

प्ररूप क्रमांक 4
(नियम 7 देखिए)

मृत्यु के कारणों का चिकित्सीय प्रमाण-पत्र

[अस्पताल के रोगियों हेतु । मृत जन्म के लिये उपयोग न करें ।]
प्ररूप क्रमांक 2 (मृत्यु रिपोर्ट) के साथ रजिस्ट्रार को भेजने के लिये

अस्पताल का नाम

मैं, एतद् द्वारा, यह प्रमाणित करता हूँ कि व्यक्ति जिसके ब्यौरे नीचे दिये गये हैं, की मृत्यु अस्पताल के वार्ड क्रमांक में दिनांक समय पूर्वान्ह/अपरान्ह को हुई ।

मृतक का नाम

लिंग	मृत्यु के समय आयु				सांख्यिकी कार्यालय के उपयोग हेतु
	यदि एक वर्ष या अधिक हो तो आयु वर्षों में	यदि एक वर्ष से कम आयु हो तो आयु मास में	यदि एक मास से कम आयु हो तो आयु दिनों में	यदि एक दिन से कम आयु हो तो आयु घंटों में	
1. पुरुष 2. स्त्री					
<p>मृत्यु का कारण</p> <p>I. तात्कालिक कारण रोग, चोट या व्याधी का नाम जिसके कारण मृत्यु हुई कथन करें । मृत्यु का प्रकार जैसे कि हृदय गति बंद होने, अस्थेनियां इत्यादि का कथन नहीं करें ।</p> <p style="text-align: right;">(क) के कारण (या के परिणामस्वरूप)</p> <p>पूर्ववर्ती कारण पूर्व विकृत स्थितियां, यदि कोई हों, जो उपरोक्त कारण बनने में सहयोगी रही हों, अन्त में अन्तर्निहित स्थिति का कथन करें ।</p> <p style="text-align: right;">(ख) के कारण (या के परिणामस्वरूप)</p> <p style="text-align: right;">(ग)</p> <p>II. अन्य महत्वपूर्ण स्थितियों जो मृत्यु की सहयोगी हों परन्तु जिनका रोग या रोग उत्पन्न करने वाली स्थितियों से कोई संबंध न हो ।</p>					<p>रोग का प्रकोप होने और मृत्यु होने के बीच के अंतराल की अनुमानित अवधि</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

मृत्यु का प्रकार	चोट कैसे लगी ?
1. प्राकृतिक 2. दुर्घटना 3. आत्महत्या 4. मानव वध 5. अन्वेषण लंबित	
यदि महिला थी, तो क्या गर्भावस्था थी ? मृत्यु उससे सम्बन्धित थी, 1. हाँ 2. नहीं	
यदि हाँ, तो क्या प्रसव हुआ ? 1. हाँ 2. नहीं	

सत्यापन का दिनांक

मृत्यु का कारण प्रमाणित करने वाले
चिकित्सीय परिचारक का नाम एवं हस्ताक्षर

(पृथक किया जाए तथा मृतक के नातेदार को सौंपे)

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/कुमारी
आत्मज/पत्नी/पुत्री श्री
निवासी दिनांक को इस
अस्पताल में भर्ती हुए और दिनांक को मृत्यु हुई ।

चिकित्सक

.....
(चिकित्सा अधीक्षक
अस्पताल का नाम)