



دانشگاه علوم پزشکی اصفهان  
مرکز آموزشی و درمانی:.....

شماره:.....

تاریخ:.....

**گواهی جواز دفن ( جنین زیر ۲۲ هفته )**

نام خانوادگی مادر:	نام مادر:	کد ملی مادر:
نام پدر جنین:	تاریخ پذیرش مادر:	شماره پرونده مادر:
توجه: در صورتی که مادر جنین اتباع خارجی و فاقد شناسنامه می باشد، اطلاعات مربوط به پاسپورت یا کارت آمایش بطور دقیق ثبت گردد.		
نشانی محل سکونت مادر: تلفن:.....		
جنسیت جنین: مونث <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> نا معلوم <input type="checkbox"/> سن جنین: ..... ( هفته ) تاریخ و ساعت سقط جنین:..... نوع سقط: خود بخودی <input type="checkbox"/> القایی <input type="checkbox"/> کورتاژ <input type="checkbox"/> بیماری یا علت منجر به (سقط / فوت جنین)..... مهر و امضا پزشک / ماما / عامل سقط		
نام و نام خانوادگی صادر کننده گواهی (مهر و امضا):..... مهر مرکز درمانی:		
جنین سقط شده تحویل ..... نسبت ..... گردید. امضا و اثر انگشت تحویل گیرنده		
جنین سقط شده تحویل نماینده آرامستان آقا / خانم ..... گردید. امضا تحویل گیرنده		