

تبليغ عن واقعة وفاة  
لمن له قيد/ لمن ليس له قيد

الرقم (الوطني/الشخصي) للمتوفي

الاسم

الجنسية:

الجنس:

مكان الولادة:

...../...../.....

تاريخ الولادة:

الحالة الإجتماعية:

اسم الام :

الهيانة:

/

وقت الوفاة : الدقيقة / الساعة :

مكان الوفاة

تاريخ الوفاة كتابتاً:

/

/

تاريخ الوفاة

مكان اقامة المتوفي

رقم الهاتف

الواء / المدينة

المحافظة

الدولة

الجزء الطبي الخاص بسبب الوفاة

المدة بين بداية السبب والوفاة

الرمز

اسباب الوفاة

الجزء الاول :

1. السبب المباشر للوفاة

2. الاحوال المرضية التي ادت الى السبب المباشر للوفاة

الجزء الثاني: الامراض/الحالات التي ساعدت في حدوث

الوفاة ولا صلة لها بالمرض الاصلي المذكور في الجزء الاول

اذا كانت الوفاة (لانثى ) في سن الإنجاب (15-49) هل حدثت الوفاة اثناء

الحمل الولادة النفاس ( خلال 42 يوم ) غير ذلك تمت الوفاة في  مستشفى عام  مستشفى خاص  مركز صحي  عيادة خاصة  منزل  غير ذلك لا نعم 

هل تم ابلاغ الجهات القضائية

تم تعبئة هذا النموذج حسب قناعاتي الطبية معتمداً على  معاينة المتوفي قبل وفاته  مشاهدة الجثة بعد الوفاة  تشريح الجثة  الملف والتقارير الطبية 

اسم الجهة التي تمت فيها الوفاة :

الختم الرسمي للجهة المشرفة

اسم الطبيب : ..... التوقيع : ..... الختم الرسمي للطبيب : ..... التاريخ : .....

الرقم الوطني/الشخصي للمبلغ :  الاسم : ..... صفة المبلغ : .....

وثيقة اثبات الشخصية ونوعها : ..... رقمها : ..... توقيع المبلغ : .....

التاريخ:

الختم الرسمي:

رقم القرار:

اسم المحكمة :

لاستخدام الدائرة الرسمي

الاصرف والطباعة

الارشفة .....

أمين المكتب.....

القبول.....

اسم وتوقيع الموظف والخاتم

رقم الواقعة

ملاحظة/ يجب التبليغ عن الوفاة خلال اسبوع من تاريخ حدوثها أو ثبوتها مرفقاً بها دفتر عائلة المتوفي وبطاقته الشخصية