



ΟΝΟΜΑ (όπως σε επίσημα έγγραφα)		ΕΠΩΝΥΜΟ (όπως σε επίσημα έγγραφα)	
Αρ. Δ. Ταυτότητας/ΑΕΑ/Διαβατηρίου:		Χώρα γέννησης:	Υπηκοότητα:
Ημερ. γέννησης:	Φύλο: <input type="checkbox"/> Άρρεν <input type="checkbox"/> Θήλυ <input type="checkbox"/> Άγνωστο	Ηλικία (έτη):	Για περιγεννητικούς θανάτους βλέψτε πιο κάτω
ΜΟΝΙΜΗ ΔΙΑΜΟΝΗ ¹	Χώρα:	Επαρχία:	
Διέμενε σε ίδρυμα; ² <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	Αν ναι, ονομασία ιδρύματος:		
Δήμος/Κοινότητα:	Ενορία:		
Οδός και Αρ.:	Ταχ. Κώδ.:		

¹ Αν ο αποβιώσας διέμενε μόνιμα ή είχε πρόθεση να διαμένει, για τουλάχιστο 12 μήνες στην Κύπρο, θεωρείται ότι ήταν μόνιμος κάτοικος Κύπρου.
² Αν ο αποβιώσας διέμενε μόνιμα ή είχε πρόθεση να διαμένει, για τουλάχιστο 12 μήνες, σε ίδρυμα μόνιμης διαμονής, το ίδρυμα θεωρείται ως η μόνιμή του διαμονή.

ΓΙΑ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥΣ ΘΑΝΑΤΟΥΣ (ΝΕΟΓΝΙΚΟΥΣ ΘΑΝΑΤΟΥΣ από 0 - 27 συμπληρωμένες ημέρες ζωής ή ΘΝΗΣΙΓΟΝΙΕΣ με βάρος γέννησης τουλάχιστον 500g ή, όταν το κριτήριο του βάρους γέννησης δεν εφαρμόζεται, ηλικία κύησης τουλάχιστον 22 συμπληρωμένες εβδομάδες, ή όταν κανένα από τα δύο κριτήρια δεν εφαρμόζεται, μήκος σώματος από την κορυφή της κεφαλής έως την πτέρνα τουλάχιστον 25 cm. Οι θνησιγονίες εγγράφονται για σκοπούς στατιστικών υγείας αλλά δεν επηρεάζουν τις ισχύουσες πρακτικές αναφορικά με τη Ληξιαρχική καταχώρηση γεννήσεων.

Το όνομα και τα άλλα δημογραφικά στοιχεία της μητέρας να δηλώνονται πιο πάνω. Πρόκειται για: Νεογνικό θάνατο Θνησιγονία

Ημερ. γέννησης:	Ωρα γέννησης: :	Φύλο: <input type="checkbox"/> Άρρεν <input type="checkbox"/> Θήλυ <input type="checkbox"/> Άγνωστο	Αριθμός εμβρύων:	Σειρά γέννησης:
Βάρος γέννησης (g):	Διάρκεια κύησης (συμπληρ. εβδομάδες)	Μήκος σώματος (cm):	Αριθμός προηγ. τοκετών:	ζώντα: θνησιγενή:

Καταστάσεις της μητέρας που επηρέασαν το έμβryo ή βρέφος

Μέρος I: ΑΙΤΙΕΣ ΘΑΝΑΤΟΥ

ΔΗΛΩΣΤΕ την ΑΚΟΛΟΥΘΙΑ των σημαντικών νοσηρών καταστάσεων, τραυμάτων ή επιπλοκών που προκάλεσαν το θάνατο, σύμφωνα με την επαγγελματική σας ΓΝΩΜΗ. ΜΗΝ ΔΗΛΩΝΕΤΕ τους τελικούς μηχανισμούς θανάτου όπως, "καρδιακή ανακοπή", "αναπνευστική ανακοπή", "κοιλιακή μαρμαρυγή". Δεν είναι χρήσιμες πληροφορίες. ΜΗΝ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙΤΕ ακρωνύμια ή συντομογραφίες. Γράψτε ΕΥΑΝΑΓΝΩΣΤΑ, με ΜΕΛΑΝΙ. Κατά προτίμηση, δηλώνετε ΜΟΝΟ ΜΙΑ αιτία στην κάθε γραμμή. Η ΓΡΑΜΜΗ (α) πρέπει ΠΑΝΤΟΤΕ ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ. Συμπληρώστε τις άλλες γραμμές με τις προηγηθείσες αιτίες, αν αυτές υπήρξαν. Σε περίπτωση ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ, δηλώστε τις εμβρυϊκές, νεογνικές και μητρικές καταστάσεις που προκάλεσαν ή συνέτειναν στο θάνατο.

Υποχρεωτικά, δηλώστε την ΤΕΛΙΚΗ (άμεση) αιτία στη γραμμή (α)	(α)	Κατά προσέγγιση ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ, από την έναρξη της αιτίας μέχρι το θάνατο (π.χ. "10 ΧΡΟΝΙΑ", "2 ΜΗΝΕΣ", "3 ΩΡΕΣ". "ΜΕΡΙΚΑ ΛΕΠΤΑ").
ΠΡΟΗΓΗΘΕΙΣ ΑΙΤΙΕΣ: Εάν ισχύει, δηλώστε την ΑΚΟΛΟΥΘΙΑ των γεγονότων, που διαδοχικά, προκάλεσαν την πιο πάνω τελική αιτία. Η ΑΡΧΙΚΗ ΠΡΟΗΓΗΘΕΙΣΑ ΑΙΤΙΑ να δηλώνεται στην τελευταία συμπληρωμένη γραμμή του Μέρους I. (ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΟ να συμπληρώνονται όλες οι γραμμές).	που προκλήθηκε από (β) που προκλήθηκε από (γ) που προκλήθηκε από (δ)	

Μέρος II: Δηλώστε με φθίνουσα σειρά βαρύτητας άλλες σημαντικές καταστάσεις, που συνέτειναν στο θάνατο, αλλά δεν ήταν μέρος της ακολουθίας, που δηλώθηκε στο Μέρος I.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΘΑΝΑΤΟΥ: (Πραγματική ή υπολογιζόμενη)	ΩΡΑ ΘΑΝΑΤΟΥ: (Πραγματική ή υπολογιζόμενη) :	Έγινε εγχείρηση εντός των προηγούμενων 4 εβδομάδων; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Άγνωστο
Ημερομηνία εγχείρησης: (εάν εντός 4 εβδομάδων)	Λόγος εγχείρησης: (εάν εντός 4 εβδομάδων)	
ΖΗΤΗΘΗΚΕ ΝΕΚΡΟΤΟΜΗ; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Άγνωστο	Για τον καθορισμό των αιτιών θανάτου, λήφθηκαν υπόψη τα ευρήματα νεκροτομής; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Δεν έγινε	
ΤΡΟΠΟΣ ΘΑΝΑΤΟΥ <input type="checkbox"/> Φυσικός <input type="checkbox"/> Ανεξιχνίαστος παρά την έρευνα <input type="checkbox"/> Ασθένεια <input type="checkbox"/> Εφαρμογή νόμου και τάξης <input type="checkbox"/> Ατύχημα <input type="checkbox"/> Πόλεμος <input type="checkbox"/> Αυτοκτονία <input type="checkbox"/> Υπό διερεύνηση <input type="checkbox"/> Ανθρωποκτονία <input type="checkbox"/> Άλλος, καθορίστε:	ΤΟΠΟΣ ΘΑΝΑΤΟΥ <input type="checkbox"/> Κατοικία <input type="checkbox"/> Κρατικό νοσηλευτήριο <input type="checkbox"/> Ίδρυμα μόνιμης διαμονής <input type="checkbox"/> Ιδιωτικό νοσηλευτήριο <input type="checkbox"/> Άλλο, καθορίστε: Δήμος/Χωριό/Επαρχία:	ΓΙΑ ΓΥΝΑΙΚΕΣ: Η αποβιώσασα ήταν <input type="checkbox"/> Έγκυος κατά την ώρα του θανάτου <input type="checkbox"/> Άγνωστο <input type="checkbox"/> Έγκυος εντός 42 ημερών πριν το θάνατο <input type="checkbox"/> Έγκυος μεταξύ 43 ημερών και 1 έτους πριν το θάνατο. Η εγκυμοσύνη συνέτεινε στο θάνατο; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Άγνωστο

ΓΙΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΕΣ ΑΙΤΙΕΣ (τραυματισμούς και δηλητηριάσεις)

Ημερ. τραυματισμού ή δηλητηρίασης:	Ωρα τραυματισμού ή δηλητηρίασης :	Τραυματισμός σε ώρα εργασίας; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι
Πώς συνέβη ο τραυματισμός ή δηλητηρίαση; (σύντομη περιγραφή, π.χ. επέβαινε αυτοκινήτου που συγκρούστηκε με φορτηγό, γλίστρησε και έπεσε από σκάλα κατοικίας, εκούσια λήψη φυτοφαρμάκου κτλ.)		
Τόπος ή χώρος τραυματισμού: <input type="checkbox"/> Κατοικία <input type="checkbox"/> Βιομηχανικός / Οικοδομικός <input type="checkbox"/> Ίδρυμα μόνιμης διαμονής <input type="checkbox"/> Γεωργικός / Κτηνοτροφικός <input type="checkbox"/> Σχολείο / Άλλο ίδρυμα / Δημόσιας διοίκησης <input type="checkbox"/> Αθλητικός <input type="checkbox"/> Δρόμος / Αυτοκινητόδρομος <input type="checkbox"/> Άλλος χώρος <input type="checkbox"/> Εμπορικός / Παροχής υπηρεσιών <input type="checkbox"/> Ακαθόριστος	Ενασχόληση κατά την ώρα του τραυματισμού: <input type="checkbox"/> Άθληση <input type="checkbox"/> Άλλη <input type="checkbox"/> Αναψυχή <input type="checkbox"/> Ακαθόριστη <input type="checkbox"/> Εργασία για εισόδημα <input type="checkbox"/> Άλλη εργασία <input type="checkbox"/> Ανάπαυση, ύπνος, φαγητό ή άλλη ζωτική ενασχ.	Ρόλος θανόντος, σε μεταφορικό ατύχημα: <input type="checkbox"/> Οδηγός/ Χειριστής <input type="checkbox"/> Επιβάτης <input type="checkbox"/> Πεζός <input type="checkbox"/> Άλλο (καθορίστε):

Μεταφορικό ατύχημα είναι ατύχημα στο οποίο εμπλέκεται μέσο που σχεδιάστηκε, ή ήταν σε χρήση, κατά την ώρα του ατυχήματος, κυρίως για μεταφορά προσώπων ή εμπορευμάτων από ένα μέρος σε άλλο.

Ως ιατρός, εγγεγραμμένος στο Μητρώο Ιατρών Κύπρου, πιστοποιώ ότι έχω επαγγελματική γνώση του ιατρικού ιστορικού και των συνθηκών θανάτου του πιο πάνω αποβιώσαντος προσώπου και, απ' ό,τι καλύτερα γνωρίζω και πιστεύω, οι λεπτομέρειες και αιτίες θανάτου, όπως τις έχω δηλώσει πιο πάνω, είναι αληθινές.

Όνοματεπώνυμο Ιατρού / Ιατροδικαστή:	Σφραγίδα	Τηλέφωνο
Διεύθυνση εργασίας:		Εργασίας:
Αρ. Μητρώου Ιατρών:	Υπογραφή:	Κινητό:
		Ημερομηνία: