

يجب أن تحرر جميع الأجوبة بخط الطبيب

الرجاء ملء الإستمارة بخط واضح

١- (أ) الإسم الكامل للمتوفي

(ب) محل الإقامة في وقت الوفاة

(ج) سن المتوفي عند الوفاة

(د) تاريخ الوفاة

(هـ) مكان الوفاة

(و) إذا توفي في مستشفى أو مؤسسة فإذكر الإسم

٢- سبب الوفاة إذكر سبباً واحداً فقط تحت كل من (أ، ب، ج)

المرض أو السبب الذي أدى مباشرة الى الوفاة

(أ)

الأسباب التي ساهمت في الوفاة

(ب)

(ج)

الفترة ما بين البداية والوفاة

(أ)

(ب)

(ج)

٣- متى إشتراككم المتوفي لأول مرة بصدد مرضه الأخير؟ متى إشتراككم المتوفي لآخر مرة بصدد مرضه الأخير؟

٥- هل تسبب الوفاة عن إنتحار أو قتل أو حادث؟ أذكر الأسباب بإختصار.

لا نعم

٦- (أ) هل جرى تحقيق رسمي؟

(ب) هل شرحت جثة المتوفي؟

(ج) إذا كان ذلك فأى إجراء إتخذ؟ من قام به؟ وماذا كانت النتيجة؟

٧- (أ) هل وجدت علامات مميزة على الجثة؟

(ب) إن كان الجواب "نعم" فأذكر التفاصيل

٨- (أ) هل عالجتكم أو أعطيتكم المشورة للمتوفي قبل مرضه الأخير؟

(ب) هل عولج المتوفي، حسب معرفتكم، خلال الخمس سنوات الأخيرة من قبل طبيب آخر، أو مستشفى، أو مؤسسة؟

إن كان الجواب "نعم" فأذكر:

الإسم	العنوان	طبيعة المرض أو الإصابة	التاريخ

إسم الطبيب

عنوان الطبيب

التوقيع والختم

التاريخ