بسمه تعالی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

معاونت درمان و مدیریت آمار و فناوری اطلاعات دانشگاه

فرم گزارش مرگ و میر

بیمارستان	شهرستان **تهران**	ماه	سال ۱۴۰۰

ردیف	شماره پرونده	نام	نام خانوادگی	ملیت	جنسیت	سن (روز)	سن (هفته)	سن (ماه)	سن (سال)	فوتی	تاریخ پذیرش (روز)	تاریخ پذیرش (ماه)	تاریخ پذیرش (سال)	تاریخ فوت (روز)	تاریخ فوت (ماه)	تاریخ فوت (سال)	بخش محل بستری
۱																	
۲																	
۳																	
۴																	
۵																	
۶																	
۷																	
۸																	
۹																	
۱۰																	
۱۱																	
۱۲																	
۱۳																	
۱۴																	
۱۵																	
۱۶																	
۱۷																	

تعداد فوتی بدو ورود به اورژانس۱	۰
تعداد فوتی بدو ورود به اورژانس۲	۰
تعداد فوتی ۱۲ ساعت اول اورژانس۱	۰
تعداد فوتی بعد از ۱۲ ساعت اورژانس۱	۰
تعداد فوتی ۱۲ ساعت اول اورژانس۲	۰
تعداد فوتی بعد از ۱۲ ساعت اورژانس۲	۰

تعداد فوتی قبل از ۲۴ ساعت بخش	۰
تعداد فوتی بعد از ۲۴ ساعت بخش	۰

تعداد فوتی اتاق عمل جنرال	۰

تعداد فوتی اتاق زایمان	IUFD	۰
	نوزاد	۰
	مادر	۰
تعداد CPR ناموفق در درمانگاه اورژانس/تخصصی/ پاراکلینیک ها		۰
تعداد CPR ناموفق در بخش‌های بستری		۰
تعداد مرگ مغزی		۰

بخش محل فوت	علت زمینه‌ای منجر به مرگ	آیا برای بیمار CPR انجام شده است؟	نام پزشک معالج	نام‌خانوادگی پزشک معالج	سال	ماه	نام بیمارستان	وضعیت
								اطلاعات کامل وارد نشده است
								اطلاعات کامل وارد نشده است
								اطلاعات کامل وارد نشده است
								اطلاعات کامل وارد نشده است
								اطلاعات کامل وارد نشده است
								اطلاعات کامل وارد نشده است
								اطلاعات کامل وارد نشده است
								اطلاعات کامل وارد نشده است
								اطلاعات کامل وارد نشده است
								اطلاعات کامل وارد نشده است
								اطلاعات کامل وارد نشده است
								اطلاعات کامل وارد نشده است
								اطلاعات کامل وارد نشده است
								اطلاعات کامل وارد نشده است
								اطلاعات کامل وارد نشده است
								اطلاعات کامل وارد نشده است
								اطلاعات کامل وارد نشده است