

نظام کشوری مراقبت مرگ مادری – فرم گزارش فوری مرگ مادر

	تکمیل کننده فرم و تاریخ ارسال	تکمیل کننده : تاریخ ارسال :
دانشگاه و شهرستان محل سکونت	دانشگاه : اصفهان	شهرستان :
دانشگاه و شهرستان محل فوت	دانشگاه : اصفهان	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		
تحصیلات و شغل متوفی		
شماره پرونده بیمارستان		
نام و نام خانوادگی همسر		
کد ملی همسر		
آدرس و شماره تماس سرپرست خانوار		
تابعیت ایرانی <input type="checkbox"/> ، غیرایرانی: با کارت اقامت <input type="checkbox"/> ، بدون کارت اقامت <input type="checkbox"/> ، با وضعیت اقامت نامشخص <input type="checkbox"/> نام کشور (فقط برای اتباع غیر ایرانی)		
منطقه سکونت شهر <input type="checkbox"/> ، حاشیه شهر <input type="checkbox"/> ، روستای اصلی <input type="checkbox"/> ، روستای قمر <input type="checkbox"/> ، روستای سیاری <input type="checkbox"/> ، عشایر <input type="checkbox"/>		
محل ختم بارداری	بیمارستان یا زایشگاه <input type="checkbox"/> ، تسهیلات زایمانی <input type="checkbox"/> ، منزل <input type="checkbox"/> ، بین راه (هنگام اعزام یا ارجاع به سطح بالاتر) <input type="checkbox"/> ، بین راه (هنگام مراجعه به مرکز بهداشتی یا درمانی) <input type="checkbox"/> نام بیمارستان محل ختم بارداری:	
محل فوت	بیمارستان یا زایشگاه <input type="checkbox"/> ، تسهیلات زایمانی <input type="checkbox"/> ، منزل <input type="checkbox"/> ، بین راه (هنگام اعزام یا ارجاع به سطح بالاتر) <input type="checkbox"/> ، بین راه (هنگام مراجعه به مرکز بهداشتی یا درمانی) <input type="checkbox"/> نام بیمارستان محل فوت:	
این مورد مرگ مادر محسوب می شود؟		
بله <input type="checkbox"/> ، خیر به دلیل علت یا زمان فوت <input type="checkbox"/> ، خیر به دلیل تابعیت <input type="checkbox"/> ، در دست بررسی <input type="checkbox"/>		
محل دریافت خدمات مراقبت بارداری		
واحد بهداشتی <input type="checkbox"/> ، مطب خصوصی <input type="checkbox"/> ، سایر با ذکر نام واحد بهداشتی یا نام متخصص زنان (مطب):		

شرح مختصر در مورد وضعیت بارداری، زایمان و فوت

خانم، فرزند، ساله، GPAbLD، ساکن، در تاریخ، در بیمارستان فوت نموده است.

مراقبت بارداری در بوده و در تاریخ با علائم با به بیمارستان منتقل شده و با تشخیص تحت درمان با قرار گرفته و در تاریخ ختم بارداری به روش انجام شده و در بخش تحت مراقبت بوده و در تاریخ به دلیل فوت نموده است.

(در صورت انجام سایر اقدامات و جراحی های دیگر، در متن فوق ذکر شود)