

## AÇIKLAMALAR

### Ölüm belgesinin doğru bir şekilde doldurulmasına ilişkin açıklamalar:

İl, ilçe, belde/köy ve kurumlarda bulunan kutucuklar doldurulmayacaktır.

#### Kısım A

Bu bölüm ölen kişinin nüfus cüzdanı kullanılarak doldurulmalıdır.

Eğer ölen kişinin nüfus cüzdanı mevcut değilse, \* işareti olan satırları doldurmayınız.

Eğitim durumu için ölen kişinin en son tamamlamış olduğu eğitim düzeyi girilmelidir.

Öğrenim durumu, meslek ve daimi ikametgahda bulunan kutucuklar doldurulmayacaktır.

#### Kısım B

Ölümün saati ve tarihi mutlaka doldurulmalıdır. Saat doldurulurken, örn. sabah yedi için "07", akşam yedi için ise "19" girilecektir.

#### Kısım C

"Araştırma aşamasında" kutucuğu, sadece otopsi sürecinde olup bilinmeyen nedenler için işaretlenmelidir.

#### Kısım E

**Otopsi:** Ölümden sonra, hastalıktan kaynaklanan değişimin özellik ve boyutunu ya da ölüm nedenini belirlemek amacıyla cesedin açılarak incelenmesidir.

Eğer ilk otopsi sonucunda ölüm nedeni belirlenememiş ve daha fazla inceleme yapılmasına karar verilmiş ise, Kısım H'ye "TETKİK" yazılmalıdır.

#### Kısım F

**Gebelik süresi:** Son normal menstrual dönemin ilk gününden itibaren ölçülür. Tamamlanan haftalarla ifade edilir.

**Bebek ölümü:** Canlı doğan bir yaştan altındaki çocuk ölümleridir.

**Ölü doğum:** 22 haftayı tamamlayan ve en az 500 g ağırlığında olan bir konsepsiyon ürününün annesinden tam ekspulsiyonundan ya da ekstraksiyonundan önce olan ölümdür; ölüm, böyle bir ayrılımdan sonra fetüsün nefes almaması ya da kalbinin atması, umbilikal kordonun atması veya isteğe bağlı kasların kesin hareketi gibi herhangi başka bir yaşam belirtisi göstermemesi gerçeğiyle belirtilir.

Doğum saati mutlaka doldurulmalıdır. Saat doldurulurken, örn. sabah yedi için "07", akşam yedi için ise "19" girilecektir.

#### Kısım G

Bu bölüm sadece kadınlar için doldurulacaktır. Anne Ölümlülüğü ise mutlaka dönemi belirtilmelidir.

#### Kısım H

Bölüm I

- OKUNAKLI BİR BİÇİMDE DOLDURULMALIDIR.
- KISALTMA KULLANILMAMALIDIR.
- SÜRELER MUTLAKA RAPORLANMALIDIR.

Bölüm I'deki tüm satırların doldurulması zorunlu değildir. Ölüme yol açan vakaların sırası, süresi az olandan çok olana doğru olmalıdır.

Bölüm I, ölüm nedenlerinin temel sırasını göstermelidir.

Son ölüm nedeni satır I(a)'ya yazılmalıdır ve bu ölüm nedeni, ölümden hemen önce gerçekleşen hastalık ya da komplikasyon olmalıdır.

Bölüm I'deki en alt satırda altta yatan ölüm nedeni raporlanmalıdır.

Sadece bir durum altta yatan ölüm nedeni olarak raporlanmalıdır.

Satır I(a): Kalp arresti ya da solunum durması gibi nedenler Satır I(a)'ya yazılmamalıdır.

Son hastalık ya da komplikasyon yazılmalıdır.

Satır I(b): Satır I(a)'ya neden olan hastalıklar yazılmalıdır.

Satır I(c): Satır I(b)'ye neden olan hastalıklar yazılmalıdır.

Satır I(d): Satır I(c)'ye neden olan hastalıklar yazılmalıdır.

Bölüm II

Bölüm II'ye ölümün gerçekleşmesinde etkisi olan, fakat ölüme neden olan hastalık veya durumla ilgili olmayan diğer önemli durumlar yazılmalıdır.

Örneğin;

Doğal ölüm için aşağıdaki ayrıntıda doldurulmalıdır.

	Ölüm Nedeni	Hastalığın başlangıcından ölüme kadar geçen yaklaşık süre
Satır I(a)	SEPSİS	1 gün
Satır I(b)	ÜRİNER ENFEKSİYON	5 gün
Satır I(c)	SEREBRO VASKÜLER OLAY	10 gün
Satır I(d)		
Satır II	DİABETES MELLİTUS	20 yıl

Doğal olmayan ölüm için aşağıdaki ayrıntıda doldurulmalıdır.

	Ölüm Nedeni	Hastalığın başlangıcından ölüme kadar geçen yaklaşık süre
Satır I(a)	AKUT LATEROBAZAL MYOKARDİYAL ENFARKTÜS	1 gün
Satır I(b)	KABURGA VE GÖĞÜS KAFESİNDE KIRIKLAR	8 gün
Satır I(c)	KARŞIDAN KARŞIYA GEÇERKEN KAZARA BİR ARACIN ÇARPTIĞI YAYA	8 gün
Satır I(d)		
Satır II	AKUT LATEROBAZAL MYOKARDİYAL ENFARKTÜS İNSÜLİNE BAĞIMLI OLMAYAN DİYABET	1 yıl 20 yıl

İl	.....	<input type="text"/>	Belde ya da köy	.....	<input type="text"/>
İlçe	.....	<input type="text"/>	Kurum adı	.....	<input type="text"/>

A ÖLEN KİŞİNİN BİLGİLERİ	
Kimlik numarası	<input type="text"/>
Uyruğu	<input type="checkbox"/> Kimlik numarası yok <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> Diğer .....
Adı ve soyadı	.....
Baba adı	.....
Doğum tarihi	Gün <input type="text"/> Ay <input type="text"/> Yıl <input type="text"/>
Nüfusa kayıtlı olduğu ilçe*	.....
Cilt no*	<input type="text"/>
Aile sıra no*	<input type="text"/>
Birey sıra no*	<input type="text"/>
Cinsiyet	<input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kadın
Öğrenim durumu (bitirilen)	.....
Meslek	.....
Daimi ikametgah	.....
İl	.....
İlçe	.....
Belde ya da köy	.....
Yurtdışı	<input type="text"/>

B	
Ölüm Saati	Gün <input type="text"/> Ay <input type="text"/> Yıl <input type="text"/>
Ölüm tarihi	<input type="text"/>
Ölüm yeri	<input type="checkbox"/> Ev <input type="checkbox"/> Hastane <input type="checkbox"/> İşyeri <input type="checkbox"/> Ambulans <input type="checkbox"/> Diğer taşıt <input type="checkbox"/> Diğer

Ölüm Belgesindeki, adı soyadı ve hüviyeti yazılı ölünün gömülmesine izin verilmiştir. Belge mevcut bilgiler ışığında doldurulmuştur. Doktor aynı zamanda F, G ve H kutularını doldurmakla sorumludur.

**BİLGİYİ VEREN**

Adı ve Soyadı :  
Telefon :  
Yakınlık derecesi:  
İmza :

**FORMU DOLDURAN HEKİM**

Adı ve Soyadı :  
Ünvanı:  
Tarih:  
İmza:  
Kaşe:

KURUM  
ONAYI

F	
Ölü doğum	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Bebek ölümü	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Doğum Saati	<input type="text"/>
} Bölüm G'ye geçiniz	
Annenin TC No	<input type="text"/>
Annenin yaşı	<input type="text"/>
Gebelik süresi	<input type="text"/>
Doğum sırası	<input type="text"/>
Doğum ağırlığı	<input type="text"/>

G	
Kadın ise,	<input type="checkbox"/> Ölüm hamileliği esnasında gerçekleşti <input type="checkbox"/> Ölüm doğum esnasında gerçekleşti <input type="checkbox"/> Ölüm doğumdan sonraki 42 gün içerisinde gerçekleşti
	<input type="checkbox"/> Ölüm doğumdan sonraki 43 gün ile 365 gün içerisinde gerçekleşti <input type="checkbox"/> Anne ölümü değil

H	
<b>Ölüm Nedeni</b>	
<b>Hastalığın başlangıcından ölüme kadar geçen yaklaşık süre</b>	
<b>Bölüm I</b>	
Doğrudan ölüme sebep olan hastalık veya durum*	a) ..... Bağlı olarak
Önceki nedenler	b) ..... Bağlı olarak
Eğer yukarıda verilen nedene yol açan ölüm ile sonuçlanan durumlar varsa, altta yatan durum en son belirtilecek	c) ..... Bağlı olarak
	d) .....

**Bölüm II**

Ölümün gerçekleşmesinde etkili olan, fakat ölüme neden olan hastalık veya durumla ilgili olmayan diğer önemli durumlar yazılacaktır.

\*Bu bölüme kalp arresti ve solunum yetmezliği gibi ölüm şekilleri değil, ölüme sebebiyet veren hastalık, yaralanma veya komplikasyon türü yazılacaktır.

İl	.....	<input type="text"/>	Belde ya da köy	.....	<input type="text"/>
İlçe	.....	<input type="text"/>	Kurum adı	.....	<input type="text"/>

A ÖLEN KİŞİNİN BİLGİLERİ	
Kimlik numarası	<input type="text"/>
Uyruğu	<input type="checkbox"/> Kimlik numarası yok <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> Diğer .....
Adı ve soyadı	.....
Baba adı	.....
Doğum tarihi	Gün <input type="text"/> Ay <input type="text"/> Yıl <input type="text"/>
Nüfusa kayıtlı olduğu ilçe*	.....
Cilt no*	<input type="text"/>
Aile sıra no*	<input type="text"/>
Birey sıra no*	<input type="text"/>
Cinsiyet	<input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kadın
Öğrenim durumu (bitirilen)	.....
Meslek	.....
Daimi ikametgah	.....
İl	.....
İlçe	.....
Belde ya da köy	.....
Yurtdışı	.....

B	
Ölüm Saati	Gün <input type="text"/> Ay <input type="text"/> Yıl <input type="text"/>
Ölüm tarihi	<input type="text"/>
Ölüm yeri	<input type="checkbox"/> Ev <input type="checkbox"/> Hastane <input type="checkbox"/> İşyeri <input type="checkbox"/> Ambulans <input type="checkbox"/> Diğer taşıt <input type="checkbox"/> Diğer

Ölüm Belgesindeki, adı soyadı ve hüviyeti yazılı ölünün gömülmesine izin verilmiştir. Belge mevcut bilgiler ışığında doldurulmuştur. Doktor aynı zamanda F, G ve H kutularını doldurmakla sorumludur.

**BİLGİYİ VEREN**

Adı ve Soyadı :  
Telefon :  
Yakınlık derecesi:  
İmza :

**FORMU DOLDURAN HEKİM**

Adı ve Soyadı :  
Ünvanı:  
Tarih:  
İmza:  
Kaşe:

KURUM  
ONAYI

F	
Ölü doğum	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Bebek ölümü	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Doğum Saati	<input type="text"/>
} Bölüm G'ye geçiniz	
Annenin TC No	<input type="text"/>
Annenin yaşı	<input type="text"/>
Gebelik süresi	<input type="text"/>
Doğum sırası	<input type="text"/>
Doğum ağırlığı	<input type="text"/>

G	
Kadın ise,	<input type="checkbox"/> Ölüm hamileliği esnasında gerçekleşti <input type="checkbox"/> Ölüm doğum esnasında gerçekleşti <input type="checkbox"/> Ölüm doğumdan sonraki 42 gün içerisinde gerçekleşti
	<input type="checkbox"/> Ölüm doğumdan sonraki 43 gün ile 365 gün içerisinde gerçekleşti <input type="checkbox"/> Anne ölümü değil

H	
<b>Ölüm Nedeni</b>	
<b>Hastalığın başlangıcından ölüme kadar geçen yaklaşık süre</b>	
<b>Bölüm I</b>	
Doğrudan ölüme sebep olan hastalık veya durum*	a) ..... Bağlı olarak
Önceki nedenler	b) ..... Bağlı olarak
Eğer yukarıda verilen nedene yol açan ölüm ile sonuçlanan durumlar varsa, altta yatan durum en son belirtilecek	c) ..... Bağlı olarak
	d) .....
<b>Bölüm II</b>	
Ölümün gerçekleşmesinde etkisi olan, fakat ölüme neden olan hastalık veya durumla ilgili olmayan diğer önemli durumlar yazılacaktır.	.....

\*Bu bölüme kalp arresti ve solunum yetmezliği gibi ölüm şekilleri değil, ölüme sebebiyet veren hastalık, yaralanma veya komplikasyon türü yazılacaktır.

İl	.....	<input type="text"/>	Belde ya da köy	.....	<input type="text"/>
İlçe	.....	<input type="text"/>	Kurum adı	.....	<input type="text"/>

A ÖLEN KİŞİNİN BİLGİLERİ	
Kimlik numarası	<input type="text"/>
Uyruğu	<input type="checkbox"/> Kimlik numarası yok <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> Diğer .....
Adı ve soyadı	.....
Baba adı	.....
Doğum tarihi	Gün <input type="text"/> Ay <input type="text"/> Yıl <input type="text"/>
Nüfusa kayıtlı olduğu ilçe*	.....
Cilt no*	<input type="text"/>
Aile sıra no*	<input type="text"/>
Birey sıra no*	<input type="text"/>
Cinsiyet	<input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kadın
Öğrenim durumu (bitirilen)	.....
Meslek	.....
Daimi ikametgah	.....
İl	.....
İlçe	.....
Belde ya da köy	.....
Yurtdışı	<input type="text"/>

B	
Ölüm Saati	Gün <input type="text"/> Ay <input type="text"/> Yıl <input type="text"/>
Ölüm tarihi	<input type="text"/>
Ölüm yeri	<input type="checkbox"/> Ev <input type="checkbox"/> Hastane <input type="checkbox"/> İşyeri <input type="checkbox"/> Ambulans <input type="checkbox"/> Diğer taşıt <input type="checkbox"/> Diğer

Ölüm Belgesindeki, adı soyadı ve hüviyeti yazılı ölünün gömülmesine izin verilmiştir. Belge mevcut bilgiler ışığında doldurulmuştur. Doktor aynı zamanda F, G ve H kutularını doldurmakla sorumludur.

**BİLGİYİ VEREN**

Adı ve Soyadı :  
Telefon :  
Yakınlık derecesi:  
İmza :

**FORMU DOLDURAN HEKİM**

Adı ve Soyadı :  
Ünvanı:  
Tarih:  
İmza:  
Kaşe:

KURUM  
ONAYI

F	
Ölü doğum	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Bebek ölümü	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Doğum Saati	<input type="text"/>
} Bölüm G'ye geçiniz	
Annenin TC No	<input type="text"/>
Annenin yaşı	<input type="text"/>
Gebelik süresi	<input type="text"/>
Doğum sırası	<input type="text"/>
Doğum ağırlığı	<input type="text"/>

G	
Kadın ise,	<input type="checkbox"/> Ölüm hamileliği esnasında gerçekleşti <input type="checkbox"/> Ölüm doğum esnasında gerçekleşti <input type="checkbox"/> Ölüm doğumdan sonraki 42 gün içerisinde gerçekleşti <input type="checkbox"/> Ölüm doğumdan sonraki 43 gün ile 365 gün içerisinde gerçekleşti <input type="checkbox"/> Anne ölümü değil

H	
<b>Ölüm Nedeni</b>	
<b>Hastalığın başlangıcından ölüme kadar geçen yaklaşık süre</b>	
<b>Bölüm I</b>	
Doğrudan ölüme sebep olan hastalık veya durum*	a) ..... Bağlı olarak
Önceki nedenler	b) ..... Bağlı olarak
Eğer yukarıda verilen nedene yol açan ölüm ile sonuçlanan durumlar varsa, altta yatan durum en son belirtilecek	c) ..... Bağlı olarak
	d) .....
<b>Bölüm II</b>	
Ölümün gerçekleşmesinde etkisi olan, fakat ölüme neden olan hastalık veya durumla ilgili olmayan diğer önemli durumlar yazılacaktır.	.....
	.....

\*Bu bölüme kalp arresti ve solunum yetmezliği gibi ölüm şekilleri değil, ölüme sebebiyet veren hastalık, yaralanma veya komplikasyon türü yazılacaktır.