وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی – معاونت بهداشتی

فرم ثبت موارد فوت (فرم شماره۱)　　　　استان:　　　　شهرستان:　　　　ماه:　　　　سال:

نام مرکز بهداشتی درمانی:　　　　خانه بهداشت:　　　　تیم سیار:　　　　بیمارستان:　　　　گورستان:

فوت زیر هفت روز و مرده زایی

ردیف	مشخصات نوزاد																								اطلاعات مادر نوزاد												علت مرگ				
	نام نوزاد	نام پدر نوزاد	نام خانوادگی	نوزاد زنده متولد شده		تاریخ تولد نوزاد			نوزاد فوت شده در		تاریخ فوت نوزاد			نوزاد مرده به دنیا آماده					وزن تولد به گرم	جنس : مرد زن نامشخص	تعداد قل ها	مرتبه قل ها	عامل زایمان متخصص زنان و زایمان ماما پزشک عمومی ماماروستا /بهورزماما مامامحلی سایر	مکان زایمان بیمارستان یا زایشگاه واحد تسهیلات زایمانی منزل در مسیر انتقال -سایر	نام مادر	نام خانوادگی	ملیت : ایرانی غیر ایرانی نامشخص	شماره ملی/ یا شماره پروانه اقامت اتباع غیر ایرانی	شماره شناسنامه	محل صدور شناسنامه	تاریخ تولد			سطح سواد بی سواد ابتدایی/نهضت راهنمایی دبیرستان دانشگاهی دکترا سایر	شماره ملی سرپرست خانوار	منبع تشخیص: بیمارستان پزشک قانونی سایر پزشکان پزشک مرکز منابع دیگر	بیماری اصلی منجر به فوت جنین/نوزاد	بیماری اصلی مادری منجر به فوت جنین/نوزاد	محل سکونت: شهر اصلی قمر سیاری غیر ساکن نامشخص	آدرس محل سکونت دائمی سرپرست خانوار:(کشور، استان، شهرستان، بخش، شهر/روستا، خیابان، کوچه، پلاک، کدپستی)	تلفن
				ساعت	دقیقه	روز	ماه	سال	ساعت	دقیقه	روز	ماه	سال	دقیقه	ساعت	روز	ماه	سال													روز	ماه	سال								

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:　　　　**سمت:**　　　　**تاریخ:**　　　　**امضاء**　　　　**نام و نام خانوادگی مسئول واحد:**　　　　**سمت:**　　　　**تاریخ:**　　　　**امضاء**