T.C.SAĞLIK BAKANLIĞI
ANNE ÖLÜMÜ İL BİLDİRİM FORMU

İl :
Ay:
Yıl: Kuruluş Adı:

1.

İle Bağlı Yerleşim Yeri Sayısı:	
Veri Bildirimini Yapan Yerleşim Yeri Sayısı:	
12-50 Yaş Grubu Kadın Ölümlerinin Toplam Sayısı:	
12-50 Yaş Grubu Anne Ölümü Sayısı:	

2.

12-50 Yaş Ölen Annenin Adı/Soyadı *Kodu	İkamet Ettiği İl *Kodu	İkamet Ettiği İlçe *Kodu	İkamet Ettiği Köy/Mahalle *Kodu	Sokak Adı / Ev No	Annenin Doğum Tarihi	Ölüm Tarihi	Ölümün Gerçekleştiği Yer	Ölüm Nedeni (ICD-10 Sınıflamasına göre)	**Bildirimi Yapan Kuruluş

1.İl Sağlık Müdürlükleri tarafından doldurulacaktır.
*İl Sağlık Müdürlükleri bu alanları kod numarası kullanarak dolduracaktır.
**İl sağlık Müdürlükleri tarafından doldurulacaktır.

.....
Veri Sistemi Sorumlusu