



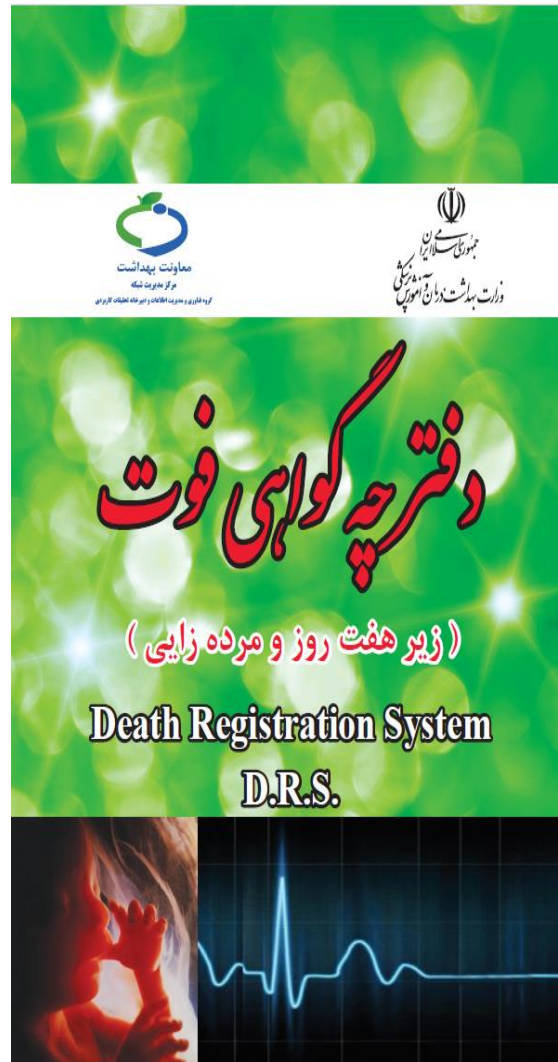
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت بهداشت

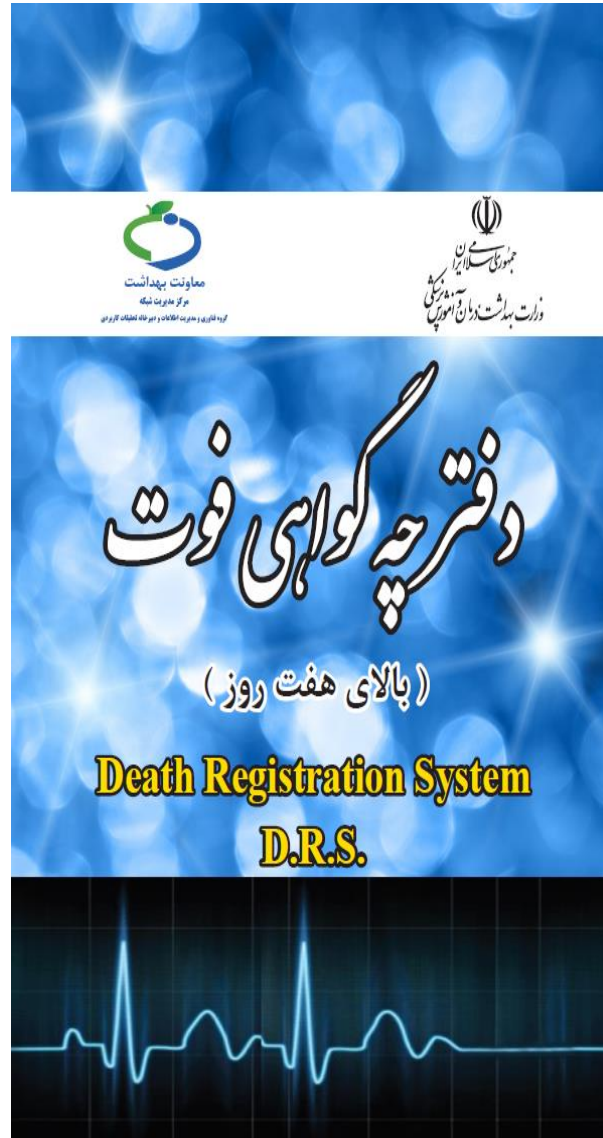
بنام خدا

عنوان: گواهی پزشکی فوت

• گواهی پزشکی فوت، برای موارد مرده زایی و مرگ نوزاد تا ۷ روز بعد از تولد



• گواهی پزشکی فوت، سن بالای ۷ روز



گواهی پزشکی فوت

- گواهی به طور کلی از دو قسمت گواهی فوت و مجوز دفن تشکیل شده است.
- هر دو قسمت آن باید توسط پزشک / ماما مهر و امضاء شود.

د.

ردیف	متن سؤال	پاسخ صحیح	پاسخ نادرست
۱۰	ساخته‌های عمومی معماری، در زمان و آموزش پراکنده، توسعه‌ی آن به‌طور عمده	در زمان و آموزش پراکنده	توسعه‌ی آن به‌طور عمده
۱۱	ساخته‌های عمومی معماری، در زمان و آموزش پراکنده، توسعه‌ی آن به‌طور عمده	در زمان و آموزش پراکنده	توسعه‌ی آن به‌طور عمده
۱۲	ساخته‌های عمومی معماری، در زمان و آموزش پراکنده، توسعه‌ی آن به‌طور عمده	در زمان و آموزش پراکنده	توسعه‌ی آن به‌طور عمده

این گواهی باید با خودکار و با خط خوانا نوشته شود بطوریکه روی هر چهار نسخه قابل خواندن باشد.

علت مرگ باید به فارسی نوشته شود و از بکار بردن کلمات بصورت مخفف و انگلیسی جدا خودداری شود

در موارد زیر جواز دفن توسط پزشکی قانونی صادر می گردد (موارد ۱۹ گانه) :

- مرگ به دنبال اقدام به قتل
- مرگ به دنبال اقدام به خودکشی
- مرگ به دنبال هر گونه منازعه (اعم از درگیری فیزیکی و یا لفظی)
- مرگ به دنبال حوادث ترافیکی (به هر شکل و با هر فاصله زمانی از حادثه که مرگ رخ دهد)
- مرگ به دنبال مسمومیت (شیمیایی، داروئی، گازگرفتگی و...)
- مرگ به دنبال سوء مصرف مواد (مخدر، روانگردان، توهم زا و ...)
- مرگ متعاقب برق گرفتگی، سوختگی، غرق شدگی، سرمازدگی، گرمزدگی، سقوط از ارتفاع و ...
- مرگ ناشی از کار (حوادث شغلی، مواد آلاینده محیط کار و ...)
- مرگ در زندان یا بازداشتگاه
- مرگ در مراکز اقامت جمعی مانند آسایشگاه، پرورشگاه، اردوگاه، پادگان، خوابگاه و ...

- **مرگ ناشی از اقدامات تشخیصی و درمانی**
- **مرگ مادر ناشی از اقدامات تشخیصی و درمانی در حین بارداری، حین زایمان یا متعاقب زایمان و یا سقط جنین**
- **مرگ حین یا متعاقب ورزش**
- **مرگ های ناگهانی، غیر منتظره و غیر قابل توجیه**
- **هر مرگی که احتمال شکایت از کسی در آن وجود داشته باشد**
- **هر نوع مرگ مشکوک و مرگ با علت ناشناخته**
- **هر نوع مرگ افراد ناشناس و مجهول الهویه**
- **هر مرگی که احتمال جنحه یا جنایت در آن برود.**
- **مرگ ناشی از حوادث غیر مترقبه**

در مورد نوزادان :

- مواردی که جواز دفن نوزاد باید توسط پزشکی قانونی ارزیابی گردد به ۱۵ مورد میرسد.

گواهی فوت برای همه گروه های سنی

سر برگ

نام:	نام خانوادگی:	نام پدر:	شماره سریال:
شماره ملی:	شماره شناسنامه:	محل صدور شناسنامه:	
جنس: ☐ مرد ☐ زن ☐ نامشخص	تاریخ تولد: روز ماه سال	تاریخ فوت: روز ماه سال	

نام و مشخصات گواهی فوت

سازمان ثبت احوال کشور	جمهوری اسلامی ایران	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی										
گواهی پزشکی فوت سن بالای ۷ روز												
شماره سریال :	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											شماره ثبت در سامانه:

مشخصات عمومی متوفی

لطفا قبل از تکمیل فرم مندرجات ظهر آن را مطالعه نمایید	
۱- وضعیت شناسنامه:	دارای شناسنامه ☐ عدم دسترسی به شناسنامه ☐ فاقد شناسنامه ☐
۲- نام:	۳- نام خانوادگی: ۴- نام پدر:
۵- شماره ملی:	۶- شماره شناسنامه:
۷- محل صدور شناسنامه:	۸- جنس: مرد ☐ زن ☐ نامشخص ☐ ۹- ملیت: ایرانی ☐ غیر ایرانی ☐ شماره پروانه اقامت اتباع غیر ایرانی: نامشخص ☐
۱۰- شغل:	۱۱- شماره ملی سرپرست خانوار:
۱۲- وضعیت سواد:	بی سواد ☐ ابتدایی/نهضت ☐ راهنمایی ☐ دبیرستان ☐ دانشگاهی ☐ دکترای تخصصی و فوق دکترا ☐ سایر ☐
توجه: در صورتی که متوفی بالای ۷ روز و زیر ۵ سال سن داشته و مادرش در قید حیات باشد ردیف های ۱۳ تا ۱۵ تکمیل گردد.	
۱۳- نام و نام خانوادگی مادر:	۱۴- سن مادر: سال
۱۵- وضعیت سواد:	بی سواد ☐ ابتدایی/نهضت ☐ راهنمایی ☐ دبیرستان ☐ دانشگاهی ☐ دکترای تخصصی و فوق دکترا ☐ سایر ☐

مشخصات عمومی متوفی

تاریخ

ردیف	۱۶- تاریخ تولد: روز		ماه		سال					تاریخ به حروف
	۱۷- تاریخ فوت: روز		ماه		سال					تاریخ به حروف

نشانی متوفی

۱۸- آدرس محل سکونت دائمی متوفی: کشور استان شهرستان بخش شهر/روستا خیابان کوچه پلاک کدپستی <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> تلفن ثابت کد ۱۹- آدرس محل فوت: کشور استان شهرستان بخش شهر/روستا ۲۰- مکان فوت: منزل ☐ بیمارستان/مرکز جراحی محدود ☐ مرکز درمانی سرپایی ☐ معابر و اماکن عمومی ☐ آسایشگاه ☐ نامشخص ☐ سایر ☐ (مشخص شود)											۱۸ ۱۹ ۲۰

بارداری زنان

اگر متوفی زن در سن باروری (۱۰ تا ۶۰ سال) می باشد ردیف ۲۱ تکمیل گردد.	
۲۱- وضعیت بارداری زن: باردار نبوده است (در ۴۲ روز اول پس از ختم بارداری هم فوت نکرده است)	☐
در حین زایمان فوت کرده است	☐
طی ۴۲ روز پس از ختم بارداری فوت کرده است	☐
وضعیت بارداری نامشخص است	☐
باردار بوده است	☐

علت مرگ

توجه: علائم بیماری و یا حالات نشانگان فوت همانند ایست قلبی، ایست تنفسی و نباید نوشته شوند		
۲۲- علل فوت	کد ICD-10	
قسمت اول: رنجیره وقایع، بیماری ها، صدمات و یا وضعیتی که به طور مستقیم سبب مرگ شده اند الف) آخرین بیماری یا وضعیتی که منجر به فوت شده است: ب) بیماری یا وضعیتی که منجر به قسمت الف شده است: ج) بیماری یا وضعیتی که منجر به قسمت ب شده است: د) بیماری یا وضعیتی که منجر به قسمت ج شده است:	کد های ICD-10 توسط کدگذار ثبت می شوند 	
	قسمت دوم: سایر وضعیت هایی که در وقوع مرگ موثر بوده اند، اما منتج به علل اشاره شده در قسمت اول نشده اند:	
	ه)	
	و)	

صادر کننده

مهر و امضای پزشک	۲۳- نام و نام خانوادگی صادر کننده گواهی	صادر کننده
	شماره نظام پزشکی نام موسسه	
مهر موسسه	تاریخ صدور گواهی : روز ماه سال	

جواز دفن

نام و نام خانوادگی صادر کننده جواز دفن	شماره نظام پزشکی	دفن متوفی بلا مانع است
		مهر و امضای پزشک

ماده ۲۵ قانون ثبت احوال: مهلت اعلام واقعه وفات ده روز از تاریخ وقوع فوت است

۷ روز اول زندگی نوزاد تکمیل می گردد.

1. *Introduction*
 2. *Background*
 3. *Methodology*
 4. *Results*
 5. *Discussion*
 6. *Conclusion*
 7. *References*
 8. *Appendix*
 9. *Index*
 10. *Summary*
 11. *Abstract*
 12. *Keywords*
 13. *Subject Headings*
 14. *Notes*
 15. *Footnotes*
 16. *Tables*
 17. *Figures*
 18. *Equations*
 19. *Formulas*
 20. *Equations*
 21. *Formulas*
 22. *Equations*
 23. *Formulas*
 24. *Equations*
 25. *Formulas*
 26. *Equations*
 27. *Formulas*
 28. *Equations*
 29. *Formulas*
 30. *Equations*
 31. *Formulas*
 32. *Equations*
 33. *Formulas*
 34. *Equations*
 35. *Formulas*
 36. *Equations*
 37. *Formulas*
 38. *Equations*
 39. *Formulas*
 40. *Equations*
 41. *Formulas*
 42. *Equations*
 43. *Formulas*
 44. *Equations*
 45. *Formulas*
 46. *Equations*
 47. *Formulas*
 48. *Equations*
 49. *Formulas*
 50. *Equations*
 51. *Formulas*
 52. *Equations*
 53. *Formulas*
 54. *Equations*
 55. *Formulas*
 56. *Equations*
 57. *Formulas*
 58. *Equations*
 59. *Formulas*
 60. *Equations*
 61. *Formulas*
 62. *Equations*
 63. *Formulas*
 64. *Equations*
 65. *Formulas*
 66. *Equations*
 67. *Formulas*
 68. *Equations*
 69. *Formulas*
 70. *Equations*
 71. *Formulas*
 72. *Equations*
 73. *Formulas*
 74. *Equations*
 75. *Formulas*
 76. *Equations*
 77. *Formulas*
 78. *Equations*
 79. *Formulas*
 80. *Equations*
 81. *Formulas*
 82. *Equations*
 83. *Formulas*
 84. *Equations*
 85. *Formulas*
 86. *Equations*
 87. *Formulas*
 88. *Equations*
 89. *Formulas*
 90. *Equations*
 91. *Formulas*
 92. *Equations*
 93. *Formulas*
 94. *Equations*
 95. *Formulas*
 96. *Equations*
 97. *Formulas*
 98. *Equations*
 99. *Formulas*
 100. *Equations*

دوره تربیت مدر

سر برگ

شماره سریال:																													
نام پدر: نام خانوادگی پدر: نام مادر: نام خانوادگی مادر:																													
شماره ملی مادر: <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>															شماره شناسنامه مادر: <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>														
جنس متوفی: ☐ پسر ☐ دختر ☐ نامشخص																													
تاریخ تولد نوزاد: در <table border="1"> <tr> <td></td><td></td> </tr> </table> دقیقه <table border="1"> <tr> <td></td><td></td> </tr> </table> ساعت <table border="1"> <tr> <td></td><td></td> </tr> </table>											در تاریخ روز <table border="1"> <tr> <td></td><td></td> </tr> </table> ماه <table border="1"> <tr> <td></td><td></td> </tr> </table> سال <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																		
تاریخ فوت نوزاد: در <table border="1"> <tr> <td></td><td></td> </tr> </table> دقیقه <table border="1"> <tr> <td></td><td></td> </tr> </table> ساعت <table border="1"> <tr> <td></td><td></td> </tr> </table>											در تاریخ روز <table border="1"> <tr> <td></td><td></td> </tr> </table> ماه <table border="1"> <tr> <td></td><td></td> </tr> </table> سال <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																		

۳
۲
۱

نام و مشخصات گواهی فوت

سازمان ثبت احوال کشور

جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

گواهی پزشکی فوت، برای موارد مرده زایی و مرگ نوزاد تا ۷ روز بعد از تولد

شماره سریال:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

شماره ثبت در سامانه:

مشخصات نوزاد / جنین

مشخصات نوزاد/جنین

- ۱- نام نوزاد:
- ۲- نام خانوادگی نوزاد:
- ۳- این نوزاد زنده متولد شده در: دقیقه ساعت در تاریخ روز ماه سال تاریخ به حروف
و فوت شده در: دقیقه ساعت در تاریخ روز ماه سال تاریخ به حروف
- ۴- این نوزاد مرده به دنیا آمده در: دقیقه ساعت در تاریخ روز ماه سال تاریخ به حروف
- ۵- وزن تولد گرم ۶- جنس: ☐ پسر ☐ دختر ☐ قابل تشخیص نمی باشد ☐
- ۷- تعداد قل ها: ۸- مرتبه قل ها:
- ۹- عامل زایمان: متخصص زنان و زایمان ☐ ماما ☐ پزشک عمومی ☐ ماما روستا/ بهورز ماما ☐ ماما محلی ☐ سایر ☐ (مشخص نمایید).....
- ۱۰- مکان زایمان: بیمارستان یا زایشگاه ☐ واحد تسهیلات زایمانی ☐ منزل ☐ در مسیر انتقال ☐ سایر (مشخص کنید).....

اطلاعات مادر و پدر نوزاد / جنین

اطلاعات مادر نوزاد/جنین

۱۱- نام: ۱۲- نام خانوادگی: ۱۳- ملیت: ایرانی ☐ غیر ایرانی ☐ شماره پروانه اقامت اتباع غیر ایرانی نامشخص ☐

۱۴- شماره ملی: ۱۵- شماره شناسنامه: ۱۶- محل صدور شناسنامه:

۱۷- تاریخ تولد: روز ماه سال یا اگر نمیداند سن (به سال)
 ۱۸- سطح سواد: بی سواد ☐ ابتدایی/نهضت ☐ راهنمایی ☐ دبیرستان ☐ دانشگاهی ☐ دکترای تخصصی و فوق دکترای ☐ سایر ☐

۱۹- شماره ملی سرپرست خانوار:

۲۰- آدرس محل سکونت دائمی سرپرست خانوار: کشور..... استان..... شهرستان..... بخش..... شهر/روستا.....
 خیابان..... کوچه..... پلاک.....
 کد پستی: شماره تلفن: کد:

اطلاعات پدر نوزاد/جنین

۲۱- نام: ۲۲- نام خانوادگی:

علت مرگ

علت مرگ	کد ICD-۱۰
۲۳- بیماری یا شرایط اصلی منجر به فوت نوزاد/جنین	
۲۴- سایر بیماریها یا شرایط موثر بر فوت نوزاد/جنین	
۲۵- بیماری یا شرایط اصلی مادری منجر به فوت نوزاد/جنین	
۲۶- سایر بیماریها یا شرایط مادری موثر بر فوت نوزاد/جنین	
۲۷- سایر شرایط مرتبط ::.....	

کد ICD-۱۰ (توسط کد گذار تکمیل خواهد شد)

صادر کننده

مهر و امضای پزشک / ماما مهر مؤسسه	۲۸- نام و نام خانوادگی صادر کننده: شماره نظام پزشکی: نام مؤسسه تاریخ صدور گواهی: روز ماه سال	صادر کننده

جواز دفن

مهر و امضای پزشک	دفن متوفی بلا مانع است	لطفا قبل از تکمیل فرم مندرجات ظهر آن را مطالعه نمایید. ۲۹- نام و نام خانوادگی صادر کننده جواز دفن: شماره نظام پزشکی:	۱ ۲ ۳
------------------	------------------------	--	-------------

ماده ۲۵ قانون ثبت احوال: مهلت اعلام واقعه وفات ده روز از تاریخ وقوع فوت است