

فرم 1: خلاصه اطلاعات

نام و نام خانوادگی متوفی:	سن در هنگام فوت:	فاصله دو بارداری اخیر:
تعداد بارداری:	تعداد سقط:	تعداد مرده زایی:
تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی:	تاریخ احتمالی زایمان:	خواسته بودن بارداری:
محل فوت:	تاریخ و ساعت فوت:	نام و نسبت همراه:
آدرس محل سکونت متوفی:	منبع اخذ خبر:	

مسیر حرکت و ارجاع (از ابتدا تا انتها)

مبدأ	وضعیت مادر	ساعت حرکت	تاریخ	مقصد	وضعیت مادر	ساعت	تاریخ

زمان فوت مادر: بارداری زایمان پس از زایمان
 محل زایمان: عامل زایمان: نوع زایمان: ساعت زایمان:
 وضعیت نوزاد یا نوزادان: زنده سالم زنده ناسالم مرده

راهنمای کد گذاری کارکنان

سمت	کد کادر فنی	تعداد	سمت	کد کادر فنی	تعداد	سمت	کد کادر فنی	تعداد
متخصص زنان	OB		ماما	M		پرستار	N	
متخصص بیهوشی	A		تکنسین	T		راننده	D	
پزشک عمومی	P		بهورز	B		پزشک قانونی	FD	
سوپر وایزر	S		ماما روستا	RM		کارشناس آزمایشگاه	LT	
سایر	متخصص داخلی							