

ನಮೂನೆ-4

(7ನೇ ನಿಯಮವನ್ನು ನೋಡಿ)

ಮರಣ ಕಾರಣದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ
(ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಒಳ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಮಾತ್ರ, ನಿರ್ಜೀವ ಜನನಗಳಿಗೆ ಉಪಯೋಗಿಸಬಾರದು)
ನಮೂನೆ 2 (ಮರಣದ ವರದಿ)ರೊಂದಿಗೆ ನೋಂದಣಾಧಿಕಾರಿಯವರಿಗೆ ಕಳುಹಿಸತಕ್ಕದ್ದು

ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಹೆಸರು_____

ಈ ಕೆಳಗಿನ ವಿವರಗಳನ್ನುಳ್ಳ ವ್ಯಕ್ತಿಯು_____ದಿನಾಂಕದಂದು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಕೊಠಡಿ ಸಂಖ್ಯೆ_____ರಲ್ಲಿ_____ವೇಳೆಗೆ ಮೃತ ಹೊಂದಿದರೆಂದು ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ.

ಮೃತರ ಹೆಸರು					ಸಾಂಖ್ಯಿಕ ಕಛೇರಿಯ ಉಪಯೋಗಕ್ಕೆ
ಲಿಂಗ	ಮರಣ ಕಾಲಕ್ಕೆ ಮೃತರ ವಯಸ್ಸು				
	ಒಂದು ವರ್ಷ ಅಥವಾ ಹೆಚ್ಚು ಇದ್ದರೆ ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ವಯಸ್ಸು	ಒಂದು ವರ್ಷಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ ಇದ್ದರೆ ತಿಂಗಳುಗಳಲ್ಲಿ	ಒಂದು ತಿಂಗಳಿಗಿಂತ ಕಡಿಮೆ ಇದ್ದರೆ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ	ಒಂದು ದಿನಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ ಇದ್ದರೆ ಘಂಟೆಗಳಲ್ಲಿ	
1. ಗಂಡು					
2. ಹೆಣ್ಣು					
ಮರಣದ ಕಾರಣ					ಅಸ್ಪಷ್ಟತೆ ಹಾಗೂ ಮರಣದ ನಡುವಿನ ಅಂದಾಜು ಅಂತರ
I ಮರಣದ ಪ್ರತ್ಯಕ್ಷ ಕಾರಣ (ಮರಣದ ಕಾಯಿಲೆ, ಹಾನಿ ಅಥವಾ ತೊಡಕುಗಳನ್ನು ಹೇಳಬೇಕು. ಮರಣ ಹೊಂದಿದ ವಿಧಾನಗಳಾದ ಹೃದಯ ಸ್ಥಂಭನ, ಆಸ್ತೀನಿಯ ಮೊದಲಾದುವುಗಳನ್ನು ಹೇಳಕೂಡದು)					ಅ_____ ಪರಿಣಾಮದಿಂದ (ಅಥವಾ ಫಲವಾಗಿ)
ಪೂರ್ವೋತ್ತರ ಕಾರಣಗಳು ಆಧಾರಭೂತ ಕಾರಣವನ್ನು ಕಡೆಯದಾಗಿ ಸೂಚಿಸಿ ಮೇಲಿನ ಕಾರಣಕ್ಕೆ ಅವಕಾಶ ಕೊಡುವ ವಿಕೃತ ಸ್ಥಿತಿಗಳು ಯಾವುದಾದರೂ ಇದ್ದರೆ					ಆ_____ ಪರಿಣಾಮದಿಂದ (ಅಥವಾ ಫಲವಾಗಿ) ವಿವರ (ಸಿ)_____
II ಮರಣಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾದ ಆದರೆ ಕಾಯಿಲೆಗೆ ಅಥವಾ					
ಅದರ ಸ್ಥಿತಿಗೆ ಸಂಬಂಧವಿಲ್ಲದ ಕಾರಣಗಳು			ಇತರ	ಮಹತ್ವದ	

ಮರಣದ ರೀತಿ ಗಾಯವು ಹೇಗೆ ಆಯಿತು?

1. ಸ್ವಾಭಾವಿಕ
2. ಅಪಘಾತ
3. ಆತ್ಮಹತ್ಯೆ
4. ಹತ್ಯೆ
5. ತಪಾಸಣೆ ಬಾಕಿ ಇರುವಂತೆ

ಮರಣ ಹೊಂದಿದವರು ಸ್ತ್ರೀಯರಾಗಿದ್ದಲ್ಲಿ, ಮರಣವು ಗರ್ಭಧಾರಣೆಗೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟದ್ದೇ 1.ಹೌದು 2.ಇಲ್ಲ
ಹೌದಾದರೆ, ಹೆರಿಗೆಯಾಗುತ್ತೇ? 1. ಹೌದು 2. ಇಲ್ಲ.

ಮರಣದ ಕಾರಣವನ್ನು ದೃಢೀಕರಿಸುವ ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಯ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಸಹಿ ಪರಿಶೀಲಿಸಿದ ದಿನಾಂಕ_____

(ಈ ಭಾಗವನ್ನು ಬೇರ್ಪಡಿಸಿ ಮೃತರ ಸಂಬಂಧಿಕರಿಗೆ ಕೊಡತಕ್ಕದ್ದು)

_____ರವರ ಮಗ/ಹೆಂಡತಿ/ಮಗಳಾದ ಶ್ರೀ/ಶ್ರೀಮತಿ/ಕು::_____

_____ರ ನಿವಾಸಿಯಾಗಿದ್ದು, ದಿನಾಂಕ_____

ರಿಂದ _____ವರೆಗೆ ನನ್ನ ಆರೈಕೆಯಲ್ಲಿದ್ದು, ದಿನಾಂಕ_____ರ _____ವೇಳೆಗೆ ಮೃತ ಹೊಂದಿದರೆಂದು ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸಿದೆ.

ವೈದ್ಯರು _____
(ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಧೀಕ್ಷಕರು
ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಹೆಸರು)