

فرم گزارش فوری مرگ کودکان ۵۹ - ۱ ماهه

دانشگاه علوم پزشکی
 شهرستان.....
 بیمارستان.....

« فرم شماره دو »

| زیر گروه زیر گروه | علت مرگ (زیرگروه) | علت مرگ (گروه اصلی) | تاریخ گزارش به مسئول مرگ | آدرس دقیق محل سکونت ، با ذکر نام شهر، روستا عشایر | شهرستان محل فوت | مکان فوت | جنس | سن متوفی (ماه) | تاریخ تولد | تاریخ فوت | نام نام خانوادگی | ردیف |
|----------------------|----------------------|------------------------|-----------------------------|--|--------------------|-------------|-----|-------------------|------------|-----------|------------------|------|
| | | | | | | | | | | | | |

امضاء رئیس بیمارستان

امضاء و نام و نام خانوادگی گزارشگر.....

تاریخ گزارش به معاونت.....