|  |
| --- |
| **فرم ثبت اطلاعات اولیه جهت صدورگواهی ولادت الکترونیک حوزه بهداشت- دانشگاه ع پ اصفهان** |
| **مشخصات مرکز** |
| **شبکه بهداشت و درمان شهرستان: واحد تسهیلات زایمانی:** |
| **مشخصات عامل زایمان (تکمیل کننده فرم ثبت اطلاعات اولیه)**  |
| **کد ملی عامل زایمان:** | **تاریخ تولد:** |
| **نام:** | **نام خانوادگی:** |
| **مشخصات مادر** |
| **ملیت مادر:** O ایرانی O غیرایرانی O فاقد کد ملی**کد ملی: یا شماره پرونده:****تاریخ تولد کودک: مرتبه تولد:****نام مادر: نام خانوادگی مادر:** **تاریخ تولد: شماره همراه:**  |
| **جنسیت:** O مذکر O مونث O مبهم **تاریخ تولد: ساعت:** |
| **بارداری به روش مصنوعی ART:** O بلی O خیر | **دانشگاه مرکز اهدا: نام مرکز:** |
| **آیا رحم جایگزین می باشد؟** O بلی O خیر **در صورت پاسخ بلی به سوال قبل:** **نام و نام خانوادگی مادر حقیقی: کد ملی مادر حقیقی:** **تاریخ تولد مادر حقیقی: شماره تماس مادر حقیقی:** |
| **آیا هویت پدر مشخص است؟** O بلی O خیر **در صورت پاسخ بلی به سوال قبل:** |
| **مشخصات پدر** |
| **ملیت پدر: O ایرانی O غیر ایرانی** |
| **نام و نام خانوادگی پدر: کد ملی پدر: تاریخ تولد پدر:** |
| **مشخصات آدرس** |
| **استان: اصفهان شهرستان: بخش: شهر/دهستان:****کدپستی:****آدرس:****ولادت نوزاد با مشخصات فوق را با توجه به ماده 19 قانون ثبت احوال و با علم و اطلاع از مقررات کیفری حاصل از اعلام خلاف واقع (موضوع بند الف و ج ماده 3 قانون تخلفات جرائم و مجازات های مربوط به اسناد سجلی و شناسنامه) گواهی می نمایم.****نام و نام خانوادگی عامل زایمان: نام و نام خانوادگی پزشک مسئول شیفت:**  **مهر و امضاء: مهر و امضاء:** **تاریخ: تاریخ:** |
| **مشخصات صادر کننده گواهی ولادت الکترونیک (کارشناس برنامه سلامت مادران ثبت کننده اطلاعات فوق در سامانه ایمان)** |
| **نام:** | **نام خانوادگی:** | **کد ملی:** |
| **تاریخ تولد:** | **تاریخ ثبت اطلاعات:** | **امضاء:** |