فرم ثبت موارد فوت مرکز بهداشت استان گیلان

گزارش ماهانه موارد فوت درماه سال / شبکه بهداشت شهرستان فومن مرکز بهداشتی درمانی وشهری

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| علت فوت | | لطفا چیزی نوشته نشود | | منبع تشخیص | تاریخ فوت | | | سن | | | | جنس | منطقه سکونت | مکان فوت | محل فوت | ملیت | آدرس | کدملی | نام مادر | نام پدر | نام خانوادگی | نام متوفی | ردیف |
| علت مستقیم | علت زمینه ای | علت مرگ زیرگروه | علت مرگ (گروه کلی) | بیمارستان /پزشک قانونی/سایر پزشکان /پزشک مرکز منابع دیگر | سال | ماه | روز | بالای 5سال | زیر 5سال به ماه | زیر یکماه به روز | مرده زایی |  | شهر  روستای اصلی.روستای قمر سیار غیر ساکن .نامشخص | منزل بیمارستان /سایر | داخل استان /خارج استان | ایرانی خارجی | شماره شناسنامه |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

نام و نام خانوادگی گزارشگر :

سمت : تاریخ : امضاء