



গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার
স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রণালয়
মাতৃমৃত্যু, নবজাতকের মৃত্যু ও মৃতজন্ম অবহিতকরণ স্লিপ

হাসপাতালে প্রযোজ্য

তারিখ :

দিন		মাস		বছর	
-----	--	-----	--	-----	--

ক্রমিক নং :

হাসপাতাল রেজিস্ট্রেশন নং :..... ওয়ার্ড নং :..... বিছানা নং :.....

মৃত্যুর ধরন : মাতৃ মৃত্যু মৃতজন্ম নবজাতকের মৃত্যু অন্যান্য

লিঙ্গ : ছেলে মেয়ে

মায়ের নাম : মায়ের বয়স :

--	--

 বছর পিতা/স্বামীর নাম :

পাড়া :..... গ্রাম :..... ইউনিয়ন :..... উপজেলা : জেলা :

মৃতের পরিবারের মোবাইল নং (যদি থাকে):

হাসপাতাল / স্বাস্থ্যকেন্দ্রের নাম :

হাসপাতালে / স্বাস্থ্যকেন্দ্রে ভর্তির তারিখ :

দিন		মাস		বছর	
-----	--	-----	--	-----	--

ভর্তির সময় (২৪ ঘন্টায়) :

ঘন্টা		মিনিট	
-------	--	-------	--

ভর্তির সময় রোগ নির্ণয় :

মৃত্যুর / মৃত-জন্মের তারিখ :

দিন		মাস		বছর	
-----	--	-----	--	-----	--

মৃত্যুর সময় (২৪ ঘন্টায়) :

ঘন্টা		মিনিট	
-------	--	-------	--

মৃত্যুর কারণ :

তথ্য গ্রহণকারীর নাম: পদবী : মোবাইল নং :.....

তথ্য গ্রহণকারীর স্বাক্ষর



গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার
স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রণালয়
মাতৃমৃত্যু, নবজাতকের মৃত্যু ও মৃতজন্ম অবহিতকরণ স্লিপ

কমিউনিটিতে প্রযোজ্য

ক্রমিক নং :

তারিখ : দিন [] মাস [] বছর []

মৃত্যুর ধরন : মাতৃ মৃত্যু মৃতজন্ম নবজাতকের মৃত্যু অন্যান্য

লিঙ্গ : ছেলে মেয়ে

অনলাইনে (ডিএইচআইএস -২)-তে রেজিস্ট্রেশন করা হয়েছে হ্যাঁ না

মৃতজন্ম/ মৃত নবজাতকের জন্মকালীনওজন.....গ্রাম

মায়ের নাম : মায়ের বয়স [] বছর পিতা/স্বামীর নাম :

পাড়া : গ্রাম : ইউনিয়ন : উপজেলা : জেলা :

মৃতের পরিবারের মোবাইল নং (যদি থাকে) :

মৃত্যুর/মৃত-জন্মের তারিখ : দিন [] মাস [] বছর []

মৃত্যুর সময় (২৪ ঘন্টায়) : ঘন্টা [] মিনিট []

প্রসবের তারিখ : দিন [] মাস [] বছর []

প্রসবের সময় (২৪ ঘন্টায়) : ঘন্টা [] মিনিট []

মৃত্যুর স্থান : নিজ বাড়ীতে পথে সরকারী স্বাস্থ্যকেন্দ্রে / হাসপাতালে প্রাইভেট বা এনজিও ক্লিনিকে/হাসপাতালে

অন্যান্য (উল্লেখ করুন).....

প্রসবের স্থান : বাড়ি কমিউনিটি ক্লিনিক ইউনিয়ন স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ কেন্দ্র উপজেলা স্বাস্থ্য কমপ্লেক্স মাতৃমঙ্গল কেন্দ্র জেলা হাসপাতালে মেডিকেল কলেজ হাসপাতালে

প্রাইভেট ক্লিনিক এনজিও হাসপাতাল চেম্বার/ স্বাস্থ্য প্রদানকারীর বাড়ি প্রসব হয় নাই অন্যান্য (উল্লেখ করুন).....

কে প্রসব করিয়েছেন : ডাক্তার (MBBS) নার্স পরিবার কল্যাণ পরিদর্শিকা (FWV) সিএসবিএ (CSBA) এমএ/ সাকমো (MA/ SACMO) স্বাস্থ্য সহকারী/পরিবার কল্যাণ সহকারী

(HA/FWA) পল্লী চিকিৎসক দাই পল্লী চিকিৎসক এনজিও কর্মী অন্যান্য (উল্লেখ করুন)

তথ্য গ্রহণকারীর নাম : পদবী : মোবাইল নং :

তথ্য গ্রহণকারীর স্বাক্ষর