

استمارة ابلاغ عن وفيات المستشفيات

عدد الوفيات في الاسبوع	الاسبوع	السنة	اسم المستشفى
	من الى		

رقم في السجل	الجنس	العمر		مكان الإقامة		الجنسية	الحالات المرضية التي ادت الى الوفاة	الحالات المرضية المرافقة	وجود حمل او ولادة ٤٢ يوم قبل الوفاة	ولادة ميتة	مكان الوفاة	استشارة طبيب شرعي	خاص للوزارة
		يوم	شهر	سنة	البلدة								
	ذكر <input type="checkbox"/> انثى <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			- -	- -	نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>	داخل <input type="checkbox"/> المستشفى خارج <input type="checkbox"/> المستشفى	نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>	
	ذكر <input type="checkbox"/> انثى <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			- -	- -	نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>	داخل <input type="checkbox"/> المستشفى خارج <input type="checkbox"/> المستشفى	نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>	
	ذكر <input type="checkbox"/> انثى <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			- -	- -	نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>	داخل <input type="checkbox"/> المستشفى خارج <input type="checkbox"/> المستشفى	نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>	
	ذكر <input type="checkbox"/> انثى <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			- -	- -	نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>	داخل <input type="checkbox"/> المستشفى خارج <input type="checkbox"/> المستشفى	نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>	
	ذكر <input type="checkbox"/> انثى <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			- -	- -	نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>	داخل <input type="checkbox"/> المستشفى خارج <input type="checkbox"/> المستشفى	نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>	

رقم الهاتف:

التاريخ:

التوقيع:

اسم طبيب المستشفى:

ملاحظات: