प्रपत्र संख्या–2

**उत्तराखण्ड शासन, चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग**

मृत्यु रिपोर्ट

विधिक सूचनायें

यह भाग मृत्यु पंजिका से जुड़ेगा

प्रपत्र संख्या–2

**उत्तराखण्ड शासन, चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग**

मृत्यु रिपोर्ट

सांख्यिकी सूचनायें

इस भाग को विधिक भाग से अलग कर सांख्यिकी प्रयोजनार्थ भेजा जायेगा

**सूचना देने वाले द्वारा भरा जायेगा**

1. मृत्यु का दिनांक (सही दिवस, मास व वर्ष लिखें ).....
2. (क) मृतक का नाम (पूरा पता) .....

मृतक का यूआईडी न0 (यदि कोई हो)

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | |

(ख) मृतक का स्थाई निवास का पता .....

3. मृतक के पिता/पति का नाम .....

पिता का यूआईडी न0 (यदि कोई हो)

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | |

4. मृतक की माता का नाम .....

माता का यूआईडी न0 (यदि कोई हो)

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | |

5. मृतक का लिंग (पुरूष/स्त्री) .....
6. मृतक की आयु (यदि मृतक एक वर्ष से अधिक का हो तो पूर्ण वर्ष या एक वर्ष से कम माह का हो तो माह में एवं यदि माह से कम हो तो पूर्ण किये दिनों में) .....
7. मृत्यु का स्थान (सही निशान लगायें) :.....

1. अस्पताल/संस्था ..... नाम : .....
2. घर : पता : ..... 3. अन्य स्थान : .....

8. मृतक का मृत्यु के समय पता : .....
9. सूचना देने वाले का नाम : .....

पता :.....

दिनांक : सूचना देने वाले के हस्ताक्षर

**सूचना देने वाले द्वारा भरा जायेगा**

12.ग्राम या शहर का नाम जहाँ मृतक का निवास हो :

(क) नाम शहर/ग्राम : .....

(ख) क्या शहर अथवा ग्राम है (सही का निशान लगायें)

1. शहर ..... 2. ग्राम :.....

(ग) जनपद का नाम : .....

(घ) प्रदेश का नाम : .....

11. परिवार का धर्म (सही का निशान लगायें)

1. हिन्दू 2. ईसाई 3. मुसलमान 4. सिक्ख 5. अन्य

12. मृतक का व्यवसाय (यदि कोई हो अथवा शून्य लिखें)

.....

13. मृत्यु पूर्व किस प्रकार की चिकित्सकीय सुविधा मिली (सही का निशान लगायें)

1. संस्थागत 2. संस्था के अतिरिक्त सेवा

2. कोई चिकित्सा सेवा नहीं : .....

**सूचना देने वाले द्वारा भरा जायेगा**

14. क्या मृत्यु का कारण चिकित्सकीय प्रमाणित है:

1. हाँ 2. नहीं

15. बीमारी का नाम अथवा मृत्यु का वास्तविक कारण :

.....

16. यदि मृतक महिला है तो स्पष्ट करें कि क्या मृत्यु प्रसव के समय या गर्भपात के 6 हफ्ते बाद हुई

1. हाँ 2. नहीं

17. यदि धुम्रपान का आदी था तो कितने वर्षो से :

.....

18. यदि आदतन किसी प्रकार तम्बाकू चबातें हो तो पिछले कितने वर्षो से : .....
19. यदि आदतन किसी प्रकार का पान मसाला आदि का सेवन करते थे : .....
20. क्या शराब पीने के आदी थे, (पिछले कितने वर्षो से)

.....

निबन्धक द्वारा भरा जाना है

पंजीकरण संख्या ..... पंजीकरण का दिनांक .....

पंजीकरण ईकाई :

शहर/ग्राम का नाम : जनपद :

निबन्धक के हस्ताक्षर

निबन्धक द्वारा भरा जाना है

नामः ..... कोड .....

जनपद :.....

तहसील :.....

शहर /गॉव .....

पंजीकरण ईकाई का नाम :.....

पंजीकरण संख्या ..... दिनांक.....

मृत्यु की तिथि .....

आयु : .....(वर्ष / माहा / दिन / घण्टे)

लिंग : ..... (पुरुष / महिला)

मृत्यु का स्थान : .....

4. अस्पताल / संस्था
5. घर
6. अन्य स्थान

निबन्धक के हस्ताक्षर