نام مرکز / پایگاه / خانه بهداشت : تاریخ تکمیل فرم :

|  |
| --- |
| کد کادر فنی ............... ( این فرم در اولین فرصت حداکثر تا یک هفته پس از وقوع فوت و توسط خود کادر فنی بدون انجام مصاحبه تکمیل شود ) فقط وقایع مشاهده ، صحبتها و اقداماتی که توسط خود یا دیگران برای متوفی انجام شده بدون هیچگونه قضاوت و نتیجه گیری و ........... نوشته شود . |
| اظهارات کادر فنی  (اظهارات هر یک از پرسنل ارائه دهنده خدمت به مادر متوفی با ذکر نام و نام خانوادگی جداگانه در این قسمت ثبت گردد . |

فرم 3 الف : اظهارنامه کارکنان فنی (خارج بیمارستانی )

نام ونام خانوادگی تکمیل کننده فرم : مهر و امضاء مسئول مرکز / پایگاه :