

प्ररूप क्रमांक 4 क
(नियम 7 देखिए)

मृत्यु के कारणों का चिकित्सीय प्रमाण-पत्र

[गैर संस्थागत मृत्युओं के लिये । मृत जन्म के लिये उपयोग न किया जाए ।]
प्ररूप क्रमांक 2 (मृत्यु रिपोर्ट) के साथ रजिस्ट्रार को भेजने के लिये

मैं, एतद् द्वारा, यह प्रमाणित करता हूँ कि मृतक श्री/श्रीमती/कुमार
आत्मज/पत्नी/पुत्री श्री निवासी
दिनांक से तक मेरी चिकित्सा में था/थी और उनकी मृत्यु
दिनांक बजे(पूर्वान्ह/अपरान्ह) को हुई ।

मृतक का नाम

लिंग	मृत्यु के समय आयु				सांख्यिकी कार्यालय के उपयोग हेतु
	आयु यदि पूर्ण वर्षों में	यदि एक वर्ष से कम आयु हो तो आयु पूर्ण मासों में	यदि एक मास से कम आयु हो तो आयु पूर्ण दिनों में	यदि एक दिन से कम हो तो आयु पूर्ण घंटों में	
1. पुरुष 2. स्त्री					
<p>मृत्यु का कारण</p> <p>I. तात्कालिक कारण रोग, चोट या व्याधी का नाम जिसके कारण मृत्यु हुई कथन करें । मृत्यु का प्रकार जैसे कि हृदय गति बंद होने, अस्थेनियां इत्यादि का कथन नहीं करें ।</p> <p style="text-align: right;">(क) के कारण (या के परिणामस्वरूप)</p> <p>पूर्ववर्ती कारण विकृत स्थितियां, यदि कोई हों, जो उपरोक्त कारण में सहयोगी रही हों, अन्त में अन्तर्निहित अंतिम स्थिति का कथन करें ।</p> <p style="text-align: right;">(ख) के कारण (या के परिणामस्वरूप)</p> <p style="text-align: right;">(ग)</p>		<p>रोग का प्रकोप होने और मृत्यु होने के बीच के अंतराल की अनुमानित अवधि</p>			
<p>II. अन्य महत्वपूर्ण स्थितियाँ जो मृत्यु की सहयोगी हों परन्तु जिनका रोग या रोग उत्पन्न करने वाली स्थितियाँ से कोई संबंध न हो ।</p>					

यदि मृतक महिला थी, तो क्या गर्भावस्था थी ? मृत्यु उससे सम्बन्धित थी, 1. हाँ 2. नहीं

यदि हाँ, तो क्या प्रसव हुआ ? 1. हाँ 2. नहीं

प्रमाणीकरण का दिनांक

मृत्यु का कारण प्रमाणित करने वाले
चिकित्सीय परिचारक का नाम एवं हस्ताक्षर

(पृथक किया जाए तथा मृतक के नातेदार को सौंपे)

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/कुमारी
आत्मज/पत्नी/पुत्री श्री
निवासी दिनांक से तक मेरी
चिकित्सा में थे/थी और उनकी मृत्यु दिनांक को बजे पूर्वान्ह/अपरान्ह में
हुई ।

चिकित्सक

.....
(चिकित्सक का पता एवं हस्ताक्षर
रजिस्ट्रीकरण क्रमांक सहित)