نظام كشوري مراقبت مرگ مادري - فرم گزارش فوری مرگ مادر

|  |  |
| --- | --- |
| تکمیل کننده فرم و تاریخ ارسال  | تکمیل کننده : تاریخ ارسال :  |
| دانشگاه و شهرستان محل سکونت | دانشگاه : شهرستان :  |
| دانشگاه و شهرستان محل فوت | دانشگاه : شهرستان :  |
| تاریخ دریافت خبر توسط ستاد شهرستان |  |
| نام و نام خانوادگی متوفی |  |
| سن متوفی  |  |
| تاریخ فوت |  |
| علت اولیه فوت یا تشخیص احتمالی |  |
| کد ملی متوفی |  |
| نام پدر |  |
| آدرس و شماره تماس سرپرست خانوار |  |
| تابعیت  | تابعیت : ایرانی □ ، غیرایرانی: با کارت اقامت □ ، بدون کارت اقامت □ ، با وضعیت اقامت نامشخص □ نام کشور (فقط برای اتباع غیر ایرانی) ......................................... |
| منطقه سکونت | شهر □ ، حاشیه شهر□ ، روستای اصلی □ ، روستای قمر □ ، روستای سیاری □ ، عشایر□ |
| محل ختم بارداری | بیمارستان یا زایشگاه □ ، تسهیلات زایمانی□ ، منزل □ ، بین راه (هنگام اعزام یا ارجاع به سطح بالاتر) □ ، بین راه (هنگام مراجعه به مرکز بهداشتی یا درمانی) □ ( بیمارستان الزهرا ) |
| محل فوت | بیمارستان یا زایشگاه □ ، تسهیلات زایمانی□ ، منزل □ ، بین راه (هنگام اعزام یا ارجاع به سطح بالاتر) □ ، بین راه (هنگام مراجعه به مرکز بهداشتی یا درمانی) □  ( بیمارستان الزهرا ) |
| این مورد مرگ مادر محسوب می شود؟ | بله □ ، خیر به دلیل علت یا زمان فوت □ ، خیر به دلیل تابعیت □ ، در دست بررسی  |
| محل دریافت خدمات مراقبت بارداری | واحد بهداشتی□ ، مطب خصوصی □ ، سایر با ذکر نام □ ....................................... |
| شرح مختصر در مورد وضعیت بارداری، زایمان و فوت |  |