

به نام یزدان پاک

گواهی فوت وجواز دفن

دکتر علیرضا قاسمی طوسی
فلوشیپ سم شناسی بالینی و مسمومیتها
متخصص پزشکی قانونی
کارشناس ارشد حقوق جزا و جرم شناسی
۰۹۱۵۱۱۵۷۹۵۳

Alireza.ghasemitoussi@yahoo.com

Alireza.ghasemitoussi@gmail.com



گواهی فوت و جواز دفن



۱۸۴۳۴۱



معاونت بهداشت

مرکز مدیریت شبکه

گروه فناوری و مدیریت اطلاعات و دیرخانه تحقیقات کاربردی

۹۸۹۸۲



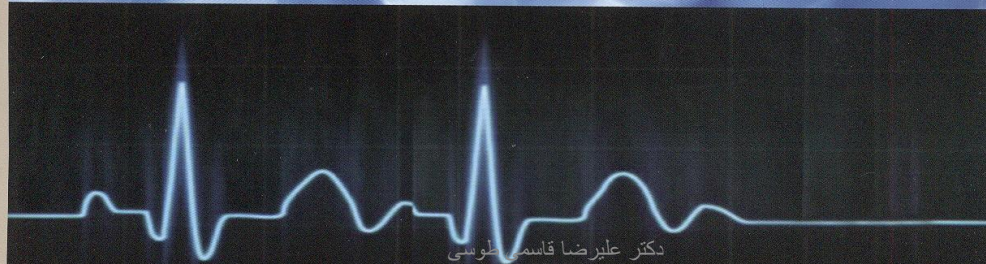
جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

دفترچه کوایی فوت

(بالای هفت روز)

Death Registration System

D.R.S.



دکتر علیرضا قاسمی لوسی



۱۱۷۵۱-۷۶۰



معاونت بهداشت

مرکز مدیریت شبکه

گروه فناوری و مدیریت اطلاعات و دبیرخانه تحقيقات کاربردی

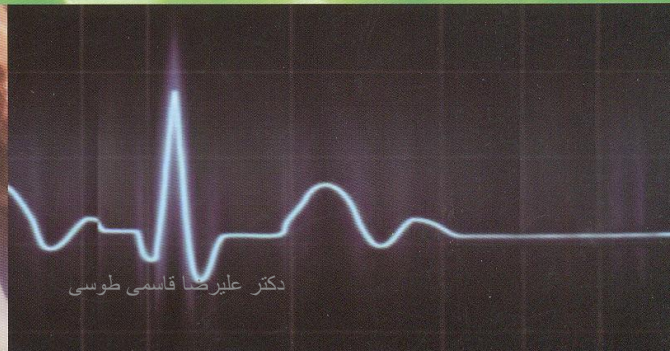
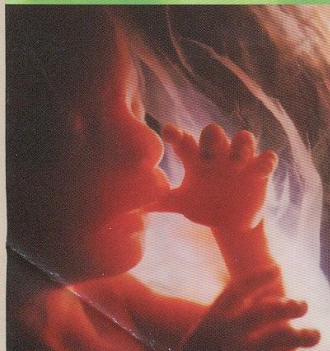


جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی

دفترچه کوایی فوت

(زیر هفت روز و مرده زایی)

Death Registration System
D.R.S.



دکتر علیرضا قاسمی طوسی



نام:	نام خانوادگی:	شماره ملی:	شماره شناسنامه:	محل صدور شناسنامه:
جنس:	مرد ☐ زن ☐ نامشخص ☐	تاریخ تولد:	روز:	ماه:
تاریخ فوت:	روز:	ماه:	سال:	سال:
جمهوری اسلامی ایران				
گواهی پزشکی فوت سن بالای ۷ روز				
شماره ثبت در سامانه:				
لطفاً قبل از تکمیل فرم مندرجات ظهر آن را مطالعه نمایید				
۱- وضعیت شناسنامه: ☐ دارای شناسنامه ☐ عدم دسترسی به شناسنامه ☐ فاقد شناسنامه ☐				
۲- نام: ۳- نام خانوادگی: ۴- نام پدر:				
۵- شماره ملی: ۶- شماره شناسنامه: ۷- محل صدور شناسنامه:				
۸- جنس: مرد ☐ زن ☐ نامشخص ☐ ۹- ملیت: ایرانی ☐ غیر ایرانی ☐ شماره پروانه اقامت اتباع غیر ایرانی: نامشخص ☐				
۱۰- شغل: ۱۱- شماره ملی سرپرست خانوار:				
۱۲- وضعیت سواد: بی سواد ☐ ابتدایی/نهیض ☐ راهنمایی ☐ دبیرستان ☐ دانشگاهی ☐ دکترای تخصصی و فوق دکترای ☐ سایر ☐				
توجه: در صورتی که متوفی بالای ۷ روز و زیر ۵ سال سن داشته و مادرش در قید حیات باشد ردیف های ۱۳ تا ۱۵ تکمیل گردد.				
۱۳- نام و نام خانوادگی مادر: ۱۴- سن مادر: سال				
۱۵- وضعیت سواد: بی سواد ☐ ابتدایی/نهیض ☐ راهنمایی ☐ دبیرستان ☐ دانشگاهی ☐ دکترای تخصصی و فوق دکترای ☐ سایر ☐				
۱۶- تاریخ تولد: روز: ماه: سال: تاریخ به حروف:				
۱۷- تاریخ فوت: روز: ماه: سال: تاریخ به حروف:				
۱۸- آدرس محل سکونت دائمی متوفی: کشور: استان: شهرستان: بخش:				
شهر/روستا: پلاک: کدپستی: تلفن ثابت: کد:				
۱۹- آدرس محل فوت: کشور: استان: شهرستان: بخش: شهر/روستا:				
۲۰- مکان فوت: منزل ☐ بیمارستان/مرکز جراحی محدود ☐ مرکز درمانی سربایی ☐ معابر و اماکن عمومی ☐ آسایشگاه ☐ نامشخص ☐ سایر (مشخص شود)				
اگر متوفی زن در سن باروری (۱۰ تا ۶۰ سال) می باشد ردیف ۲۱ تکمیل گردد.				
۲۱- وضعیت بارداری زن: باردار نبوده است (در ۴۲ روز اول پس از ختم بارداری هم فوت نکرده است) ☐ باردار بوده است ☐				
در حین زایمان فوت کرده است ☐ طی ۴۲ روز پس از ختم بارداری فوت کرده است ☐ وضعیت بارداری نامشخص است ☐				
توجه: علائم بیماری و یا حالات نشانگان فوت همانند ایست قلبی، ایست تنفسی و نباید نوشته شوند				
۲۲- علل فوت				
قسمت اول: رنجیره وقایع، بیماری ها، صدمات و یا وضعیتی که به طور مستقیم سبب مرگ شده اند				
(الف) آخرین بیماری یا وضعیتی که منجر به فوت شده است:				
(ب) بیماری یا وضعیتی که منجر به قسمت الف شده است:				
(ج) بیماری یا وضعیتی که منجر به قسمت ب شده است:				
(د) بیماری یا وضعیتی که منجر به قسمت ج شده است:				
قسمت دوم: سایر وضعیت هایی که در وقوع مرگ موثر بوده اند، اما منتج به علل اشاره شده در قسمت اول نشده اند:				
(ه)				
(و)				
کد ICD-10:				
فاصله زمانی تقریبی وضعیت تا مرگ:				
۲۳- نام و نام خانوادگی صادر کننده گواهی: مهر و امضای پزشک:				
شماره نظام پزشکی: نام موسسه: مهر موسسه:				
تاریخ صدور گواهی: روز: ماه: سال:				
۲۴- نام و نام خانوادگی صادر کننده جواز دفن: شماره نظام پزشکی: دفن متوفی بلا مانع است				
مهر و امضای پزشک:				

فرم ارجاع جسد به پزشکی قانونی

شماره پرونده :

تاریخ :

پست :

نام مرکز بهداشتی و درمانی :

مشخصات متوفی : نام و نام خانوادگی سن نام پدر شناس
 محل فوت بیمار : قبل از ورود به بیمارستان ☐ اورژانس ☐ بخش ☐ OR ☐ ICU ☐ CCU ☐ NICU ☐ سایر
 تاریخ پذیرش : ساعت پذیرش : تاریخ فوت : ساعت فوت :
 علائم حیاتی و وضعیت هوشیاری بیمار به هنگام پذیرش :
 هوشیار ☐ هوشیاری نسبی ☐ کاهش هوشیاری واضح ☐ بیهوش (کوما) ☐
 فشار خون : تعداد ضربان قلب : تعداد تنفس : دمای بدن :
 دلیل اصلی مراجعه بیمار به مرکز درمانی :
 نزاع ☐ حادثه ☐ تصادف ☐ مسمومیت ☐ بیماری جسمانی ☐ سایر :
 شکایت اصلی بیمار و خلاصه شرح حال :

 خلاصه یافته های آزمایشگاهی و تصویر برداری :

 خلاصه ای از اقدامات درمانی انجام شده :

 تشخیص نهائی و علت احتمالی فوت :

 علت ارجاع جسد به پزشکی قانونی :
 مرگ غیر طبیعی ☐ مرگ مشکوک ☐ شکایت از کادر درمانی و بیمارستان ☐ علت فوت نامعلوم ☐ سایر :
 (حادثه ، تصادف ، خودکشی ، قتل)

مهر و امضاء رئیس
مرکز بهداشتی درمانی :

دکتر علیرضا قاسمی طوسی

نام و نام خانوادگی پزشک معالج
و تکمیل کننده فرم :

مهر و امضاء



تفاوت‌های گواهی فوت با جواز دفن



گواهی فوت:

- تأیید فوت فرد
- عدم لزوم ادامه اقدامات درمانی و احیاء
- مجوز انتقال به سردخانه
- **اما** مجوزی برای دفن جنازه نیست.



جواز دفن:

علت و نحوه فوت تعیین و یا بررسی
شده است و لذا نیازی به بقاء جسد
نیست و دفن جسد بلا مانع است.

نکته مهم: در موارد جنایاتی
مشکوک، جلب نظر مقام قضایی
برای صدور جواز دفن ضروری



در سالهای ۱۳۸۳ و ۱۳۸۴ پس از جلسات مشترک وزارت بهداشت ، سازمان پزشکی قانونی و ثبت احوال ، فرمهای جدید و یکسان گواهی فوت برای سراسر کشور طراحی شد که در آن قسمتی نیز به عنوان جواز دفن تعبیه گردید .

و در نهایت در سال ۱۳۹۲ آخرین به روزرسانی گواهی فوت (مطابق با فرم بین المللی) انجام شد که شامل دو دفترچه گواهی فوت بالای هفت روز و زیر هفت روز می باشد.



۱۸۴۳۴۱



معاونت بهداشت

مرکز مدیریت شبکه

گروه فناوری و مدیریت اطلاعات و دیرخانه تحقیقات کاربردی

۹۸۹۸۲



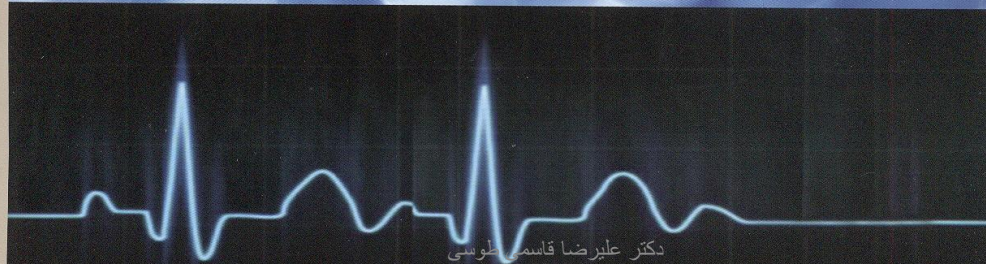
جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

دفترچه کوایی فوت

(بالای هفت روز)

Death Registration System

D.R.S.



دکتر علیرضا قاسمی لوسی



۱۱۷۵۱-۷۶۰



معاونت بهداشت

مرکز مدیریت شبکه

گروه فناوری و مدیریت اطلاعات و دبیرخانه تحقيقات کاربردي

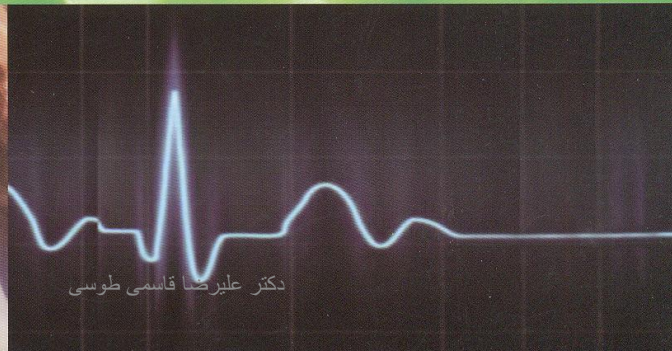
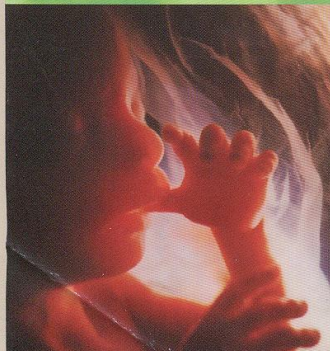


جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی

دفترچه کوایی فوت

(زیر هفت روز و مرده زایی)

Death Registration System
D.R.S.



دکتر علیرضا قاسمی طوسی



سؤال :
چه کسانی می‌توانند
جواز دغن صادر نمایند
جواب :

- پزشک معالج
- پزشکی که از مرگ مطلع شده
- پزشک قانونی (کارشناس)



مسئولیت صدور گواهی فوت و جواز دفن با کیست؟

پزشک صادر کننده

امضاء کننده مسئول تمام اجزاء گواهی هست.



Type of death

دسته
بندی‌های
مختلف
از ابعاد
مختلف



مرگ طبیعی *Natural death*

- مرگ طبیعی به دنبال یک پاتولوژی پایدار درونی
- شخص یا عوامل خارجی بطور مستقیم و یا غیر مستقیم دخالت ندارد



مرگ غیر طبیعی – خشن
violent - Un natural death

• دخالت یک عامل خارجی (تروما) یا
شخص (حتی خود متوفی) بصورت مستقیم
یا غیر مستقیم.

• ممکن است فاصله دخالت عامل خارجی از
چند دقیقه تا چند سال باشد.



مرگ غیر مشکوک non suspected death

**علت ، زمان و مکان مرگ معلوم و طبیعی باشد
و احتمال شکایت در حال حاضر یا آینده در
خصوص وقوع مرگ نزدیکی به صفر باشد.
(مکان طبیعی فوت: بی‌مارستان و منزل)**



موارد لزوم ارجاع جسد به پزشکی قانونی

• موارد ۱۹ گانه پشت
نسخه سفید گواهی فوت



نکات مهم

این گواهی به طور کلی از دو قسمت گواهی فوت و مجوز دفن تشکیل شده است. هر دو قسمت آن باید توسط پزشک/ماما مهر و امضاء شود و مجوز دفن باید توسط مراجع قانونی صادر گردد.

در موارد زیر مجوز دفن توسط پزشکی قانونی صادر می گردد:

- ۱- مرگ به دنبال اقدام به قتل
- ۲- مرگ به دنبال اقدام به خودکشی
- ۳- مرگ به دنبال هر گونه مبارزه (اعم از درگیری فیزیکی و یا لفظی)
- ۴- مرگ به دنبال حوادث ترافیکی (به هر شکل و با هر فاصله زمانی از حادثه که مرگ رخ دهد)
- ۵- مرگ به دنبال مسمومیت (شیمیایی، دارویی، گازگرفتگی و...)
- ۶- مرگ به دنبال سوء مصرف مواد (مخدر، روانگردان، توهم زا و ...)
- ۷- مرگ متعاقب برق گرفتگی، سوختگی، غرق شدگی، سرمازدگی، گرمزدگی، سقوط از ارتفاع و ...
- ۸- مرگ ناشی از کار (حوادث شغلی، مواد آلاینده محیط کار و ...)
- ۹- مرگ در زندان یا بازداشتگاه
- ۱۰- مرگ در مراکز اقامت جمعی مانند آسایشگاه، پرورشگاه، اردوگاه، پادگان، خوابگاه و ...
- ۱۱- مرگ ناشی از اقدامات تشخیصی و درمانی
- ۱۲- مرگ مادر ناشی از اقدامات تشخیصی و درمانی در حین بارداری، حین زایمان یا متعاقب زایمان و یا سقط جنین
- ۱۳- مرگ حین یا متعاقب ورزش
- ۱۴- مرگ های ناگهانی، غیر منتظره و غیر قابل توجیه
- ۱۵- هر مرگی که احتمال شکایت از کسی در آن وجود داشته باشد
- ۱۶- هر نوع مرگ مشکوک و مرگ با علت ناشناخته
- ۱۷- هر نوع مرگ افراد ناشناس و مجهول الهوية
- ۱۸- هر مرگی که احتمال جنحه یا جنایت در آن برود.
- ۱۹- مرگ ناشی از حوادث غیر مترقبه

- این گواهی باید با خودکار و با خط خوانا به صورتی نوشته شود که روی هر چهار نسخه قابل خواندن باشد.
- علت مرگ به فارسی نوشته شده و از بکار بردن کلمات بصورت مخفف و انگلیسی جداً پرهیز شود.
- در بندهایی که لازم است گزینه ای با ذکر یک علامت در داخل مربع مربوطه انتخاب شود، لازم است از علامت ضربدر استفاده شود (X)



۹- مرگ در زندان یا بازداشتگاه

۱۰- مرگ در مراکز اقامت جمعی مانند آسایشگاه، پرورشگاه، اردوگاه، پادگان، خوابگاه و ...

۱۱- مرگ ناشی از اقدامات تشخیصی و درمانی

۱۲- مرگ مادر ناشی از اقدامات تشخیصی و درمانی در حین بارداری، حین زایمان یا متعاقب زایمان و یا سقط جنین

۱۳- مرگ حین یا متعاقب ورزش

۱۴- مرگ های ناگهانی، غیر منتظره و غیر قابل توجیه

۱۵- هر مرگی که احتمال شکایت از کسی در آن وجود داشته باشد

۱۶- هر نوع مرگ مشکوک و مرگ با علت ناشناخته

۱۷- هر نوع مرگ افراد ناشناس و مجهول الهویه

۱۸- هر مرگی که احتمال جنحه یا جنایت در آن برود.

۱۹- مرگ ناشی از حوادث غیر مترقبه

- این گواهی باید با خودکار و با خط خوانا به صورتی نوشته شود که روی هر چهار نسخه قابل خواندن باشد.
- علت مرگ به فارسی نوشته شده و از بکار بردن کلمات بصورت مخفف و انگلیسی جداً پرهیز شود.
- در بندهایی که لازم است گزینه ای با ذکر یک علامت در داخل مربع مربوطه انتخاب شود، لازم است از علامت ضربدر استفاده شود (☒)



**به صورت خلاصه پزشک معالج به سه شرط
می‌تواند جواز دفن صادر نماید:**

- علت مرگ را دقیقاً بداند.
- علت مرگ ۱۰۰٪ بیماری باشد و تروما در آن نقش نداشته باشد (مرگ طبیعی).
- احتمال شکایت در حال یا آینده نزدیک به صفر باشد. (مرگ غیر مشکوک)



۱۸۴۳۴۱



معاونت بهداشت

مرکز مدیریت شبکه

گروه فناوری و مدیریت اطلاعات و دیرخانه تحقیقات کاربردی

۹۸۹۸۲



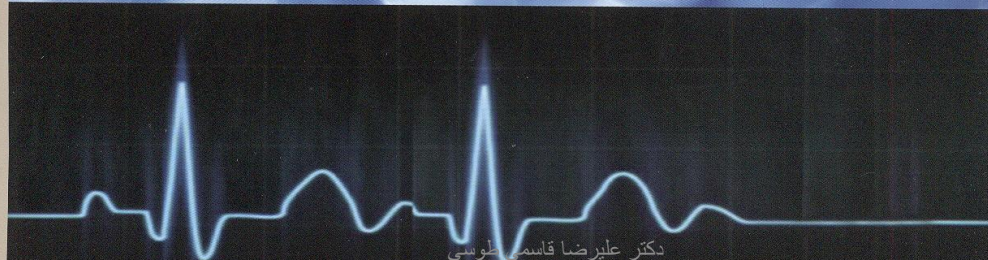
جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

دفترچه کوایی فوت

(بالای هفت روز)

Death Registration System

D.R.S.



دکتر علیرضا قاسمی لوسی



دستور العمل تکمیل فرم گواهی فوت بالای هفت روز





دستور العمل تکمیل فرم گواهی فوت	
قبل از تکمیل گواهی فوت، مندرجات ظاهر (ساخته) سلیقه به دقت مطالعه شود	
این گواهی برای کلیه متوفیان به غیر از موارد مرده زایی (چنین هفته ۲۲ حاملگی به بعد) و نوزادان مرده به دنیا آمده و متولدینی که کمتر از ۷ روز عمر کرده اند، تکمیل می گردد. بنابراین باید در هنگام صدور گواهی فوت، در صورتی که متوفی نوزاد است سن دقیق آنها مورد توجه قرار گیرد.	
شماره ثبت در سامانه این شماره، پس از ثبت اطلاعات در سامانه ثبت مرگ و میر اخذ و بر روی گواهی فوت درج می گردد.	
مشخصات عمومی متوفی: در این بخش مشخصات عمومی و شناسنامه ای متوفی که از نظر هویتی، قانونی و امثال شناسنامه یا اهمیت است به طور کامل نوشته می شود و لازم است نکات زیر در هنگام صدور گواهی فوت مورد توجه قرار گیرد.	
۱. شماره ملی و شماره شناسنامه: متوفی باید به صورت دقیق در قسمت سرپرگ و در قسمت مشخصات عمومی ثبت گردد.	۲. در بخش شماره ملی سرپرست خاور، شماره ملی فردی که به عنوان سرپرست خاور متوفی شناخته می شود، باید ثبت گردد.
۳. وضعیت سواد متوفی بر اساس گزینه های مشخص شده، ثبت شود.	۴. برای مواردی که متوفی بالای ۷ روز و زیر ۵ سال سن داشته باشد و مادر وی در قید حیات باشد در قسمت مشخصات متوفی در ردیف های ۱۳ الی ۱۵ اطلاعات مربوط به مادر در کادر مربوطه تکمیل گردد.
۵. تاریخ تولد و تاریخ فوت باید بر اساس روز، ماه و سال به عدد و به حروف نوشته شود.	۶. نشانی محل سکونت دائمی متوفی محلی است که متوفی در زمان فوت در آنجا زندگی می کرده مشروط بر اینکه آشنایان دیگر نداشته باشند. آشنایان خاورهایی که بیش از یک آشنایان دارند، محلی است که بیشترین مدت سال را در آن به سر می برند.
۷. در قسمت تلفن ثابت، شماره تماس ثابتی و که منطقه از خانواده درجه یک متوفی ثبت گردد و در صورت نداشتن تلفن ثابت، شماره تماسی فرد دیگری برای پیگیری های بعدی قید گردد.	۸. در قسمت مکان فوت یا توجه گزینه های ذکر شده، یک مورد انتخاب و در صورتیکه مکان فوت در بین موارد وجود ندارد، گزینه سایر انتخاب و مشخص گردد.
۹. چنانچه متوفی زن در سن باروری می باشد باید یکی از گزینه های موجود در بخش ۲۱ انتخاب گردد.	
علت فوت	
۱۰. به طور کلی بر اساس استاندارد بین المللی، بخش علت فوت شامل دو قسمت می باشد، در قسمت اول به ترتیب سلسله علل بیماری و با وضعیتی که منجر به فوت (بند الف) توسط پزشک ذکر می گردد و هر بند از بند قبلی منتج شده و بیماری اولیه ای که سبب بروز سلسله وقایع منجر به فوت شده است در آخر این علت ذکر می شود. به عبارت دیگر از بین بیماری با حالت ها آخرین بیماری، آسیب یا عارضه ای که قبل از مرگ وجود داشت است در قسمت (الف) نوشته می شود و به همین ترتیب تا بیماری اولیه سلسله علل مرگ ثبت می گردد.	
در قسمت دوم سایر وضعیت ها و یا بیماری هایی که به روند مرگ کمک کرده اند و در واقع در وقوع مرگ موثر بوده اما منتج به علل اشاره شده در قسمت اول نشده اند، همراه با فاصله نفرمی، هر وضعیت تا مرگ باید مشخص گردد. (به مثال زیر توجه شود)	
۲۲- علل فوت	قسمت اول: راجعه و وقایع، بیماری ها، ضایعات و با وضعیتی که به طور مستقیم سبب مرگ شده اند.
الف) آخرین بیماری یا وضعیتی که منجر به فوت شده است: ...	ب) بیماری یا وضعیتی که منجر به فوت شده است: ...
ج) بیماری یا وضعیتی که منجر به فوت شده است: ...	د) بیماری یا وضعیتی که منجر به فوت شده است: ...
قسمت دوم: سایر وضعیت هایی که در وقوع مرگ موثر بوده اند، اما منتج به علل اشاره شده در قسمت اول نشده اند.	
۱۱. در قسمت صادر کننده لازم است نام و نام خانوادگی پزشک صادر کننده گواهی دقیقاً ثبت و مهر زده شود. در صورتی که واحد صادر کننده گواهی موسسه درمانی اعم از بیمارستان، رایشگاه، مرکز بهداشتی درمانی و یا سایر موسسات بهداشتی و درمانی باشد، باید ضمن تکمیل بند اول، توسط پزشک نام واحد صادر کننده گواهی نوشته و مهر آن در قسمت مربوطه زده و توسط رئیس آن موسسه امضاء شود.	۱۲. در قسمت جواز دفن مشخصات صادر کننده مجوز دفن (نام و نام خانوادگی و شماره نظام پزشکی) ثبت شده و مهر و امضاء شود.
وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی معاونت بهداشت، مرکز مدیریت شبکه گروه فناوری و مدیریت اطلاعات و تحلیلات کاربردی	

۱۰. به طور کلی بر اساس استاندارد بین المللی، بخش علت گواهی فوت شامل دو قسمت می باشد، در قسمت اول به ترتیب، سلسله علل بیماری و یا وضعیتی که منجر به فوت (بند الف) توسط پزشک ذکر می گردد و هر بند از بند قبلی منتج شده و بیماری اولیه ای که سبب بروز سلسله وقایع منجر به فوت شده است در آخر این علل ذکر می شود. به عبارت دیگر از بین بیماری یا حالت ها، آخرین بیماری، آسیب یا عارضه ای که قبل از مرگ وجود داشت است در قسمت (الف) نوشته می شود و به همین ترتیب تا بیماری اولیه سلسله علل مرگ ثبت می گردد.
- در قسمت دوم، سایر وضعیت ها و یا بیماری هایی که به روند مرگ کمک کرده اند و در واقع در وقوع مرگ موثر بوده اما منتج به علل اشاره شده در قسمت اول نشده اند همراه با فاصله تقریبی هر وضعیت تا مرگ باید مشخص گردد. (به مثال زیر توجه شود)

۲۲- علل فوت	
فاصله زمانی تقریبی وضعیت تا مرگ یک سال ۵ سال ۱۰ سال	قسمت اول: رنجیره وقایع، بیماری ها، صدمات و یا وضعیتی که به طور مستقیم سبب مرگ شده اند الف) آخرین بیماری یا وضعیتی که منجر به فوت شده است: نارسایی مزمن کلیه ب) بیماری یا وضعیتی که منجر به قسمت الف شده است: دیابت نفروتیک ج) بیماری یا وضعیتی که منجر به قسمت ب شده است: دیابت نوع دوم د) بیماری یا وضعیتی که منجر به قسمت ج شده است: قسمت دوم: سایر وضعیت هایی که در وقوع مرگ موثر بوده اند، اما منتج به علل اشاره شده در قسمت اول نشده اند: ه) و)
	کد ICD-۱۰ کدهای ICD-۱۰ توسط کدگذار ثبت می شوند

- لازم به ذکر است که علایم بیماری و یا حالات و نشانگان فوت همانند ایست قلب، ایست تنفسی، ضعف و غیره نباید منظور گردد. کد ICD-۱۰ مربوط به هریک از بیماریها در کادر مربوطه پس از تکمیل فرم گواهی پزشکی توسط کدگذاران تعیین و ثبت میشود. ضمناً لازم است فاصله زمان تقریبی هر بیمار و یا وضعیت تا مرگ بر حسب سال، ماه، روز، هفته و یا ساعت ثبت شود.
۱۱. در قسمت صادر کننده لازم است نام و نام خانوادگی پزشک صادر کننده گواهی دقیقاً ثبت و مهر زده شود. در صورتی که واحد صادر کننده گواهی موسسه درمانی اعم از بیمارستان، زایشگاه، مرکز بهداشتی درمانی و یا سایر موسسات بهداشتی و درمانی باشد، باید ضمن تکمیل بند اول، توسط پزشک، نام واحد صادر کننده گواهی نوشته و مهر آن در قسمت مربوطه زده و توسط رئیس آن موسسه امضاء شود.
۱۲. در قسمت جواز دفن مشخصات صادر کننده مجوز دفن (نام و نام خانوادگی و شماره نظام پزشکی) ثبت شده و مهر و امضا شود.

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

معاونت بهداشت، مرکز مدیریت شبکه

گروه فناوری و مدیریت اطلاعات و تحقیقات کاربردی



۱۳۱	نام: نام خانوادگی: شماره ملی: شماره شناسنامه: جنس: مرد ☐ زن ☐ نامشخص ☐ تاریخ تولد: روز ماه سال تاریخ فوت: روز ماه سال محل صدور شناسنامه: سازمان ثبت احوال کشور	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جمهوری اسلامی ایران گواهی پزشکی فوت سن بالای ۷ روز شماره ثبت در سامانه: شماره:
لطفا قبل از تکمیل فرم مندرجات ظهر آن را مطالعه نمایید		
مشخصات عمومی متوفی	۱- وضعیت شناسنامه: دارای شناسنامه ☐ عدم دسترسی به شناسنامه ☐ فاقد شناسنامه ☐ ۲- نام: ۳- نام خانوادگی: ۴- نام پدر: ۵- شماره ملی: ۶- شماره شناسنامه: ۷- محل صدور شناسنامه: ۸- جنس: مرد ☐ زن ☐ نامشخص ☐ ۹- ملیت: ایرانی ☐ غیر ایرانی ☐ شماره پروانه اقامت اتباع غیر ایرانی: نامشخص ☐ ۱۰- شغل: ۱۱- شماره ملی سرپرست خانوار: ۱۲- وضعیت سواد: بی سواد ☐ ابتدایی/نهضت ☐ راهنمایی ☐ دبیرستان ☐ دانشگاهی ☐ دکترای تخصصی و فوق دکترا ☐ سایر ☐ توجه: در صورتی که متوفی بالای ۷ روز و زیر ۵ سال سن داشته و مادرش در قید حیات باشد ردیف های ۱۳ تا ۱۵ تکمیل گردد. ۱۳- نام و نام خانوادگی مادر: ۱۴- سن مادر: سال ۱۵- وضعیت سواد: بی سواد ☐ ابتدایی/نهضت ☐ راهنمایی ☐ دبیرستان ☐ دانشگاهی ☐ دکترای تخصصی و فوق دکترا ☐ سایر ☐ ۱۶- تاریخ تولد: روز ماه سال تاریخ به حروف: ۱۷- تاریخ فوت: روز ماه سال تاریخ به حروف: ۱۸- آدرس محل سکونت دائمی متوفی: کشور: استان: شهرستان: بخش: شهر/روستا: کوچه: پلاک: کدپستی: تلفن ثابت: کد: ۱۹- آدرس محل فوت: کشور: استان: شهرستان: بخش: شهر/روستا: ۲۰- مکان فوت: منزل ☐ بیمارستان/مرکز جراحی محدود ☐ مرکز درمانی سرپایی ☐ معابر و اماکن عمومی ☐ آسایشگاه ☐ نامشخص ☐ سایر ☐ (مشخص شود)..... اگر متوفی زن در سن باروری (۱۰ تا ۶۰ سال) می باشد ردیف ۲۱ تکمیل گردد. ۲۱- وضعیت بارداری زن: باردار نبوده است (در ۴۲ روز اول پس از ختم بارداری هم فوت نکرده است) ☐ باردار بوده است ☐ در حین زایمان فوت کرده است ☐ طی ۴۲ روز پس از ختم بارداری فوت کرده است ☐ وضعیت بارداری نامشخص است ☐ توجه: علائم بیماری و یا حالات نشانگان فوت همانند ایست قلبی، ایست تنفسی و نباید نوشته شوند	
علل فوت	۲۲- علل فوت قسمت اول: رنجیره وقایع، بیماری ها، صدمات و یا وضعیتی که به طور مستقیم سبب مرگ شده اند (الف) آخرین بیماری یا وضعیتی که منجر به فوت شده است: (ب) بیماری یا وضعیتی که منجر به قسمت الف شده است: (ج) بیماری یا وضعیتی که منجر به قسمت ب شده است: (د) بیماری یا وضعیتی که منجر به قسمت ج شده است: قسمت دوم: سایر وضعیت هایی که در وقوع مرگ موثر بوده اند، اما منتج به علل اشاره شده در قسمت اول نشده اند: (ه) (و)	
صادر کننده	۲۳- نام و نام خانوادگی صادر کننده گواهی: شماره نظام پزشکی: نام موسسه: تاریخ صدور گواهی: روز ماه سال ۲۴- نام و نام خانوادگی صادر کننده جواز دفن: شماره نظام پزشکی: دفن متوفی بلا مانع است مهر و امضای پزشک مهر موسسه	
مهر و امضای پزشک	مهر و امضای پزشک	

ماده ۲۵ قانون ثبت احوال: مهلت اعلام واقعه وفات ده روز از تاریخ وقوع فوت است



نکات مهم در تعیین علت فوت:

- عدم استفاده از کد پوچ و یا غیر ممکن (به تنهایی و به عنوان علت مرگ)
- دقت زیاد در استفاده از کدهای بعید
- در هر ردیف فقط یک مورد درج شود



مثال:

- ایست قلبی تنفسی
- نارسایی قلبی
- آمبولی ریه
- DIC
- عقب ماندگی ذهنی
- کماولت بدون زوال عقل
- و ...



فرم بین المللی گواهی پزشکی علت مرگ

زمان تقریبی بین شروع تا مرگ	علت مرگ	
	الف: به سبب یا پیامد ب: به سبب یا پیامد ج: به سبب یا پیامد د:	۱- آخرین بیماری یا وضعیتی که بلافاصله پیش از مرگ وجود داشت × بیماریهای قبلی
		۲- سایر بیماریهایی که به مرگ کمک کرده‌اند ولی وجود آنها به تنهایی موجب مرگ نمی‌شد
× نام بیماری، آسیب یا عوارض آنها که موجب مرگ شده است. در این قسمت نمی‌توان تابلوی مرگ مانند ایست قلبی یا نارسایی تنفسی را وارد کرد.		



۲۰- مکان فوت: منزل ☐ بیمارستان/مرکز جراحی محدود ☐ مرکز درمانی سرپایی ☐ معابر و اماکن عمومی ☐ اسپتخانه ☐	نامشخص ☐ سایر ☐ (مشخص شود).....
بارداری زنان	اگر متوفی زن در سن باروری (۱۰ تا ۶۰ سال) می باشد ردیف ۲۱ تکمیل گردد. ۲۱- وضعیت بارداری زن: باردار نبوده است (در ۴۲ روز اول پس از ختم بارداری هم فوت نکرده است) ☐ باردار بوده است ☐ در حین زایمان فوت کرده است ☐ طی ۴۲ روز پس از ختم بارداری فوت کرده است ☐ وضعیت بارداری نامشخص است ☐
علت فوت	توجه: علائم بیماری و یا حالات نشانگان فوت همانند ایست قلبی، ایست تنفسی و نباید نوشته شوند ۲۲- علل فوت قسمت اول: رنجیره وقایع، بیماری ها، صدمات و یا وضعیتی که به طور مستقیم سبب مرگ شده اند (الف) آخرین بیماری یا وضعیتی که منجر به فوت شده است: (ب) بیماری یا وضعیتی که منجر به قسمت الف شده است: (ج) بیماری یا وضعیتی که منجر به قسمت ب شده است: (د) بیماری یا وضعیتی که منجر به قسمت ج شده است: قسمت دوم: سایر وضعیت هایی که در وقوع مرگ موثر بوده اند، اما منتج به علل اشاره شده در قسمت اول نشده اند: ه) و)
صادر کننده	۲۳- نام و نام خانوادگی صادر کننده گواهی: شماره نظام پزشکی: نام موسسه: تاریخ صدور گواهی: روز / ماه سال
جواز دفن	۲۴- نام و نام خانوادگی صادر کننده جواز دفن: شماره نظام پزشکی: دفن متوفی بلا مانع است ☐

ماده ۲۵ قانون ثبت احوال: مهلت اعلام واقعه وفات ده روز از تاریخ وقوع فوت است



مثال - آقای ۶۱ ساله‌ای از پنج سال قبل با تشخیص دیابت نوع دوم روزانه دو قرص گلی بن کلامید مصرف می‌کرد.

همچنین از چهار سال قبل بعلت انسداد نسبی عروق قلب (CAD) و فشار خون زیر نظر متخصص قلب تحت

درمان دارویی بود و یکبار نیز در CCU بستری شده بود. ده روز قبل از فوت به علت اسهال آبکی شدید در بیمارستان

بستری شده و با کشت مدفوع تشخیص وبا داده می‌شود. چهار روز بعد از بستری دچار اورمی شده و کراتینین وی تا ۱۲

بالا می‌رود و تحت همودیالیز قرار می‌گیرد. ولی نارسایی کلیه بیمار اصلاح نشده و در روز دهم بستری با ایست قلبی

فوت می‌کند.



فرم بین المللی گواهی پزشکی علت مرگ

زمان تقریبی بین شروع تا مرگ	علت مرگ	
	الف : نارسایی حاد کلیه به سبب یا پیامد ب : ویبریو کلرا به سبب یا پیامد ج : به سبب یا پیامد د:	۱- آخرین بیماری یا وضعیتی که بلافاصله پیش از مرگ وجود داشت * بیماریهای قبلی
پنج سال چهار سال	دیابت غیر وابسته به انسولین بیماری عروق کرونری، پرفشاری خون	۲- سایر بیماریهایی که به مرگ کمک کرده اند ولی وجود آنها به تنهایی موجب مرگ نمیشد
* نام بیماری، آسیب یا عوارض آنها که موجب مرگ شده است. در این قسمت نمی توان تابلوی مرگ مانند ایست قلبی یا نارسایی تنفسی را وارد کرد.		



مثال - خانم ۷۲ ساله ای با سابقه ۲۰ ساله دیابت نوع دوم که از سه سال قبل انسولین مصرف می کرد، بعلت زخم بستر عفونی مراجعه کرده است. ۵ سال قبل دچار سکنه مغزی شده و از آن زمان در بستر افتاده بود. بررسی های آن زمان نشان داد که بعلت آتروسکلروزیس دارای انسداد کاروتید می باشد. در نمونه کشت شده از زخم **Proteus mirabilis** جدا شد. در نهایت بیمار با شوک سپتیک فوت نمود.



فرم بین المللی گواهی پزشکی علت مرگ

زمان تقریبی بین شروع تا مرگ	علت مرگ	
۶ ماه ۵ سال ۱۰ - ۵ سال	الف : عفونت زخم بستر با پروتئوس میرابیلیس به سبب یا پیامد ب : سکته مغزی به سبب یا پیامد ج : آترواسکلروزیس شریان کاروتید به سبب یا پیامد د:	۱- آخرین بیماری یا وضعیتی که بلافاصله پیش از مرگ وجود داشت * بیماریهای قبلی
بیست سال	دیابت غیر وابسته به انسولین	۲- سایر بیماریهایی که به مرگ کمک کرده اند ولی وجود آنها به تنهایی موجب مرگ نمیشد
* نام بیماری، آسیب یا عوارض آنها که موجب مرگ شده است. در این قسمت نمی توان تابلوی مرگ مانند ایست قلبی یا نارسایی تنفسی را وارد کرد.		

قسمت سوم:
فاصله زمانی شروع تا وقوع مرگ

..... روز ۲

..... روز ۱۰

..... روز ۱۴

علت زمینه‌ای مرگ

بخش علل فوت گواهی فوت:

قسمت اول

زنجیره ی وقایع، بیماری‌ها، صدمات یا وضعیتی که به طور مستقیم سبب مرگ شده‌اند.

الف) آخرین بیماری یا وضعیتی که منجر به فوت شده است.

سندروم دیسترس حاد تنفسی

ب) بیماری یا وضعیتی که منجر به قسمت الف شده است.

پنومونی

ج) بیماری یا وضعیتی که منجر به قسمت ب شده است.

کووید - ۱۹ (تست مثبت)

د) بیماری یا وضعیتی که منجر به قسمت ج شده است

قسمت دوم



قسمت سوم: فاصله زمانی شروع تا وقوع مرگ روز ۲ روز ۱۰ روز ۱۲ 	بخش علل فوت گواهی فوت: قسمت اول زنجیره ی وقایع، بیماری‌ها، صدمات یا وضعیتی که به طور مستقیم سبب مرگ شده‌اند. الف) آخرین بیماری یا وضعیتی که منجر به فوت شده است. سندروم دیسترس حاد تنفسی ب) بیماری یا وضعیتی که منجر به قسمت الف شده است. پنومونی ج) بیماری یا وضعیتی که منجر به قسمت ب شده است. کووید-۱۹ (مشکوک) علت زمینه‌ای مرگ د) بیماری یا وضعیتی که منجر به قسمت ج شده است
..... 	قسمت دوم: سایر وضعیت هایی که در وقوع مرگ مؤثر بوده اند اما منتج به علل اشاره شده در قسمت اول نشده‌اند. ه) بیماری عروق کرونر (۵ سال) ، دیابت نوع دو (۱۴ سال)، بیماری مزمن انسدادی ریه (۸ سال) (و)



قسمت سوم: فاصله زمانی شروع تا وقوع مرگ روز ۲ روز ۱۰ روز ۱۰ 	بخش علل فوت گواهی فوت: قسمت اول زنجیره‌ی وقایع، بیماری‌ها، صدمات یا وضعیتی که به طور مستقیم سبب مرگ شده‌اند. الف) آخرین بیماری یا وضعیتی که منجر به فوت شده است. سندروم دیسترس حاد تنفسی ب) بیماری یا وضعیتی که منجر به قسمت الف شده است. پنومونی ج) بیماری یا وضعیتی که منجر به قسمت ب شده است. کروید علت زمینه‌ای مرگ د) بیماری یا وضعیتی که منجر به قسمت ج شده است
..... 	قسمت دوم: سایر وضعیت‌هایی که در وقوع مرگ مؤثر بوده‌اند اما منتج به علل اشاره شده در قسمت اول نشده‌اند. ه) فلج مغزی (۱۰ سال) و)



و سایر مثال‌ها:

قسمت سوم: فاصله زمانی شروع تا وقوع مرگ روز ۲ روز ۸ روز ۱۲	بخش علل قوت گواهی فوت: قسمت اول زنجیره ی وقایع، بیماری‌ها، صدمات یا وضعیتی که به طور مستقیم سبب مرگ شده‌اند. الف) آخرین بیماری یا وضعیتی که منجر به فوت شده است. سندروم دیسترس حاد تنفسی ب) بیماری یا وضعیتی که منجر به قسمت الف شده است. پنومونی ج) بیماری یا وضعیتی که منجر به قسمت ب شده است. بارداری عارضه دار ناشی از کووید ۱۹ د) بیماری یا وضعیتی که منجر به قسمت ج شده است
..... 	قسمت دوم: سایر وضعیت هایی که در وقوع مرگ مؤثر بوده اند اما منتج به علل اشاره شده در قسمت اول نشده‌اند. ه)

علت زمینه‌ای مرگ



قسمت سوم: فاصله زمانی شروع تا وقوع مرگ ۲ روز یک هفته 	علل فوت قسمت اول زنجیره ی وقایع، بیماری‌ها، صدمات یا وضعیتی که به طور مستقیم سبب مرگ شده‌اند. الف) آخرین بیماری یا وضعیتی که منجر به فوت شده است. سندروم دیسترس حاد تنفسی ب) بیماری یا وضعیتی که منجر به قسمت الف شده است. کووید - ۱۹ علت زمینه‌ای مرگ ج) بیماری یا وضعیتی که منجر به قسمت ب شده است. د) بیماری یا وضعیتی که منجر به قسمت ج شده است.
قسمت دوم: سایر وضعیت هایی که در وقوع مرگ مؤثر بوده اند اما منتج به علل اشاره شده در قسمت اول نشده‌اند. ه) بیماری ایدز (۵ سال) و)	



قسمت سوم: فاصله زمانی شروع تا وقوع مرگ روز ۱ روز ۱ روز ۲۰ مرگ ناشی از کووید-۱۹ نمی باشد	علل فوت قسمت اول زنجیره ی وقایع، بیماری ها، صدمات یا وضعیتی که به طور مستقیم سبب مرگ شده اند. الف) آخرین بیماری یا وضعیتی که منجر به فوت شده است. شوگ هیپوولمیک ب) بیماری یا وضعیتی که منجر به قسمت الف شده است. پارگی آنورت ج) بیماری یا وضعیتی که منجر به قسمت ب شده است. تصادف با وسیله نقلیه موتوری د) بیماری یا وضعیتی که منجر به قسمت ج شده است. علت زمینه ای مرگ
	قسمت دوم: سایر وضعیت هایی که در وقوع مرگ مؤثر بوده اند اما منتج به علل اشاره شده در قسمت اول نشده اند. ه) کووید-۱۹ و)



قسمت سوم: فاصله زمانی شروع تا وقوع مرگ ۱ روز ۵ روز مرگ ناشی از کووید-۱۹ نمی باشد	علل فوت قسمت اول زنجیره ی وقایع، بیماری ها، صدمات یا وضعیتی که به طور مستقیم سبب مرگ شده اند. الف) آخرین بیماری یا وضعیتی که منجر به فوت شده است. نارسایی قلبی ب) بیماری یا وضعیتی که منجر به قسمت الف شده است. انفارکتوس میوکارد علت زمینه ای مرگ ج) بیماری یا وضعیتی که منجر به قسمت ب شده است. د) بیماری یا وضعیتی که منجر به قسمت ج شده است.
.....	قسمت دوم: سایر وضعیت هایی که در وقوع مرگ مؤثر بوده اند اما منتج به علل اشاره شده در قسمت اول نشده اند. ه) کووید-۱۹ و)



کنند. این مرگ‌ها بعلت کووید - ۱۹ نیستند و نباید در گواهی فوت، مرگ ناشی از کووید - ۱۹ ثبت شود.

دستور عمل کد گذاری موارد مرگ و میر کووید-۱۹

این مستند اطلاعاتی در مورد کدگذاری کووید ۱۹ در دسترس قرار می دهد و شامل اصول طبقه بندی مرگ و میر (کد گذاری) برای جداول آماری در زمینه کووید ۱۹ است. همچنین منبعی برای ارجاع به تعاریف سازمان جهانی بهداشت برای سیستم مراقبت می باشد.

کدهای جدید برای کووید-۱۹ :

• U07.1 کووید-۱۹ ، ویروس شناسایی شده است.
<https://icd.who.int/browse10/2019/en#/U07.1>

• U07.2 کووید-۱۹، ویروس شناسایی نشده است.
 • کووید-۱۹ از لحاظ اپیدمیولوژیک و بالینی تشخیص داده شده است.

• کووید - ۱۹ محتمل.

• کووید - ۱۹ مشکوک.

<https://icd.who.int/browse10/2019/en#/U07.2>

جزئیات به روزرسانی ICD ۱۰- به صورت آنلاین در آدرس ذیل در دسترس می باشد:
<https://www.who.int/classifications/icd/icd10updates/en>

الف - کد گذاری علت مرگ ناشی از کووید ۱۹ در ICD10

گواهی کنندگان فوت (پزشکان) طیفی از واژه ها را برای توصیف کووید ۱۹ بعنوان علت مرگ استفاده می کنند، یک نمونه در پیوست همین مستند وجود دارد. گرچه هر دو کد U07.1 (کووید - ۱۹ ، ویروس شناسایی شده است) و U07.2 (کووید - ۱۹، ویروس شناسایی نشده است) برای کدگذاری علت مرگ ناشی از کووید ۱۹ مناسب هستند مشخص شده است که در بسیاری از کشورها جزئیات تایید آزمایشگاهی کووید ۱۹ در گواهی فوت گزارش نمی شود. در غیاب این جزئیات، توصیه می شود تنها برای مقاصد مرگ و میر، بطور موقت کد U07.1 به کووید ۱۹ داده شود مگر عبارت محتمل یا مشکوک در گواهی فوت ذکر شده باشد.



۱۱۷۵۱-۷۶۰



معاونت بهداشت

مرکز مدیریت شبکه

گروه فناوری و مدیریت اطلاعات و دیتا خانه تحقیقات کاربردی

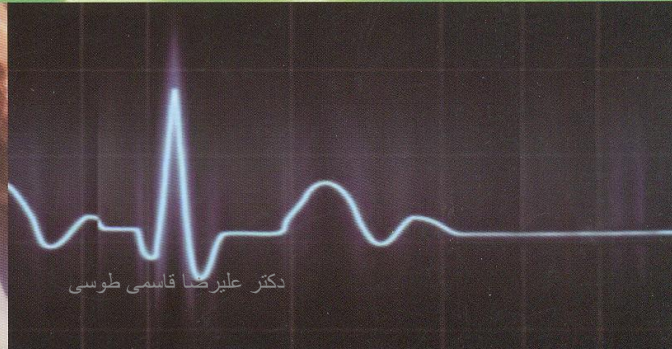
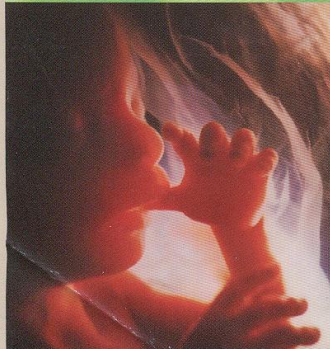


جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی

دفترچه کوایی فوت

(زیر هفت روز و مرده زایی)

Death Registration System
D.R.S.



دکتر علیرضا قاسمی طوسی



گواهی فوت دوره حول تولد

دوره حول تولد، عبارتست از فاصله زمانی ۱۵۴ روزگی جنین (۲۲ هفتگی حاملگی، وزن ۵۰۰ گرم) تا ۷ روز بعد از تولد.



تفاوت‌های اجزاء گواهی فوت زیر هفت روز

- مشخصات نوزاد (چند قلویی ، وزن تولد ،
دقت بیشتر در زمان تولد و فوت ، مرده زایی)
- مشخصات مادر
- عامل زایمان
- علت فوت (عوامل نوزادی ، مادری و شرایط
دیگر)



شماره

شماره سریال:

نام پدر: نام خانوادگی پدر: نام مادر: نام خانوادگی مادر:

شماره ملی مادر: شماره شناسنامه مادر: محل صدور شناسنامه:

جنس متوفی: پسر ☐ دختر ☐ نامشخص ☐

تاریخ تولد نوزاد: در دقیقه ساعت تاریخ روز ماه سال
تاریخ فوت نوزاد: در دقیقه ساعت تاریخ روز ماه سال

سازمان ثبت احوال کشور

جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

گواهی پزشکی فوت، برای موارد مرده زایی و مرگ نوزاد تا ۷ روز بعد از تولد

شماره سریال:

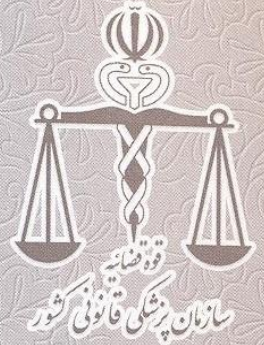
شماره ثبت در سامانه:

مشخصات نوزاد/جنین

- ۱- نام نوزاد:
- ۲- نام خانوادگی نوزاد:
- ۳- این نوزاد زنده متولد شده در: دقیقه ساعت در تاریخ روز ماه سال تاریخ به حروف
- و فوت شده در: دقیقه ساعت در تاریخ روز ماه سال تاریخ به حروف
- ۴- این نوزاد مرده به دنیا آمده در: دقیقه ساعت در تاریخ روز ماه سال تاریخ به حروف
- ۵- وزن تولد گرم جنس: پسر ☐ دختر ☐ قابل تشخیص نمی باشد ☐
- ۷- تعداد قل ها: ☐ ۸- مرتبه قل ها: ☐
- ۹- عامل زایمان: متخصص زنان و زایمان ☐ پزشک عمومی ☐ ماما روستا/بهورز ماما ☐ ماما محلی ☐ سایر (مشخص نمایید).....
- ۱۰- مکان زایمان: بیمارستان یا زایشگاه ☐ واحد تسهیلات زایمانی ☐ منزل ☐ در مسیر انتقال ☐ سایر (مشخص کنید).....

اطلاعات مادر نوزاد/جنین

- ۱۱- نام: ۱۲- نام خانوادگی: ۱۳- ملیت: ایرانی ☐ غیر ایرانی ☐ شماره پروانه اقامت اتباع غیر ایرانی نامشخص ☐
- ۱۴- شماره ملی: ۱۵- شماره شناسنامه: ۱۶- محل صدور شناسنامه:
- ۱۷- تاریخ تولد: روز ماه سال یا اگر نمیداند سن (به سال)
۱۸- سطح سواد: بی سواد ☐ ابتدایی/انحصت ☐ راهنمایی ☐ دبیرستان ☐ موسسه دانشگاهی ☐ دکترای تخصصی و فوق دکترای ☐ سایر ☐
- ۱۹- شماره ملی:



اداره کل پزشکی قانونی استان فارس

اداره پزشکی قانونی شهرستان

«جواز دفن»

شماره:

تاریخ صدور:

هویت: ☐ شناس ☐ ناشناس جنس: ☐ مذکر ☐ مؤنث ☐ نامعلوم تابعیت غیر ایرانی ☐		شماره گذرنامه: نام کشور متبوع:	
نام خانوادگی: نام: نام پدر:		نام و نام خانوادگی مادر: (برای جنین و نوزاد فائده شناسنامه)	
شماره ملی: شماره شناسنامه: شماره سریال شناسنامه:		تاریخ فوت:	
محل تولد: شهرستان: شهر: بخش: روستا:		تاریخ تولد: سن:	
الف- (آخرین بیماری یا وضعیتی که منجر به فوت شده است) ب- (بیماری یا وضعیتی که منجر به قسمت الف شده است) ج- (بیماری یا وضعیتی که منجر به قسمت ب شده است) د- (بیماری یا وضعیتی که منجر به قسمت ج شده است)			
«دفن متوفی بلامانع است» نام و نام خانوادگی پزشک قانونی: شماره نظام پزشکی: امضاء: مهر اداره پزشکی قانونی:			
نشانی محل سکونت دائمی متوفی: کشور: استان: شهرستان: بخش: شهر/روستا: خیابان: کوچه: پلاک: کدپستی:			
محل فوت بنا به اظهار بستگان: کشور: استان: شهرستان: بخش: شهر/روستا: دکتر علیرضا قاسمی طوسی			



آشنایی با دادپزشک

- علیرغم آنکه اصولاً قطعی ترین و نهایی ترین روش تعیین علت فوت اتوپسی است که مسلماً بایستی با استفاده از مراحل قبل و بعد از آن شامل اخذ شرح حال ، معاینات ظاهری ، بررسی مدارک بالینی و در صورت لزوم نمونه برداری باشد ، لیکن به دلیل پرهزینه بودن این روش در هیچ کشوری تمام اجساد اتوپسی نمیشوند و فقط در موارد ضروری اتوپسی امکانپذیر است.
- اتوپسی به دلایل فرهنگی نیز در کشور ما چندان با استقبال روبرو نیست.



- در غالب موارد انجام اتوپسی فقط با ارجاع اجساد به پزشکی قانونی میسر است.
- تعیین علت فوت در بسیاری موارد امری تخصصی است و عدم تعیین علمی علل فوت منجر به عدم بهره وری آماری و اپیدمیولوژیک شده و به قسمی هدر رفت منابع و هزینه ها تلقی میگردد.
- موارد ضروری ارجاع اجساد به پزشکی قانونی همیشه به سهولت قابل تفکیک از مرگهای عادی نیستند.
- مسایل حقوقی مترتب بر صدور جواز دفن در بسیاری موارد گریبان گیر پزشکان صادرکننده جواز دفن هستند.



- احتمال شکایت در آینده همیشه مطرح است و قابل پیشگیری نیست و حق شکایت خصوصا در موارد فوت قابل سلب شدن نیست.
- ارجاع بی دلیل و خارج از موارد نیاز قطعی اجساد به پزشکی قانونی سبب افزایش پرونده های قضایی میگردد.
- از طرفی کم ارجاعی اجساد به پزشکی قانونی به دلایل حقوقی و قضایی منجر به محکوم شدن پزشکان معالج و یا عدم احقاق حق متوفی و خانواده وی میگردد.
- پزشکان معالج به دلیل عدم اشراف به مسایل حقوقی غالبا تمایلی به صدور جواز دفن ندارند.



- برای جلوگیری از عواقب حقوقی برای پزشکان معالج و احقاق حق متوفیات و پزشکان معالج ایشان و همزمانی این امر با عدم تحمیل بار اضافی بر سازمان پزشکی قانونی از سال ۱۳۹۳ طی توافقنامه ای بین وزارت بهداشت و سازمان پزشکی قانونی **طرح دادپزشک** آغاز به کار کرد.
- در این طرح کلیه جواز دفن های موارد قطعی مرگهای طبیعی و غیر مشکوک با علت فوت مشخص توسط پزشک معالج صادر میشود.
- موارد مشخص و ضروری و مشخص نیاز به ارجاع به پزشکی قانونی نیز با معرفی به مراجع قضایی - انتظامی به پزشکی قانونی ارجاع میشود.



- و موارد مشکوک و شبهه دار به دادپزشکان که عموماً پزشکان قانونی با تجربه و مسلط به مسائل حقوقی هستند معرفی میشوند که مورد بازنگری نهایی قرار گرفته و در صورت بلامانع بودن جواز دفن صادر خواهد شد و در صورت ضرورت به تالار تشریح پزشکی قانونی راهنمایی خواهند شد.
- دادپزشکان زیر نظر مرکز تحقیقات پزشکی قانونی فعالیت میکنند.



با تشکر از توجه شما

