



بيانات المتوفى

1.	الاسم الرباعي للمتوفى/ة:	.....	2.	رقم هوية المتوفى/ة:	.....
3.	تاريخ الميلاد: البرم: الشهر: السنة:	.....	4.	الجنس: 1. ذكر 2. أنثى	.....
5.	الحالة الزوجية: 1. أعزب 2. متزوج 3. مطلق 4. أرمل 5. منفصل	.....	6.	مكان الولادة: التجمع السكاني/ المحافظة: الديانة:	.....
7.	المهنة: الجنسية: 9.	.....	10.	مكان الإقامة التجمع السكاني: المحافظة: الدولة:	.....
11.	تاريخ الوفاة: اليوم: الشهر: السنة:	.....	12.	مكان الوفاة: 1. مستشفى 2. بيت 3. غير ذلك	.....
13.	مكان الدفن: رقم تصريح الدفن:	.....	14.	رقم تصريح الدفن:	.....

تفاصيل الزوج/ الزوجة

15.	اسم الزوج / الزوجة الرباعي:	16.	رقم الهوية:
-----	-----------------------------	-------	-----	-------------	-------

أسباب الوفاة (تستوفي من الطبيب المشرف على الوفاة)

سبب الوفاة	التشخيص	تقود المرض	ICD10
أ	السبب المباشر للوفاة		
ب	نتيجة من		
ج	نتيجة من		
د	نتيجة من المرض الاصيل		
هـ	أسباب أخرى		

18.	إذا كان المتوفى امرأة في سن الانجاب (15-49) سنة، هل كانت حاملا أو اجهضت أو وضعت قبل وفاتها 1. نعم 2. لا	19.	هل توفيت خلال 42 يوما بعد الولادة؟ 1. نعم 2. لا
-----	---	-------	-----	---	-------

بيانات الطبيب

19.	أشهد بأنني عالجت المتوفى المذكور أعلاه منذ / / وأنني قد رأيت المتوفى على قيد الحياة لآخر مرة بتاريخ / / وأن الوفاة وقعت بتاريخ / / وأنني رأيت الحثة بتاريخ / / حرى تشريح الحثة 1. نعم 2. لا	.....
20.	أشهد صوب معرفتي التخصصية بأن كافة التفاصيل المبينة أعلاه مضبوطة وصحيحة	.....
21.	اسم الطبيب: التخصص: العنوان:	.....
22.	توقيع الطبيب: التاريخ: ..... / ..... / .....	.....

لاستخدام مديرية الصحة

20.	تشهد مديرية الصحة بأن الطبيب الذي استوفى البيانات أعلاه هو طبيب مسجل في وزارة الصحة ومؤهلا لإصدار هذا التبليغ
-----	---	-------

بيانات المبلغ

21.	اسم مقدم التبليغ الرباعي:	.....	22.	رقم الهوية:	.....
23.	الجنس: 1. ذكر 2. أنثى	.....	24.	الجنسية:	.....
25.	العنوان: التجمع: الشارع: رقم الهاتفون: صندوق بريد:	.....	26.	رقم الهاتفون: صندوق بريد:	.....
27.	تاريخ تقديم التبليغ: ..... / ..... / .....	.....	27.	تاريخ تقديم التبليغ: ..... / ..... / .....	.....

خاص باستخدام مديرية الداخلية

28.	تاريخ استلام التبليغ: / /	اسم الموظف: توقيع الموظف:
29.	تاريخ تسجيل الواقعة بسجل السكان: / /	اسم الموظف: توقيع الموظف: