر ایرانی شماره پروانه اقامت اتباع غیر ایرانی نامشخص

۱۴- شماره ملی: ۱۵- شماره شناسنامه: ۱۶- محل صدور شناسنامه:

۱۷- تاریخ تولد: روز ماه سال یا اگر نمیداند سن (به سال)

۱۸- سطح سواد: بی سواد ابتدایی/نهیضت راهنمایی دبیرستان دانشگاهی دکترای تخصصی و فوق دکترا سایر

۱۹- شماره ملی سرپرست خانوار:

۲۰- آدرس محل سکونت دائمی سرپرست خانوار: کشور..... استان..... شهرستان..... بخش..... شهر/روستا.....
خیابان..... کوچه..... پلاک.....

کد پستی: شماره تلفن: کد.....

اطلاعات پدر نوزاد/جنین

۲۱- نام: ۲۲- نام خانوادگی:

علت مرگ

کد ICD-۱۰	علت مرگ
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>کد ICD-۱۰ (توسط کد گذار تکمیل خواهد شد)</small>	۲۳- بیماری یا شرایط اصلی منجر به فوت نوزاد/جنین ۲۴- سایر بیماریها یا شرایط موثر بر فوت نوزاد/جنین
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	۲۵- بیماری یا شرایط اصلی مادری منجر به فوت نوزاد/جنین..... ۲۶- سایر بیماریها یا شرایط مادری موثر بر فوت نوزاد/جنین
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	۲۷- سایر شرایط مرتبط :.....

صادر کننده

مهر و امضای پزشک / ماما	۲۸- نام و نام خانوادگی صادر کننده:	صادر کننده
مهر موسسه	شماره نظام پزشکی: نام موسسه تاریخ صدور گواهی: روز ماه سال	

جواز دفن

شماره ثبت	لطفا قبل از تکمیل فرم مندرجات ظهر آن را مطالعه نمایید. ۲۹- 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

گواهی پزشکی فوت، سن بالای ۷ روز

این گواهی برای کلیه متوفیان به غیر از موارد مرده زایی (جنین هفته ۲۲ حاملگی به بعد) و نوزادن مرده به دنیا آمده و متولدینی که کمتر از ۷ روز عمر کرده اند، تکمیل می گردد. بنابراین باید در هنگام صدور گواهی فوت، در صورتی که متوفی نوزاد است سن دقیق آنها مورد توجه قرار گیرد.

سرنویس	نام: نام خانوادگی: نام پدر: شماره سریال: _____
	شماره ملی: شماره شناسنامه: شماره شناسنامه: محل صدور شناسنامه: _____
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	جنس: مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/> تاریخ تولد: روز <input type="text"/> ماه <input type="text"/> سال <input type="text"/> تاریخ فوت: روز <input type="text"/> ماه <input type="text"/> سال <input type="text"/>
	سازمان ثبت احوال کشور
گواهی پزشکی فوت سن بالای ۷ روز	
شماره ثبت در سامانه: _____ شماره سریال: _____	
لطفاً قبل از تکمیل فرم مندرجات ظهر آن را مطالعه نمایید	
مشخصات عمومی متوفی	۱- وضعیت شناسنامه: دارای شناسنامه <input type="checkbox"/> عدم دسترسی به شناسنامه <input type="checkbox"/> فاقد شناسنامه <input type="checkbox"/>
	۲- نام: نام خانوادگی: _____ نام پدر: _____
	۳- نام خانوادگی: _____ شماره شناسنامه: _____ محل صدور شناسنامه: _____
	۴- نام پدر: _____
	۵- شماره ملی: _____
	۶- شماره شناسنامه: _____
	۷- محل صدور شناسنامه: _____
	۸- جنس: مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/> ۹- ملیت: ایرانی <input type="checkbox"/> غیر ایرانی <input type="checkbox"/> شماره پروانه اقامت اتباع غیر ایرانی: _____ نامشخص <input type="checkbox"/>
	۱۰- شغل: _____ شماره ملی سرپرست خانوار: _____
	۱۱- وضعیت سواد: بی سواد <input type="checkbox"/> ابتدایی <input type="checkbox"/> راهنمایی <input type="checkbox"/> دبیرستان <input type="checkbox"/> دانشگاهی <input type="checkbox"/> دکترای تخصصی و فوق دکترای <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
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.	
تاریخ	۱۳- نام و نام خانوادگی مادر: _____ سن مادر: _____ سال
	۱۴- وضعیت سواد: بی سواد <input type="checkbox"/> ابتدایی <input type="checkbox"/> راهنمایی <input type="checkbox"/> دبیرستان <input type="checkbox"/> دانشگاهی <input type="checkbox"/> دکترای تخصصی و فوق دکترای <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
تاریخ	۱۶- تاریخ تولد: روز <input type="text"/> ماه <input type="text"/> سال <input type="text"/> تاریخ به حروف: _____
	۱۷- تاریخ فوت: روز <input type="text"/> ماه <input type="text"/> سال <input type="text"/> تاریخ به حروف: _____
مکانی	۱۸- آدرس محل سکونت دائمی متوفی: کشور: _____ استان: _____ شهرستان: _____ بخش: _____
	شهر/روستا: _____ خیابان: _____ کوچه: _____ پلاک: _____ کدپستی: _____ تلفن ثابت: _____ کد: _____
بازاریابی	۱۹- آدرس محل فوت: کشور: _____ استان: _____ شهرستان: _____ بخش: _____
	۲۰- مکان فوت: منزل <input type="checkbox"/> بیمارستان/مرکز جراحی محدود <input type="checkbox"/> مرکز درمانی سربازی <input type="checkbox"/> معاینه و اماکن عمومی <input type="checkbox"/> آسایشگاه <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/> سایر (مشخص شود): _____
اگر متوفی زن در سن باروری (۱۰ تا ۶۰ سال) می باشد ردیف ۲۱ تکمیل گردد.	
علت فوت	۲۱- وضعیت بارداری زن: باردار نبوده است (در ۴۴ روز اول پس از ختم بارداری هم فوت نکرده است) <input type="checkbox"/> باردار بوده است <input type="checkbox"/>
	در حین زایمان فوت کرده است <input type="checkbox"/> طی ۴۴ روز پس از ختم بارداری فوت کرده است <input type="checkbox"/> وضعیت بارداری نامشخص است <input type="checkbox"/>
توجه: علائم بیماری و یا حالات نشانگان فوت همانند ایست قلبی، ایست تنفسی و ... نباید نوشته شوند	
مهر و امضای پزشک	۲۲- علت فوت: _____
	قسمت اول: رانجبره و قاع، 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) _____
مهر و امضای پزشک	۲۳- نام و نام خانوادگی صادر کننده گواهی: _____ مهر و امضای پزشک: _____
	شماره نظام پزشکی: _____ نام موسسه: _____ مهر موسسه: _____
مهر و امضای پزشک	۲۴- نام و نام خانوادگی صادر کننده جواز دفن: _____ شماره نظام پزشکی: _____ مهر و امضای پزشک: _____
	دفن موفی بلا مانع است <input type="checkbox"/>

تربیت مدرس ارتقای نظام ثبت مرگ و صدور گواهی فوت

مشخصات عمومی متوفی

لطفا قبل از تکمیل فرم مندرجات ظهر آن را مطالعه نمایید	
۱- وضعیت شناسنامه:	<input type="checkbox"/> دارای شناسنامه <input type="checkbox"/> عدم دسترسی به شناسنامه <input type="checkbox"/> فاقد شناسنامه
۲- نام:	۳- نام خانوادگی: ۴- نام پدر
۵- شماره ملی:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
۶- شماره شناسنامه:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
۷- محل صدور شناسنامه:
۸- جنس: مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/>	۹- ملیت: ایرانی <input type="checkbox"/> غیر ایرانی <input type="checkbox"/>
۱۰- شغل	۱۱- شماره ملی سرپرست خانوار: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
۱۲- وضعیت سواد: بی سواد <input type="checkbox"/> ابتدایی/نهضت <input type="checkbox"/> راهنمایی <input type="checkbox"/> دبیرستان <input type="checkbox"/> دانشگاهی <input type="checkbox"/> دکترای تخصصی و فوق دکترا <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>	شماره پروانه اقامت اتباع غیر ایرانی: نامشخص <input type="checkbox"/>
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: <input type="text"/> <input type="text"/> سال
۱۵- وضعیت سواد: بی سواد <input type="checkbox"/> ابتدایی/نهضت <input type="checkbox"/> راهنمایی <input type="checkbox"/> دبیرستان <input type="checkbox"/> دانشگاهی <input type="checkbox"/> دکترای تخصصی و فوق دکترا <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>

مشخصات عمومی متوفی

تاریخ

..... تاریخ به حروف	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	سال	<input type="text"/> <input type="text"/>	ماه	<input type="text"/> <input type="text"/>	روز	۱۶- تاریخ تولد : روز	ردیف
..... تاریخ به حروف	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	سال	<input type="text"/> <input type="text"/>	ماه	<input type="text"/> <input type="text"/>	روز	۱۷- تاریخ فوت : روز	ردیف

بارداری زنان

اگر متوفی زن در سن باروری (۱۰ تا ۶۰ سال) می باشد ردیف ۲۱ تکمیل گردد.		بارداری زنان
<input type="checkbox"/> باردار بوده است	<input type="checkbox"/> ۲۱- وضعیت بارداری زن: باردار نبوده است (در ۴۲ روز اول پس از ختم بارداری هم فوت نکرده است)	
<input type="checkbox"/> وضعیت بارداری نامشخص است	<input type="checkbox"/> طی ۴۲ روز پس از ختم بارداری فوت کرده است	<input type="checkbox"/> در حین زایمان فوت کرده است

علت مرگ

توجه : علائم بیماری و یا حالات نشانگان فوت همانند ایست قلبی، ایست تنفسی و نباید نوشته شوند	
فاصله زمانی تقریبی وضعیت تا مرگ	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 15%;"> <p style="text-align: center;">کد های ICD-10 توسط کدگذار ثبت می شوند</p> </div> <div style="width: 85%;"> <p style="text-align: center;">۲۲- علل فوت</p> <p>قسمت اول: رنجیره وقایع، بیماری ها ، صدمات و یا وضعیتی که به طور مستقیم سبب مرگ شده اند</p> <p>(الف) آخرین بیماری یا وضعیتی که منجر به فوت شده است:</p> <p>(ب) بیماری یا وضعیتی که منجر به قسمت الف شده است:</p> <p>(ج) بیماری یا وضعیتی که منجر به قسمت ب شده است:</p> <p>(د) بیماری یا وضعیتی که منجر به قسمت ج شده است:</p> <hr/> <p>قسمت دوم: سایر وضعیت هایی که در وقوع مرگ موثر بوده اند، اما منتج به علل اشاره شده در قسمت اول نشده اند:</p> <p>(ه)</p> <p>(و)</p> </div> </div>

صادر کننده

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

جواز دفن

دفن متوفی بلا مانع است شماره نظام پزشکی نام و نام خانوادگی صادر کننده جواز دفن	جواز دفن

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

گواهی فوت پیشنهادی

شماره سریال	نوع متوفی: سن بالای ۷ روز <input type="checkbox"/> مرده زایی یا سن زیر ۷ روز <input type="checkbox"/>
	نام: نام خانوادگی: نام پدر: شماره سریال: محل صدور شناسنامه: شماره ملی: شماره شناسنامه: جنس: مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/> تاریخ تولد: روز <input type="text"/> ماه <input type="text"/> سال <input type="text"/> تاریخ فوت: روز <input type="text"/> ماه <input type="text"/> سال <input type="text"/>
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جمهوری اسلامی ایران سازمان ثبت احوال کشور گواهی پزشکی فوت شماره ثبت در سامانه <input type="text"/>	
لطفاً قبل از تکمیل فرم مندرجات ظهر آن را مطالعه نمایید	
مشخصات عمومی متوفی	۱- نوع متوفی: سن بالای ۷ روز <input type="checkbox"/> مرده زایی یا سن زیر ۷ روز <input type="checkbox"/>
	۲- وضعیت شناسنامه: دارای شناسنامه <input type="checkbox"/> عدم دسترسی به شناسنامه <input type="checkbox"/> فاقد شناسنامه <input type="checkbox"/>
	۳- نام: نام خانوادگی: نام پدر: ۴- شماره شناسنامه: ۵- محل صدور شناسنامه: ۶- شماره ملی: ۷- شماره شناسنامه: ۸- محل صدور شناسنامه:
	۹- جنس: مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/> ۱۰- ملیت: ایرانی <input type="checkbox"/> غیر ایرانی <input type="checkbox"/> شماره پروانه اقامت اتباع غیر ایرانی: نامشخص <input type="checkbox"/>
	۱۱- شغل: ۱۲- شماره ملی سوپرست خانوار: ۱۳- وضعیت سواد: بی سواد <input type="checkbox"/> ابتدایی/انحط <input type="checkbox"/> راهنمایی <input type="checkbox"/> دبیرستان <input type="checkbox"/> دانشگاهی <input type="checkbox"/> دکترای تخصصی و فوق دکترای <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
	در صورت مرده زایی و یا مرگ زیر ۷ روز: ردیف های ۱۲ تا ۲۱ تکمیل گردد
	۱۴- زمان مرده زایی: دقیقه <input type="text"/> ساعت <input type="text"/> روز <input type="text"/> ماه <input type="text"/> سال <input type="text"/> تاریخ به حروف: ۱۵- زمان تولد: دقیقه <input type="text"/> ساعت <input type="text"/> روز <input type="text"/> ماه <input type="text"/> سال <input type="text"/> تاریخ به حروف: ۱۶- زمان فوت: دقیقه <input type="text"/> ساعت <input type="text"/> روز <input type="text"/> ماه <input type="text"/> سال <input type="text"/> تاریخ به حروف: ۱۷- وزن تولد: گرم <input type="text"/> ۱۸- تعداد قل ها <input type="text"/> ۱۹- مرتبه قل ها <input type="text"/>
	۲۰- عمل زایمان: متخصص زنان و زایمان <input type="checkbox"/> ماما <input type="checkbox"/> پزشک عمومی <input type="checkbox"/> ماما روستا/بهورز ماما <input type="checkbox"/> ماما محلی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> (مشخص نمایید): ۲۱- مکان زایمان: بیمارستان یا ایستگاه <input type="checkbox"/> واحد تسهیلات زایمانی <input type="checkbox"/> منزل <input type="checkbox"/> در مسیر انتقال <input type="checkbox"/> سایر (مشخص کنید):
	در موارد مرده زایی و در صورتی که متوفی زیر ۵ سال بوده و مادر وی در فید حیات می باشد، ردیف های ۲۲ تا ۲۸ تکمیل گردد
	۲۲- نام و نام خانوادگی مادر: سن مادر: <input type="text"/> سال ۲۳- سن مادر: <input type="text"/> سال ۲۴- ملیت: ایرانی <input type="checkbox"/> غیر ایرانی <input type="checkbox"/> شماره پروانه اقامت اتباع غیر ایرانی: نامشخص <input type="checkbox"/>
	۲۵- شماره ملی: ۲۶- شماره شناسنامه: ۲۷- محل صدور شناسنامه: ۲۸- وضعیت سواد: بی سواد <input type="checkbox"/> ابتدایی/انحط <input type="checkbox"/> راهنمایی <input type="checkbox"/> دبیرستان <input type="checkbox"/> دانشگاهی <input type="checkbox"/> دکترای تخصصی و فوق دکترای <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
	۲۹- تاریخ تولد: روز <input type="text"/> ماه <input type="text"/> سال <input type="text"/> تاریخ به حروف: ۳۰- تاریخ فوت: روز <input type="text"/> ماه <input type="text"/> سال <input type="text"/> تاریخ به حروف: ۳۱- ساعت فوت: دقیقه <input type="text"/> ساعت: <input type="text"/>
	۳۲- آدرس محل سکونت دائمی متوفی: کشور: استان: شهرستان: بخش: شهر/روستا: خیابان: کوچه: بلاک: کدپستی: تلفن ثابت: کد: ۳۳- آدرس محل فوت: کشور: استان: شهرستان: بخش: شهر/روستا: مکان فوت: منزل <input type="checkbox"/> بیمارستان/مرکز جراحی محدود <input type="checkbox"/> مرکز درمانی سربایی <input type="checkbox"/> معاین و اماکن عمومی <input type="checkbox"/> ایستگاه <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> مشخص شود.
اگر متوفی زن در سن باروری (۱۰ تا ۶۰ سال) می باشد ردیف ۳۵ تکمیل گردد	
۳۵- وضعیت بارداری زن: باردار نبوده است (در ۴۲ روز اول پس از ختم بارداری هم فوت نکرده است) <input type="checkbox"/> باردار بوده است <input type="checkbox"/> طی ۴۲ روز پس از ختم بارداری فوت کرده است <input type="checkbox"/> وضعیت بارداری نامشخص است <input type="checkbox"/>	
توجه: علائم بیماری و یا حالات نشانگان فوت همانند ایست قلبی، ایست تنفسی و ... نباید نوشته شوند	
۳۶- علل فوت: قسمت اول: رنجبره 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:	
۳۷- نام و نام خانوادگی صادر کننده گواهی: شهر و امضاء پزشک: شماره نظام پزشکی: نام موسسه: تاریخ صدور گواهی: روز <input type="text"/> ماه <input type="text"/> سال <input type="text"/>	
۳۸- نام و نام خانوادگی صادر کننده جواز دفن: شماره نظام پزشکی: دفن متوفی بلا مانع است: مهر و امضای پزشک:	

س ارتقای نظام ثبت مرگ و صدور گواهی فوت