



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	<input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> y <input type="checkbox"/> y <input type="checkbox"/> y <input type="checkbox"/> y	Age if DoB is not available	<input type="checkbox"/> y <input type="checkbox"/> y <input type="checkbox"/> y <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> m	Date of admission	<input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> y <input type="checkbox"/> y <input type="checkbox"/> y <input type="checkbox"/> y
Time of Admission	<input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> h	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> m	Date of Death <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> y <input type="checkbox"/> y <input type="checkbox"/> y <input type="checkbox"/> y			Time of Death <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> 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 to order (if applicable) State the underlying cause on the lowest used line	<input type="checkbox"/> a	Cause of death	Time interval from onset to death
	<input type="checkbox"/> b	Due to:	
	<input type="checkbox"/> c	Due to:	
	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> y <input type="checkbox"/> y <input type="checkbox"/> y <input type="checkbox"/> 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 <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Disease</td> <td><input type="checkbox"/> Assault</td> <td><input type="checkbox"/> Could not be determined</td> <td><input type="checkbox"/> Accident</td> <td><input type="checkbox"/> Legal Intervention</td> <td><input type="checkbox"/> Pending investigation</td> <td><input type="checkbox"/> Intentional self harm</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> War</td> <td><input type="checkbox"/> Unknown.</td> <td colspan="3">If external cause or poisoning:</td> <td>Date of injury <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> d</td> <td><input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> m</td> <td><input type="checkbox"/> y <input type="checkbox"/> y <input type="checkbox"/> y <input type="checkbox"/> y</td> </tr> </table>								<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 <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> y <input type="checkbox"/> y <input type="checkbox"/> y <input type="checkbox"/> y
<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 <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> y <input type="checkbox"/> y <input type="checkbox"/> y <input type="checkbox"/> 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	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	<input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> h	Birth weight (in grams) <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> g					
Number of completed weeks of pregnancy	<input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> d	Age of mother (years) <input type="checkbox"/> y <input type="checkbox"/> 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	তর্তি নিবন্ধন নম্বর	ওয়ার্ড নম্বর
রোগীর নাম			
মাতার নাম	পিতার নাম		
ঠিকানা	বাড়ি/সড়ক নম্বর	গ্রাম/এলাকা/শহর	ইউনিয়ন/ওয়ার্ড
	পোস্ট অফিস নম্বর	পোস্ট নম্বর	জেলা
লিঙ্গ	<input type="checkbox"/> মহিলা <input type="checkbox"/> পুরুষ <input type="checkbox"/> তৃতীয় লিঙ্গ	<input type="checkbox"/> ধর্ম <input type="checkbox"/> ইসলাম <input type="checkbox"/> হিন্দু <input type="checkbox"/> বৌদ্ধ <input type="checkbox"/> স্থিতিয়ান	<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"/> গ্রহণী <input type="checkbox"/> অবসরপ্রাপ্ত	<input type="checkbox"/> অন্যান্য
মৃত ব্যক্তির জন্ম তারিখ	<input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> y <input type="checkbox"/> y <input type="checkbox"/> y <input type="checkbox"/> y	বয়স যদি জন্ম তারিখ আজানা হয় <input type="checkbox"/> y <input type="checkbox"/> y <input type="checkbox"/> y <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> m	তর্তির তারিখ <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> y <input type="checkbox"/> y <input type="checkbox"/> y <input type="checkbox"/> y
তর্তির সময়	<input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> m	মৃত্যুর তারিখ <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> y <input type="checkbox"/> y <input type="checkbox"/> y <input type="checkbox"/> y	মৃত্যুর সময় <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> m
মৃত্যু ব্যক্তির এনআইডি নম্বর			
মৃত ব্যক্তির জন্ম নিবন্ধন নম্বর			
পরিবারের ফোন নম্বর (যদি থাকে)			

ফর্ম ক ১ চিকিৎসা তথ্য অংশ ১ ও ২

১	মৃত্যুর কারণ	রোগের কারণ উভয় থেকে মৃত্যু পর্যন্ত সমায়ের ব্যবধান
	ক	
	খ	কারণে
	গ	কারণে
	ঘ	কারণে

২	অন্যান্য তাৎপর্যপূর্ণ অবস্থা যা মৃত্যুর জন্য দায়ী (প্রতিটি কারনের ব্যাপ্তি সময়ের বদ্ধনীতে উল্লেখ করুন)	
---	---	--

ফর্ম ২ অন্যান্য চিকিৎসা তথ্য ১

মৃত্যুগুর্বে ৮ সপ্তাহের মধ্যে আঞ্চেপচার হয়েছিল কি?	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> আজানা	হ্যাঁ হলে আঞ্চেপচারের তারিখ শিখুন <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> y <input type="checkbox"/> y <input type="checkbox"/> y <input type="checkbox"/> y
হ্যাঁ হলে আঞ্চেপচারের কারণ উল্লেখ করুন (রোগ অথবা অবস্থা)		
ময়না তদন্তের জন্য বলা হয়েছিল কি?	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> আজানা	হ্যাঁ হলে ময়নাতদন্তের ফলাফল প্রত্যয়নে উল্লেখ করা হয়েছিল কি? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> আজানা

মৃত্যুর ধরন	<input type="checkbox"/> রোগ <input type="checkbox"/> আঘাত <input type="checkbox"/> নির্বায় করা যায়নি <input type="checkbox"/> দৃঢ়ত্বনা <input type="checkbox"/> আইনী প্রতিনিয়া <input type="checkbox"/> তদন্তাধীন <input type="checkbox"/> ইচ্ছাকৃত আত্মস্থিরণ	<input type="checkbox"/> যুদ্ধ <input type="checkbox"/> আজানা <input type="checkbox"/> যদি বহিঃঃ আঘাত বা বিষ প্রয়োগ হয় <input type="checkbox"/> আঘাতের তারিখ <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> y <input type="checkbox"/> y <input type="checkbox"/> y <input type="checkbox"/> y
বহিঃঃ আঘাত কিভাবে হয়েছে বর্ণন করুন (যদি বিষ প্রয়োগ হয় তবে কেন ধরনের বিষ সুনির্দিষ্ট করুন)		

বহিঃঃ কারন সংঘটনের ছান	<input type="checkbox"/> বাড়ি <input type="checkbox"/> আবাসিক এলাকা <input type="checkbox"/> স্কুল বা অন্যান্য প্রতিষ্ঠান, সরকারি প্রশাসনিক এলাকা <input type="checkbox"/> ক্লীড়া 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 ছান (সুনির্দিষ্ট করুন) <input type="checkbox"/> আজানা
------------------------	---	---

বহু ভ্রণ জনিত গর্ভবত্তা	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> আজানা	<input type="checkbox"/> মৃত্যু প্রসব? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> আজানা
যদি জন্মের ২৪ ঘন্টার মধ্যে মৃত্যু হয় তাহলে শিশুটি কত ঘন্টা বেঁচেছিল?	<input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> h	জন্মের সময় ও জন্ম (গ্রাম) <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> g
গর্ভবত্তায় সপ্তাহের সংখ্যা	<input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> d	মাতার বয়স (বছর) <input type="checkbox"/> y <input type="checkbox"/> y
পেরিনেটাল মৃত্যুর ক্ষেত্রে মাতার অবস্থা উল্লেখ করুন যা ভ্রণ এবং নবজাতককে প্রভাবিত করেছে		

প্রজনন ব্যাপের মহিলাদের জন্য	<input type="checkbox"/> মৃত্যুর পূর্বের এক বছরের মধ্যে মৃত্যুবাতি গর্ভবত্তা ছিলেন কি? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> আজানা
যদি হ্যাঁ হয় যে তিনি গর্ভবত্তা ছিলেন?	<input type="checkbox"/> কখন তিনি মারা গিয়েছিলেন <input type="checkbox"/> মৃত্যুর পূর্বে ৪২ দিনের মধ্যে <input type="checkbox"/> মৃত্যুর পূর্বে ৪৩ দিন থেকে ১ বছরের মধ্যে <input type="checkbox"/> গর্ভবত্তার প্রকৃত সময় আজানা
গর্ভবত্তা কি মৃত্যুর জন্য দায়ী ছিল?	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> আজানা

নাম	পদবী	বিএমডিসি নিবন্ধন নম্বর
বাংলাদেশ ফরম নম্বর	তারিখসহ দ্বারা	
	সীল	