



Hospital Name											Hospital Code No.						Admission Reg. No.						Ward No.					
Patient Name																												
Father's/Mother's Name																												
Address	House/Road (Name/No.)										Village/Area/Town										Union/Ward							
	Post Office										Post Code					Upazila/Thana					District							
Sex	<input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Third gender Religion: <input type="checkbox"/> Islam <input type="checkbox"/> Hindu <input type="checkbox"/> Buddha <input type="checkbox"/> Christian <input type="checkbox"/> Other																											
Occupation	<input type="checkbox"/> Service <input type="checkbox"/> Business <input type="checkbox"/> Govt. Service <input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> Housewife <input type="checkbox"/> Retired <input type="checkbox"/> Other																											
Date of Birth of Deceased	d d m m y y y y					Age if DoB is not available					y y y m m					Date of admission					d d m m y y y y							
Time of Admission	h h m m					Date of Death					d d m m y y y y					Time of Death					h h m m							
NID of Deceased/Spouse/Parents NID (< 18 years)																												
	<input type="checkbox"/> Deceased <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Parents																											
Family Cell Phone number (If available)																												

Frame A: Medical data: Part 1 and 2

1 Report disease or condition directly leading to death on line a Report chain of events in due order (if applicable) State the underlying cause on the lowest used line			Cause of death	Time interval from onset to death
		a		
		b	Due to:	
		c	Due to:	
		d	Due to:	
2 Other significant conditions contributing to death (time intervals can be included in brackets after the condition)				

Frame B: Other medical data

Was surgery performed within the last 4 weeks?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unknown.	If yes please specify date of surgery	d d m m y y y y				
If yes please specify reason for surgery (disease or condition)									
Was an autopsy requested?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unknown.	If yes were the findings used in the certification?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unknown.		
Manner of death <input type="checkbox"/> Disease <input type="checkbox"/> Assault <input type="checkbox"/> Could not be determined <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Legal Intervention <input type="checkbox"/> Pending investigation <input type="checkbox"/> Intentional self harm <input type="checkbox"/> War <input type="checkbox"/> Unknown. If external cause or poisoning: Date of injury d d m m y y y y									
Please describe how external cause occurred (If poisoning please specify poisoning agent)									

Place of Occurrence of the external cause

<input type="checkbox"/> At home	<input type="checkbox"/> Residential	<input type="checkbox"/> School, other institution, public administrative area	<input type="checkbox"/> Sports and athletics area	<input type="checkbox"/> Street and highway	<input type="checkbox"/> Trade and service area
<input type="checkbox"/> Industrial and construction area	<input type="checkbox"/> Farm	<input type="checkbox"/> Other place (please specify):			<input type="checkbox"/> Unknown

Fetal or infant Death

Multiple pregnancy	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unknown;	Stillborn?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unknown		
If death within 24h specify number of hours survived	h h		Birth weight (in grams)					g g g g	
Number of completed weeks of pregnancy	d d		Age of mother (years)					y y	
If death was perinatal, please state conditions of mother that affected the fetus and newborn									

For women of reproductive age

Was the deceased pregnant within past year?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unknown.
If yes, was she pregnant	<input type="checkbox"/> When she died <input type="checkbox"/> Within the 42 days preceding her death <input type="checkbox"/> Within 43 days up to 1 year preceding her death <input type="checkbox"/> Exact pregnancy timing unknown		
Did the pregnancy contribute to the death	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unknown.

Name											Position											BMDC Reg. No.										
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



মৃত্যুর কারণ বিষয়ক চিকিৎসা সনদ



হাসপাতালের নাম				হাসপাতালের কোড নম্বর				ভর্তি নিবন্ধন নম্বর				ওয়ার্ড নম্বর																	
রোগীর নাম																													
মাতার নাম								পিতার নাম																					
ঠিকানা	বাড়ি/সড়ক নম্বর			গ্রাম/এলাকা/শহর			ইউনিয়ন/ওয়ার্ড																						
	পোস্ট অফিস			পোস্ট নম্বর			উপজেলা/থানা			জেলা																			
লিঙ্গ	<input type="checkbox"/> মহিলা		<input type="checkbox"/> পুরুষ		<input type="checkbox"/> তৃতীয় লিঙ্গ		ধর্ম		<input type="checkbox"/> ইসলাম		<input type="checkbox"/> হিন্দু		<input type="checkbox"/> বৌদ্ধ		<input type="checkbox"/> খ্রিস্টিয়ান		<input type="checkbox"/> অন্যান্য												
পেশা	<input type="checkbox"/> চাকুরী		<input type="checkbox"/> ব্যবসা		<input type="checkbox"/> সরকারি চাকুরী		<input type="checkbox"/> ছাত্র		<input type="checkbox"/> গৃহিণী		<input type="checkbox"/> অবসরপ্রাপ্ত		<input type="checkbox"/> অন্যান্য																
মৃত ব্যক্তির জন্ম তারিখ	d	d	m	m	y	y	y	y	বয়স যদি জন্ম তারিখ অজানা হয়				y	y	y	m	m	ভর্তির তারিখ				d	d	m	m	y	y	y	y
ভর্তির সময়	h	h	m	m	মৃত্যুর তারিখ				d	d	m	m	y	y	y	y	মৃত্যুর সময়				h	h	m	m					
মৃত্যু ব্যক্তির এনআইডি/স্পাউস/পিতামাতা (বয়স যদি ১৮ থেকে কম)																<input type="checkbox"/> মৃত ব্যক্তি		<input type="checkbox"/> স্পাউস		<input type="checkbox"/> পিতামাতা									
পরিবারের ফোন নম্বর (যদি থাকে)																													

ফর্ম ক : চিকিৎসা তথ্য : অংশ ১ ও ২

১ মৃত্যুর সরাসরি কারণ বা অবস্থা লাইন ক-এ লিখুন মৃত্যুর সঙ্গে জড়িত কারণ ক্রমানুসারে লিখুন (যদি প্রযোজ্য হয়) মৃত্যুর অন্তর্নিহিত কারণ সর্বনিম্ন লাইনে বর্ণনা করুন		ক	মৃত্যুর কারণ	রোগের কারণ উদ্ভব থেকে মৃত্যু পর্যন্ত সময়ের ব্যবধান
		খ	কারণে	
		গ	কারণে	
		ঘ	কারণে	
২ অন্যান্য তাৎপর্যপূর্ণ অবস্থা যা মৃত্যুর জন্য দায়ী (প্রতিটি কারণের ব্যাপ্তি সময়ের বন্ধনীতে উল্লেখ করুন)				

ফর্ম ২ : অন্যান্য চিকিৎসা তথ্য :

মৃত্যুপূর্বে ৪ সপ্তাহের মধ্যে অস্বাভাবিক হয়েছিল কি?	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> অজানা	হ্যাঁ হলে অস্বাভাবিকতার তারিখ লিখুন	d	d	m	m	y	y	y	y	
হ্যাঁ হলে অস্বাভাবিকতার কারণ উল্লেখ করুন (রোগ অথবা অবস্থা)													
ময়না তদন্তের জন্য বলা হয়েছিল কি?	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> অজানা	হ্যাঁ হলে ময়নাতদন্তের ফলাফল প্রত্যয়নে উল্লেখ করা হয়েছিল কি?	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> অজানা						
মৃত্যুর ধরন													
<input type="checkbox"/> রোগ	<input type="checkbox"/> আঘাত	<input type="checkbox"/> নির্ণয় করা যায়নি	<input type="checkbox"/> দূর্ঘটনা	<input type="checkbox"/> আইনী প্রক্রিয়া	<input type="checkbox"/> তদন্তাধীন	<input type="checkbox"/> ইচ্ছাকৃত আত্মহত্যা							
<input type="checkbox"/> যুদ্ধ	<input type="checkbox"/> অজানা	যদি বহিষ্কৃত: আঘাত বা বিষ প্রয়োগ হয়			আঘাতের তারিখ	d	d	m	m	y	y	y	y
বহিষ্কৃত: আঘাত কিভাবে হয়েছে বর্ণনা করুন (যদি বিষ প্রয়োগ হয় তবে কোন ধরণের বিষ সুনির্দিষ্ট করুন)													
বহিষ্কৃত কারণ সংঘটনের স্থান													
<input type="checkbox"/> বাড়ি	<input type="checkbox"/> আবাসিক এলাকা	<input type="checkbox"/> স্কুল বা অন্যান্য প্রতিষ্ঠান, সরকারি প্রশাসনিক এলাকা	<input type="checkbox"/> ক্রীড়া বা শরীরচর্চার এলাকা	<input type="checkbox"/> সড়ক ও মহাসড়ক	<input type="checkbox"/> ব্যবসা ও বাণিজ্যিক এলাকা								
<input type="checkbox"/> শিল্প ও নির্মাণাধীন এলাকা	<input type="checkbox"/> খামার	<input type="checkbox"/> অন্যান্য স্থান (সুনির্দিষ্ট করুন)			<input type="checkbox"/> অজানা								
ঋণ বা শিশুমৃত্যু													
বহু ঋণ জনিত গর্ভাবস্থা	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> অজানা	মৃত প্রসব?	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> অজানা						
যদি জন্মের ২৪ ঘণ্টার মধ্যে মৃত্যু হয় তাহলে শিশুটি কত ঘণ্টা বেচেছিল?	h		h	জন্মের সময় ওজন (গ্রাম)				g		g	g	g	
গর্ভাবস্থায় সপ্তাহের সংখ্যা	d		d	মাতার বয়স (বছর)				y		y			
পেরিনেটাল মৃত্যুর ক্ষেত্রে মাতার অবস্থা উল্লেখ করুন যা ঋণ এবং নবজাতককে প্রভাবিত করেছে													

প্রজনন বয়সের মহিলাদের জন্য

মৃত্যুর পূর্বের এক বছরের মধ্যে মৃতব্যক্তি গর্ভবতী ছিলেন কি?	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> অজানা			
যদি হ্যাঁ হয় যে তিনি গর্ভবতী ছিলেন?	<input type="checkbox"/> কখন তিনি মারা গিয়েছিলেন			<input type="checkbox"/> মৃত্যুর পূর্বের ৪২ দিনের মধ্যে	<input type="checkbox"/> মৃত্যুর পূর্বের ৪৩ দিন থেকে ১ বছরের মধ্যে	<input type="checkbox"/> গর্ভাবস্থার প্রকৃত সময় অজানা
গর্ভাবস্থা কি মৃত্যুর জন্য দায়ী ছিল?	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> অজানা			

নাম				পদবী				বিএমডিসি নিবন্ধন নম্বর			
বাংলাদেশ ফরম নম্বর				তারিখসহ স্বাক্ষর			সীল				