

ફોર્મ નં. ૪

(જુઓ નિયમ - ૭)

મૃત્યુના કારણ માટેનું તબીબી પ્રમાણપત્ર

(દર્દી હોસ્પિટલમાં, મૃતજન્મ માટે ઉપયોગ ન કરવો.)

રજિસ્ટ્રારે ફોર્મ નં. ૨ (મૃત્યુ રીપોર્ટ) સાથે મોકલવું.

દવાખાનાનું નામ :

હું પ્રમાણિત કરું છું કે, જે વ્યક્તિની માહિતી નીચે આપેલ છે તે વ્યક્તિ દવાખાનાના વોર્ડ નં.----- માં તારીખ ----- ના રોજ ----- સમયે મૃત્યુ પામેલ છે.

મૃતકનું નામ :-					આંકડાકીય કચેરીના ઉપયોગ માટે
જાતિ	મૃત્યુ સમયે ઉંમર				
	જો ૧ વર્ષ અથવા વધારે હોય તો ઉંમર વર્ષમાં	જો ૧ વર્ષ કરતાં ઓછી હોય તો ઉંમર મહિનામાં	જો ૧ મહિના કરતાં ઓછી હોય તો ઉંમર દિવસમાં	જો ૧ દિવસ કરતાં ઓછી હોય તો ઉંમર કલાકમાં	
૧. પુરુષ ૨. સ્ત્રી					
મૃત્યુનો પ્રકાર					બિમારી લાગુ પડેથી મૃત્યુ વચ્ચનો સમયગાળો.
૧. તાત્કાલિક કારણ :-					
બિમારીનું નામ, મૃત્યુ માટેની જટિલતા ઈજા વિગેરે જણાવવું.					(અ)
તાત્કાલિક દૃઢ્ય અંધ, અશક્તિ જેવા કારણો દર્શાવવા નહિં.					કારણે (અથવા પરિણામે)
પુરોગામી કારણો માંદગીની પરિસ્થિતિ જો હોય, આ રોગના વધવાના કારણો આપીને છેલ્લી પરિસ્થિતિ દર્શાવવી.					(બ)
					કારણે (અથવા પરિણામે)
					(ક)
૨. બીજા કોઈ એવા કારણો કે જે મૃત્યુ થવા માટે જવાબદાર હોય પણ રોજ સાથે સંબંધિત ન હોય તે જણાવવા.				
				
				

મૃત્યુનો પ્રકાર :

ઈજા કઈ રીતે થઈ ?

(૧) કુદરતી (૨) અકસ્માત (૩) આત્મહત્યા (૪) ખૂન (૫) તપાસ બાકી છે.

જો મૃત્યુ પામનાર સ્ત્રી હોય તો, મૃત્યુની સાથે ગર્ભધારણ સંબંધ ધરાવે છે ? (૧) હા (૨) ના

જો હા, તો પ્રસૂતિ થયેલ ? (૧) હા (૨) ના

મૃત્યુનું કારણ પ્રમાણિત કરનાર તબીબી વ્યક્તિ (દિખરેખ રાખનાર)નું નામ અને સહી.....
ચકાસણીની તારીખ :

(કાપલી ફાડીને મૃત વ્યક્તિના સંબંધીને આપવી)

આથી પ્રમાણિત થાય છે કે, સ્ત્રી/શ્રીમતી/કુ..... કે જે ના પુત્ર/પત્ની/પુત્રી છે. જે આ હોસ્પિટલમાં તા. ના રોજ દાખલ થયેલ અને તા. ના રોજ મરણ પામેલ છે.

તબીબ :

મેડીકલ સુપ્રિન્ટેન્ડેન્ટ

(દવાખાનાનું નામ)