



استمارة ابلاغ وفيات الامهات
Maternal Death Notification

- 1 - يعبأ هذا النموذج لكل وفاة مرتبطة بالحمل من بدايته وحتى 42 يوما من انتهائه.
- 2 - توضع اشارة (✓) في المكان المناسب
- 3 - ترسل الاستمارة الى مرصد وفيات الامهات والرضع بوزارة الصحة العامة خلال مدة اقصاها اسبوع من تاريخ الوفاة.

رمز المستشفى :		التاريخ:	
-------------------	--	----------	--

تاريخ الدخول:	اليوم / الشهر / السنة ____/____/____	رقم الملف:	
هل تمت الاحالة من مرفق صحي آخر ؟ : نعم : <input type="checkbox"/> لا : <input type="checkbox"/>		سبب الاحالة:	
اذا نعم حدد اسم المرفق:			

عمر المتوفاة:		تاريخ الوفاة:	اليوم / الشهر / السنة ____/____/____	ساعة / دقيقة ____/____
الجنسية:		مكان الوفاة:	الطوارئ <input type="checkbox"/> غرفة العمليات <input type="checkbox"/> العناية <input type="checkbox"/> غيره/حدد <input type="checkbox"/>	
سبب الوفاة	السبب المباشر :			
	أسباب مفاقمة/حدد			

الوفاة

توقيع ضابط الاتصال :		توقيع مدير المستشفى/المركز:	
----------------------	--	-----------------------------	--