

جمهوری اسلامی ایران		وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	
سازمان ثبت احوال کشور		شماره ثبت در سامانه:	
شماره سریال		گواهی پزشکی فوت	
لطفاً قبل از تکمیل فرم مندرجات ظهر آن را مطالعه نمایید			
مشخصات عمومی متوفی		۱- نام: ..... ۲- نام خانوادگی: ..... ۳- نام پدر: ..... ۴- نام و نام خانوادگی مادر (برای متوفیان زیر ۵ سال): ..... ۵- تاریخ تولد مادر: روز ..... ماه ..... سال ..... ۶- تابعیت: ایرانی <input type="checkbox"/> غیر ایرانی <input type="checkbox"/> شماره پروانه اقامت اتباع غیر ایرانی: ..... ۷- شماره ملی: ..... ۸- وضعیت شناسنامه: دارای شناسنامه می باشد <input type="checkbox"/> عدم دسترسی به شناسنامه <input type="checkbox"/> فاقد شناسنامه <input type="checkbox"/> ۹- جنس: مذکر <input type="checkbox"/> مونث <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/>	
رتبه و رتبه		۱۰- تاریخ تولد: دقیقه ..... ساعت ..... روز ..... ماه ..... سال ..... تاریخ به حروف: ..... ۱۱- تاریخ فوت: دقیقه ..... ساعت ..... روز ..... ماه ..... سال ..... تاریخ به حروف: .....	
نشانی و متوفی		۱۲- نشانی محل سکونت دائمی متوفی: کشور ..... استان ..... شهرستان ..... بخش ..... شهر/روستا ..... کدپستی ..... پلاک ..... کوچه ..... ۱۳- نشانی محل فوت: کشور ..... استان ..... شهرستان ..... بخش ..... شهر/روستا ..... ۱۴- مکان فوت: منزل <input type="checkbox"/> بیمارستان/مرکز جراحی محدود <input type="checkbox"/> مرکز درمانی سرپایی <input type="checkbox"/> معابر و مکانهای عمومی <input type="checkbox"/> مراکز اقامت جمعی <input type="checkbox"/> (ارجاع به پزشکی قانونی) سایر (مشخص شود) ..... نامشخص <input type="checkbox"/> (ارجاع به پزشکی قانونی)	
تاریخ فوت		۱۵- وضعیت بارداری زن: باردار نبوده است (در ۴۲ روز پس از ختم بارداری هم نیست) <input type="checkbox"/> باردار بوده است <input type="checkbox"/> در حین زایمان فوت کرده است <input type="checkbox"/> طی ۴۲ روز پس از ختم بارداری فوت کرده است <input type="checkbox"/> طی ۴۳ روز تا ۳۶۵ روز پس از ختم بارداری فوت کرده است <input type="checkbox"/> وضعیت بارداری نامشخص است <input type="checkbox"/>	
اطلاعات پزشکی علت مرگ			
علت مرگ		(۱) بیماری یا وضعیتی که مستقیماً منجر به مرگ می شود را در خط الف گزارش کنید. زنجیره وقایع منجر به مرگ را به ترتیب گزارش کنید. علت زمینه ای مرگ را در پایین ترین خط بنویسید.	
الف			
ب			
ج			
د			
فاصله زمانی بین شروع بیماری و وقوع مرگ ( به دقیقه ساعت ، ماه و یا سال)			
(۲) سایر وضعیتهای مهمی که در وقوع مرگ دخالت داشته اند ( می توانید فاصله های زمانی را پس از وضعیتهای ذکر شده بین پرانتز بگذارید)			
۱۶- آیا در ۴ هفته قبل عمل جراحی برای متوفی انجام شده است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی داند <input type="checkbox"/> اگر بله لطفاً تاریخ جراحی را مشخص کنید: روز ..... ماه ..... سال اگر پاسخ بله است علت جراحی را مشخص نمایید (بیماری یا وضعیت )			
۱۷- بارداری چند قلوئی: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/> مرتبه قل <input type="checkbox"/> ۱۸- مرده زایی: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/> ۱۹- اگر فوت طی ۲۴ ساعت ( پس از زایمان ) رخ داده تعداد ساعات زنده ماندن را ذکر کنید <input type="checkbox"/> ۲۰- وزن هنگام تولد( به گرم ) <input type="checkbox"/> ۲۱- تعداد هفته های کامل بارداری <input type="checkbox"/> ۲۲- در صورتی که مرگ حول زایمان رخ داد لطفاً وضعیت(ها) (بیماریهای) مادر که باعث مرگ جنین یا نوزاد شد را ذکر کنید. ....			
صادر کننده		۲۳- نام و نام خانوادگی صادر کننده گواهی فوت ..... نام واحد درمانی ..... تاریخ صدور گواهی: روز ..... ماه ..... سال .....	
مهر و امضای پزشک		مهر و امضای واحد درمانی	
۲۴- نام و نام خانوادگی صادر کننده جواز دفن ..... شماره نظام پزشکی ..... دفن متوفی بلامانع است مهر و امضای پزشک			

## دستور عمل گواهی فوت:

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

پس از بررسی پزشک صادر کننده گواهی فوت در صورتی که علت و شرایط فوت یکی از موارد زیر باشد لازم است جسد از طریق فرم ارجاع به پزشکی قانونی ارجاع و مجوز دفن توسط پزشکی قانونی صادر می گردد:

- ۱- مرگ به دنبال اقدام به قتل
- ۲- مرگ به دنبال اقدام به خودکشی
- ۳- مرگ به دنبال هر گونه منازعه (اعم از درگیری فیزیکی و یا لفظی)
- ۴- مرگ به دنبال حوادث ترافیکی ( به هر شکل و با هر فاصله زمانی از حادثه که مرگ رخ دهد)
- ۵- مرگ به دنبال مسمومیت (شیمیایی، دارویی، گاز گرفتگی و...)
- ۶- مرگ به دنبال سوء مصرف مواد (مخدر، روانگردان، توهم زا و ...)
- ۷- مرگ متعاقب برق گرفتگی، سوختگی، غرق شدگی، سرمازدگی، گرمزدگی، سقوط از ارتفاع و ...
- ۸- مرگ ناشی از کار (حوادث شغلی، مواد آلاینده محیط کار و ...)
- ۹- مرگ در زندان یا بازداشتگاه
- ۱۰- مرگ در مراکز اقامت جمعی مانند آسایشگاه، پرورشگاه، اردوگاه، پادگان، خوابگاه و ...
- ۱۱- مرگ ناشی از اقدامات تشخیصی و درمانی
- ۱۲- مرگ مادر ناشی از اقدامات تشخیصی و درمانی در حین بارداری، حین زایمان یا متعاقب زایمان و یا سقط جنین
- ۱۳- مرگ حین یا متعاقب ورزش
- ۱۴- مرگ های ناگهانی، غیر منتظره و غیر قابل توجیه
- ۱۵- هر مرگی که احتمال شکایت از کسی در آن وجود داشته باشد
- ۱۶- هر نوع مرگ مشکوک و مرگ با علت ناشناخته
- ۱۷- هر نوع مرگ افراد ناشناس و مجهول الهویه
- ۱۸- هر مرگی که احتمال جنحه یا جنایت در آن برود.
- ۱۹- مرگ ناشی از حوادث غیر مترقبه

- این گواهی باید با خودکار و با خط خوانا بصورتی نوشته شود که روی هر سه نسخه قابل خواندن باشد.
- علت مرگ به فارسی نوشته شده و از بکار بردن کلمات بصورت مخفف و انگلیسی جداً پرهیز شود.
- در بند هایی که لازم است گزینه ای با ذکر یک علامت در داخل مربع مربوطه انتخاب شود، لازم است از علامت ضربدر استفاده شود ( ✕ )

## نحوه تکمیل گواهی فوت

این گواهی فوت برای کلیه متوفیان که به علت مرگ طبیعی فوت کرده اند تکمیل می گردد.

**شماره ثبت در سامانه:** این شماره، پس از ثبت داده ها در سامانه الکترونیک ثبت مرگ، به صورت خودکار تولید می شود و باید بر روی گواهی فوت در هنگام ورود داده ها در نرم افزار درج گردد.

**شماره سریال:** منظور شماره ای است که در هرنسخه از گواهی فوت درج می شود. لازم به ذکر است که هر دانشگاه در شماره سریال یک پیش شماره مشخص دارد که تعیین کننده گواهی فوت پزشکی آن دانشگاه است.

**مشخصات عمومی متوفی:** در این بخش، مشخصات عمومی و شناسنامه ای متوفی که از نظر هویتی، قانونی و ابطال شناسنامه با اهمیت است به طور کامل نوشته می شود. لازم است نکات زیر در هنگام صدور گواهی فوت مورد توجه قرار گیرد:

- ۱- نام متوفی ثبت گردد.
- ۲- نام خانوادگی متوفی ثبت گردد.
- ۳- نام پدر متوفی ثبت شود.
- ۴- نام و نام خانوادگی مادر برای متوفیان زیر ۵ ساله ثبت شود.
- ۵- تاریخ تولد مادر به سال، ماه و روز ثبت گردد.
- ۶- تابعیت متوفی از نظر ایرانی یا غیر ایرانی بودن مشخص گردد و همچنین شماره پروانه اقامت و شماره گذرنامه اتباع غیر ایرانی ثبت گردد.
- ۷- شماره ملی متوفی ثبت گردد.
- ۸- وضعیت شناسنامه مشخص گردد، از لحاظ دارا بودن شناسنامه، فاقد شناسنامه، عدم دسترسی به شناسنامه مشخص و ثبت گردد.
- ۹- جنس متوفی بصورت مذکر یا مونث یا نامشخص ثبت گردد.

## تاریخ تولد و فوت متوفی

- ۱۰- در این قسمت تاریخ تولد متوفی باید بر اساس دقیقه، ساعت، روز، ماه و سال به صورت عدد درج شود و ضمناً تاریخ تولد به صورت حروف نیز لازم است ثبت گردد.
- ۱۱- در این قسمت تاریخ فوت متوفی باید بر اساس دقیقه، ساعت، روز، ماه و سال به صورت عدد درج شود و ضمناً تاریخ تولد به صورت حروف نیز لازم است ثبت گردد.

## نشانی متوفی

- ۱۲- نشانی محل سکونت دائمی متوفی محلی است که متوفی در زمان فوت در آنجا زندگی می کرده است مشروط بر اینکه اقامتگاه دیگر نداشته باشد، اقامتگاه خانوارهایی که بیش از یک اقامتگاه دارند، محلی است که بیشترین مدت سال را در آن به سر می برند. ضمناً افرادی که برای درمان به شهر دیگری مراجعه نموده اند و فوت کرده اند، لازم است نشانی محل سکونت اصلی آنها نوشته شود. نشانی را بر حسب کشور، استان، شهرستان، بخش، شهر/روستا، خیابان، کوچه، پلاک منزل و

کد پستی ثبت کنید. در قسمت تلفن، شماره تماس ثابت یا همراه از خانواده درجه یک متوفی ثبت گردد و در صورت نداشتن تلفن، شماره تماس فرد دیگری برای پیگیری های بعدی قید گردد.

۱۳- نشانی محل فوت متوفی را بر اساس کشور، استان، شهرستان، بخش و شهر یا روستا ثبت کنید.

۱۴- در قسمت مکان فوت، با توجه به گزینه های ذکر شده، یک مورد را انتخاب کنید و در صورتیکه

مکان فوت در بین موارد ذکر شده وجود ندارد، گزینه سایر انتخاب گردد. لازم به ذکر است که اگر

مکان فوت نامشخص بود می بایست متوفی به پزشکی قانونی ارجاع شود.

اگر متوفی، زن در سن باروری ( ۱۰ تا ۶۰ سال) باشد ردیف ۱۵ تکمیل گردد.

#### متوفی زن در سن ۱۰ تا ۶۰ سال

۱۵- برای زنان در سن ۱۰ تا ۶۰ سال گزینه های وضعیت بارداری زن را به صورت زیر تعیین کنید .

- اگر متوفی در زمان فوت باردار نبوده و نیز در ۴۲ روز پس از ختم بارداری هم نیست.

- اگر متوفی در زمان فوت باردار بوده است

- متوفی در حین زایمان فوت نموده است

- اگر تا ۴۲ روز پس از ختم بارداری فوت کرده است.

- اگر متوفی طی ۴۳ تا ۳۶۵ روز پس از بارداری فوت کرده است.

- اگر وضعیت بارداری متوفی نامشخص است .

#### علت فوت

به طور کلی بر اساس استاندارد بین المللی، بخش علت گواهی فوت شامل دو بخش است . در بخش (۱) بیماری هایی که مستقیماً منجر به مرگ می شوند ثبت می گردد . در بخش (۲) سایر بیماریها یی که در وقوع مرگ موثر بوده اما مستقیماً منجر به مرگ نشده اند ثبت می گردد.

بخش (۱) دارای چهار خط شامل الف، ب، ج و د می باشد. در بخش ۱ (الف) علت فوری مرگ ذکر می گردد . علت فوری مرگ آخرین بیماری، آسیب یا عارضه ای است که باعث وقوع مرگ شده است. علل بینابینی مرگ در بخش ۱ (ب) و ۱ (ج) ثبت می گردد.

در آخرین بخش یعنی بخش ۱ (د) علت زمینه ای مرگ ثبت می شود. علت زمینه ای مرگ، بیماری یا وضعیتی است که سبب بروز سلسله وقایع منجر به مرگ شده است .

همچنین در ستون سمت چپ بخشهای ۱ و ۲، فاصله زمانی بین شروع بیماری تا وقوع مرگ بر حسب دقیقه، ساعت، روز، ماه و سال باید ثبت گردد. در صورتی که فاصله زمانی مشخص نباشد باید واژه نامشخص در محل مربوطه ذکر گردد این قسمت نباید خالی بماند.

#### ثبت مرگ حول تولد و نوزادی

در فرم جدید گواهی فوت که توسط سازمان جهانی بهداشت طراحی و ارائه شده است، علت مرگ همه گروه های سنی در یک فرم ثبت می شود و دیگر قرار نیست مرگ گروه سنی زیر ۷ روز و یا مرده زایی در فرم جدا گانه ثبت شود. بنابر این پزشک صادر کننده گواهی فوت باید بر اساس قضاوت بالینی خود و نیز شواهد موجود در پرونده پزشکی برای مرگ حول تولد ، گواهی پزشکی فوت را صادر نماید. بر اساس قوانین ICD-10 ، بیماری یا وضعیت اصلی جنین یا نوزاد ، بیماری یا وضعیتی است که زنجیره بیماری ها و حوادثی که منجر به مرگ می شود را آغاز می کند و در بخش ۱ (د) گواهی فوت ثبت می شود و علت زمینه ای نامیده می شود. سایر علل نوزادی که به وقوع مرگ کمک کرده اند در بخش دوم گواهی فوت ثبت می شوند. ضمناً لازم است که علل مادری مرگ نوزادان در سوال ۲۲ گواهی فوت ثبت شود

### سایر اطلاعات پزشکی

- ۱۶- در صورتی که طی ۴ هفته قبل برای متوفی جراحی انجام شده اطلاعات مربوطه را ثبت کنید.  
اگر برای متوفی جراحی انجام شده است تاریخ آن را به روز ، ماه و سال ذکر کنید.  
اگر پاسخ به انجام جراحی بلی است، علت انجام جراحی یعنی بیماری که جراحی بخاطر آن انجام شده است را بنویسید . ( بر اساس فهرستی که اعلام می شود)

### مرگ جنینی یا نوزادی

- ۱۷- اگر بارداری چندقلویی بوده است آنرا ثبت کنید. همچنین مرتبه قل بارداری را هم بنویسید.  
۱۸- اگر نتیجه بارداری مرده زایی بوده است ثبت کنید. بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت در کتاب طبقه بندی بیماریها ویرایش دهم اگر جنین از هفته ۲۲ بارداری به بعد مرده بدنیا بیاید مرده زایی محسوب میشود.  
۱۹- اگر فوت طی ۲۴ ساعت پس از زایمان رخ داده تعداد ساعات زنده ماندن کودک را ثبت کنید.  
۲۰- وزن هنگام تولد کودک را به گرم ثبت کنید.  
۲۱- تعداد هفته های کامل بارداری را ثبت کنید.

- ۲۲- در صورتی که مرگ حول زایمان رخ داده است وضعیتهای (بیماریهای) مادر که باعث مرگ جنین یا نوزاد شده است را بنویسید.

پزشک ، بیماری یا وضعیت اصلی مادر که در وقوع مرگ نوزادی دخالت داشته است را مشخص می کند و در این قسمت ثبت می کند. سایر علل مادری که در وقوع مرگ نوزادی نقش داشته اند در همین قسمت پس از علت اصلی نوشته می شوند. در صورتی که هیچ علت مادری در وقوع مرگ نوزادی نقش نداشته باشد باید ذکر شود که هیچ علت مادری در وقوع مرگ نوزاد نقش نداشته است.

### صادر کننده گواهی فوت

۲۳- نام و نام خانوادگی پزشک صادر کننده گواهی فوت را ثبت کنید. شماره نظام پزشکی پزشک صادر کننده گواهی فوت را ثبت کنید. نام واحد بهداشتی درمانی سرپایی یا بستری صادر کننده گواهی فوت را ثبت کنید.

تاریخ صدور گواهی فوت را به روز ، ماه و سال ثبت کنید.  
مهر و امضای پزشک و واحد بهداشتی درمانی سرپایی یا بستری درج شود.

**صادر کننده جواز دفن**

۲۴- نام و نام خانوادگی پزشک صادر کننده جواز دفن را ثبت کنید شماره نظام پزشکی صادر کننده جواز دفن درج شود.

# وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

شماره: .....

تاریخ: .....

پیوست: .....

University of Medical Science:

دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center:

مرکز آموزشی درمانی/درمانی:

## فرم ارجاع جسد به سازمان پزشکی قانونی

### Transfer of Cadaver to Legal Medicine Organization Form

ID Number

کد ملی:

Unit No:

شماره پرونده:

Death Date & Time:	تاریخ فوت:	Identity:	هویت:	Name	نام:	Family Name:	نام خانوادگی:
	ساعت فوت:	Known body	<input type="checkbox"/> معلوم الهوية				
		Unknown body	<input type="checkbox"/> مجهول الهوية				
Admission date & time:	تاریخ پذیرش:	Sex:	جنس:	Date of Birth:	تاریخ تولد:	Father's Name:	نام پدر:
	ساعت پذیرش:	Female <input type="checkbox"/>	زن: <input type="checkbox"/>		(روز/ماه/سال)		
		Male <input type="checkbox"/>	مرد: <input type="checkbox"/>				

نام و نام خانوادگی مادر: (برای جنین و نوزاد فاقد شناسنامه)	High risk cadaver suspicious or affected with:
Mother's name and family name (for fetus and neonate without birth certificate)	AIDS <input type="checkbox"/> هپاتیت <input type="checkbox"/> سل <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> مننژیت <input type="checkbox"/> Meningitis <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> Other.....

Place of Death:	OR <input type="checkbox"/> اتاق عمل	Emergency <input type="checkbox"/> اورژانس	Before arriving at hospital <input type="checkbox"/> قبل از ورود به بیمارستان
Other.....	موارد دیگر <input type="checkbox"/>	سایر بخش ها <input type="checkbox"/>	ICU <input type="checkbox"/> CCU <input type="checkbox"/> NICU <input type="checkbox"/>

Life situation and awareness on admission:	وضعیت حیات و هوشیاری به هنگام پذیرش:
Alert <input type="checkbox"/> هوشیار	Lethargic <input type="checkbox"/> هوشیاری نسبی
No vital signs <input type="checkbox"/> فاقد علائم حیاتی	Sub Coma <input type="checkbox"/> کاهش هوشیاری واضح
Coma <input type="checkbox"/> بیهوش	

Reason for referring to the medical center :	علت مراجعه بیمار به مرکز:
Other <input type="checkbox"/> سایر	Disease <input type="checkbox"/> بیماری
	Quarrel <input type="checkbox"/> نزاع
	Accident <input type="checkbox"/> حادثه
	Crash <input type="checkbox"/> تصادف
	Poisoning <input type="checkbox"/> مسمومیت

خلاصه ای از اقدامات درمانی انجام شده:	خلاصه یافته های آزمایشگاهی و تصویر برداری:	شکایت اصلی بیمار و خلاصه شرح حال:
Medical Procedures:	Summary of laboratory & radiological findings:	Chief complaint of the patient and summary of medical history:

Final diagnosis and possible cause of death :	تشخیص نهایی و علت احتمالی فوت:
---	--------------------------------

Cause of referral of the cadaver to forensic medicine center:	علت ارجاع جسد به پزشکی قانونی:
Complaints from the medical staff <input type="checkbox"/> شکایت از کادر درمانی	Murder <input type="checkbox"/> قتل
Crash <input type="checkbox"/> تصادف	Suicide <input type="checkbox"/> خودکشی
Accident <input type="checkbox"/> حادثه	Complaints from others <input type="checkbox"/> شکایت از سایرین
Unknown cause of death <input type="checkbox"/> علت فوت نا معلوم	other <input type="checkbox"/> سایر

Seal of medical center :	مهر مرکز درمانی:	Attending physician's name, sign and seal:	نام و نام خانوادگی، مهر و امضای پزشک تکمیل کننده:
		Date:	تاریخ: