**فرم گزارش تلفني موارد مرگ نوزادان و كودكان 59-1 ماهه**

**دانشگاه …………. شهرستان ............. نام بيمارستان ........... نام گزارش دهنده**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **نام و نام خانوادگی مادر/ نام و نام خانوادگي متوفي** | **سن متوفي(ماه)** | **تاريخ تولد****(روز، ماه، سال)** | **تاريخ فوت****(روز، ماه، سال)** | **محل سکونت** | **محل فوت** | **علت فوت****(براساس کد بین المللی بیماریها)** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |