



استمارة الإبلاغ الفوري لوفيات الأمهات

1. معلومات عامة عن المرفق :

المحافظة :	المديرية :	حي/ عزلة :	حارة / قرية:
إسم المرفق الصحي		القسم	

2. توجد حالة وفاة : نعم لا

3. بيانات المُبلغ :

اسم الشخص المبلغ عن حالة الوفاة :	رقم الهاتف :

4. معلومات عن الحالة المتوفية :

مكان حدوث الوفاة	<input type="checkbox"/> المنزل	<input type="checkbox"/> الطريق	<input type="checkbox"/> غير معروف
	<input type="checkbox"/> مرفق صحي حكومي	<input type="checkbox"/> مرفق صحي خاص	

5. بيانات المتوفاة

الإسم الرباعي للمتوفاة :	عمر المتوفاة :
تاريخ الوفاة :	وقت الوفاة : صباحاً / مساءً

6. عنوان المتوفاة :

المحافظة :	المديرية :	حي/ عزلة :	حارة / قرية:

7. بيانات الشخص المرافق للمتوفاة :

اسم الشخص المرافق :	رقم الهاتف :

8. حالة الأم عند حدوث الوفاة :

<input type="checkbox"/> حامل	<input type="checkbox"/> أثناء الولادة	<input type="checkbox"/> بعد الولادة (خلال 42 يوم من الولادة)	<input type="checkbox"/> ليست ضمن الحمل والولادة وما بعد الولادة	<input type="checkbox"/> غير معروف
-------------------------------	--	---	--	------------------------------------

9. بيانات ضابط الارتباط :

إسم ضابط الارتباط	صفته	رقم الهاتف	التوقيع

10. الجهة المؤكدة :

رئيس القسم	بيانات مدير الجهة المؤكدة (المرفق الصحي)
الإسم : التوقيع:	الإسم : التوقيع والختم :
.....