



Medical Certificate of Cause of Death



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									
Birth Reg. No. of Deceased									
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.	
------	--	----------	--	---------------	--

Bangladesh Form No:

Signature with Date

Seal



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 নম্বর																											
মৃত ব্যক্তির জন্ম নিবন্ধন নম্বর																											
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 অস্ত্রোপচার হয়েছিল কি?	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> অজানা	হ্যাঁ হলে অস্ত্রোপচারের তারিখ লিখুন	d	d	m	m	y	y	y	y				
হ্যাঁ হলে অস্ত্রোপচারের 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 গর্ভাবতী ছিলেন কি?	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> অজানা									
যদি হ্যাঁ হয় যে তিনি গর্ভাবতী 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				