प्रारूप संख्या 2

मृत्यु रिपोर्ट

विधिक सूचना

इस भाग को मृत्यु रजिस्टर के साथ जोड़ा जाना है

मृत्यु रिपोर्ट प्रारूप संख्या 2

सांख्यिकीय सूचना

इस भाग को अलग कर सांख्यिकीय प्रशोधन के लिए भेजा जाना है।

सूचक द्वारा भरने हेतु

1. मृत्यु की तारीख:
(मृत्यु की वास्तविक तिथि, महिना एवं वर्ष अंकित करें। उदाहरणार्थ ०१-०१-२०००)
2. मृतक का नाम:
(जैसा कि सामान्यत: लिखा जाता है)
मृत्यु का UID नंबर (यदि कोई हो तो ।)

3. लिंग:
(पुरुष या स्त्री या किन्नर पूर्ण शब्दों में लिखें, संक्षेप में नही ।)
4. माता का नाम:
माता का UID नंबर (यदि कोई हो तो ।)

5. पिता का पूरा नाम:
पिता का UID नंबर (यदि कोई हो तो।)

6. पति/पत्नी का पूरा नाम:
पति/पत्नी का UID नंबर (यदि कोई हो तो।)

7. मृतक की उम्र:
(यदि मृत व्यक्ति की उम्र 1 वर्ष से अधिक हो, तो उसकी उम्र पूरे वर्षों में लिखें। यदि मृत व्यक्ति की उमरण 1 वर्ष से कम हो, तो पूरे दिनों में और यदि एक दिन से कम हो तो पूरे घंटों में लिखें।)
8. मृतक का मृत्यु के समय का पता:
9. मृतक का स्थायी पता:
10. मृत्यु का स्थान:
(नीचे अंकित प्रविष्टि 1, 2 या 3 जो उपयुक्त हो, को चिन्हित करें। अस्पताल/संस्थान का नाम या घर का पता दें, जहां मृत्यु की घटना हुई है। यदि अन्य स्थान पर मृत्यु हुई हो, तो उस स्थान की पहचान दें।)

1. अस्पताल/ संस्थान नाम:
2. घर पता:

11. सूचक का नाम: पता:
(1 से 21 तक के सभी मदों को पूरा करने के पश्चात सूचक यहाँ हस्ताक्षर करेंगे और तारीख देंगे ।)
तारीख: सूचक का हस्ताक्षर या बाएँ अंगूठे का निशान

अलग कर सांख्यिकी प्रशोधन के लिए भेजा जाना है।

सूचक द्वारा भरने हेतु

12. मृतक के निवास का शहर या ग्राम:
(मृतक जहाँ वास्तव में निवास करते थे। यह उस स्थान जहां मृत्यु की घटना हुई है, से भिन्न हो सकता है।)
(क) शहर/ग्राम का नाम:
(ख) वह शहर है या ग्राम (नीचे अंकित उपयुक्त प्रविष्टि को चिन्हित करें।)
1. शहर: 2. ग्राम:
(ग) जिला का नाम:
(घ) (घ) राज्य का नाम:

13. धर्म:
(नीचे अंकित उपयुक्त प्रविष्टि को चिन्हित करें।)
1. हिन्दू: 2. मुस्लिम: 3. ईसाई:
4. अन्य कोई धर्म (धर्म का नाम अंकित करें)

14. मृतक का व्यवसाय:
(अगर व्यवसाय नही हो, तो शून्य लिखें।)

15. मृत्यु के पूर्व उपलब्ध चिकित्सा सहायता का प्रकार:
(नीचे अंकित उपयुक्त प्रविष्टि को चिन्हित करें।)

1. संस्थागत
2. संस्थागत से अलग चिकित्सा सहायता
3. कोई चिकित्सा सहायता नही

सूचक द्वारा भरने हेतु

16. क्या मृत्यु के कारण का चिकित्सा प्रमाणीकरण हुआ था
(नीचे अंकित उपयुक्त प्रविष्टि को चिन्हित करें।)

1. हाँ
2. नही

17. रोग का नाम या मृत्यु का वास्तविक कारण:

(सभी मृत्युओ की दशा में चाहे वह चिकित्सीय प्रमाणित हो या नही)
18. स्त्री की मृत्यु की दशा में, क्या मृत्यु गर्भावस्था, प्रसव के समय या गर्भ समाप्ती के 6 सप्ताह के अंदर घटित हुई?:

(नीचे अंकित उपयुक्त प्रविष्टि को चिन्हित करें।)
1. हाँ
2. नही

19. यदि धूम्रपान के आदि थे तो कितने वर्षों से?:

20. यदि किसी रूप में तम्बाकू (खैनी, सुरती खाने के आदि थे, तो कितने वर्षों से:

21. यदि किसी रूप में सुपारी (कसैली) खाने के आदि थे (पान मसाला सहित) तो कितने वर्षों से:

22. यदि मघ-पान कर्ने के आदि थे तो कितने वर्षों से?:

(मदों की प्रविष्टियाँ पूर्ण करें, अब दायें तरफ हस्ताक्षर करें ।)

रजिस्ट्रार द्वारा भरने हेतु

रजिस्ट्रीकरण संख्या: रजिस्ट्रीकरण की तारीख:
रजिस्ट्रीकरण इकाई:
शहर/ग्राम: जिला:
अभियुक्ति: रजिस्टर/उप रजिस्टर का नाम और हस्ताक्षर

रजिस्ट्रार द्वारा भरने हेतु

नाम: रजिस्ट्रीकरण संख्या: रजिस्ट्रीकरण की तारीख:
जिला: मृत्यु की तारीख:
तहसील: उम्र (वर्षो,महीनों/दिनों/घंटों में) लिंग: 1. पुरुष 2. स्त्री
शहर/ग्राम: मृत्यु का स्थान: 1. अस्पताल/संस्थान 2. घर 3. अन्य
रजिस्ट्रीकरण इकाई:

रजिस्टर/उप रजिस्टर का नाम और हस्ताक्षर