



Soru 8'e  
geçiniz!

# ÖLÜM BELGESİ



Bu nüsha istatistik amaçlı kullanılacaktır.

S1

Form no: 000000001

İl	.....	.....	Belde ya da köy	.....	.....
İlçe	.....	.....	Kurum adı	.....	.....

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

<b>C Ölümün şekli</b>		
<input type="checkbox"/> Doğal ölüm	<input type="checkbox"/> Trafik kazası	<input type="checkbox"/> Diğer
<input type="checkbox"/> İntihar	<input type="checkbox"/> İş kazası	<input type="checkbox"/> Araştırma aşamasında
<input type="checkbox"/> Cinayet	<input type="checkbox"/> Diğer kazalar	<input type="checkbox"/> Bilinmeyen

<b>D Ölüm yaralanma sonucu mu gerçekleşti?</b>		
<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	→ <b>Bölüm E'ye geçiniz</b>
İş yerinde yaralanma	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Tarihi:	Gün Ay Yıl .....	
Yaralanmanın yeri:	<input type="checkbox"/> Evde <input type="checkbox"/> Spor alanı <input type="checkbox"/> Yatılı kuruluş <input type="checkbox"/> Caddede ve otoyol <input type="checkbox"/> Kırsal alan (Çiftlik) <input type="checkbox"/> Ticaret ve hizmet alanı <input type="checkbox"/> Sanayi ve inş. yeri <input type="checkbox"/> Okul, diğer kur. ve idari yer <input type="checkbox"/> Diğer (Açıklayınız) .....	

<b>E Otopsi yapıldı mı?</b>		
<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	→ <b>Bölüm F'ye geçiniz</b>
Aşağıda belirtilen ölüm nedeni, otopsi bulgularından mı elde edildi?		
<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	→ <b>Bölüm F'ye geçiniz</b>
Daha sonra daha fazla bilgi elde edilebilir mi?		
<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	

<b>B Ölüm tarihi</b>			
Ölüm Saati	Gün	Ay	Yıl
.....	.....	.....	.....
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

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

<b>G Kadın ise,</b>	<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	

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





Soru 8'e  
geçiniz!

# ÖLÜM BELGESİ



Bu nüsha defin ruhsatnamesi olarak kullanılacaktır.

S1

Form no: 000000001

İl	.....	.....	Belde ya da köy	.....	.....
İlçe	.....	.....	Kurum adı	.....	.....

<b>A ÖLEN KİŞİNİN BİLGİLERİ</b>	
Kimlik numarası	.....
Uyruğu	.....
Adı ve soyadı	.....
Baba adı	.....
Doğum tarihi	.....
Nüfusa kayıtlı olduğu ilçe*	.....
Cilt no*	.....
Aile sıra no*	.....
Birey sıra no*	.....
Cinsiyet	.....
Öğrenim durumu (bitirilen)	.....
Meslek	.....
Daimi ikametgah	.....
İl	.....
İlçe	.....
Belde ya da köy	.....
Yurtdışı	.....

<b>C Ölümün şekli</b>		
<input type="checkbox"/> Doğal ölüm	<input type="checkbox"/> Trafik kazası	<input type="checkbox"/> Diğer
<input type="checkbox"/> İntihar	<input type="checkbox"/> İş kazası	<input type="checkbox"/> Araştırma aşamasında
<input type="checkbox"/> Cinayet	<input type="checkbox"/> Diğer kazalar	<input type="checkbox"/> Bilinmeyen

<b>D Ölüm yaralanma sonucu mu gerçekleşti?</b>		
<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	→ <b>Bölüm E'ye geçiniz</b>
İş yerinde yaralanma	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
Tarihi:	.....	.....
Yaralanmanın yeri:	.....	
<input type="checkbox"/> Evde	<input type="checkbox"/> Spor alanı	
<input type="checkbox"/> Yatılı kuruluş	<input type="checkbox"/> Cadd ve otoyol	
<input type="checkbox"/> Kırsal alan (Çiftlik)	<input type="checkbox"/> Ticaret ve hizmet alanı	
<input type="checkbox"/> Sanayi ve inş. yeri	<input type="checkbox"/> Okul, diğer kur. ve idari yer	
<input type="checkbox"/> Diğer (Açıklayınız)	.....	

<b>E Otopsi yapıldı mı?</b>		
<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	→ <b>Bölüm F'ye geçiniz</b>
Aşağıda belirtilen ölüm nedeni, otopsi bulgularından mı elde edildi?		
<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	→ <b>Bölüm F'ye geçiniz</b>
Daha sonra daha fazla bilgi elde edilebilir mi?		
<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	

<b>B Ölüm tarihi</b>			
Ölüm Saati	Gün	Ay	Yıl
.....	.....	.....	.....
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

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

<b>G Kadın ise,</b>	<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	

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





Soru 8'e  
geçiniz!

# ÖLÜM BELGESİ



Bu nüsha formun doldurulduğu sağlık kurumunda muhafaza edilecektir.

S1

Form no: 000000001

İl	.....	.....	Belde ya da köy	.....	.....
İlçe	.....	.....	Kurum adı	.....	.....

<b>A ÖLEN KİŞİNİN BİLGİLERİ</b>	
Kimlik numarası	.....
Uyruğu	.....
Adı ve soyadı	.....
Baba adı	.....
Doğum tarihi	.....
Nüfusa kayıtlı olduğu ilçe*	.....
Cilt no*	.....
Aile sıra no*	.....
Birey sıra no*	.....
Cinsiyet	.....
Öğrenim durumu (bitirilen)	.....
Meslek	.....
Daimi ikametgah	.....
İl	.....
İlçe	.....
Belde ya da köy	.....
Yurtdışı	.....

<b>C Ölümün şekli</b>		
<input type="checkbox"/> Doğal ölüm	<input type="checkbox"/> Trafik kazası	<input type="checkbox"/> Diğer
<input type="checkbox"/> İntihar	<input type="checkbox"/> İş kazası	<input type="checkbox"/> Araştırma aşamasında
<input type="checkbox"/> Cinayet	<input type="checkbox"/> Diğer kazalar	<input type="checkbox"/> Bilinmeyen

<b>D Ölüm yaralanma sonucu mu gerçekleşti?</b>		
<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	→ <b>Bölüm E'ye geçiniz</b>
İş yerinde yaralanma	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
Tarihi:	.....	.....
Yaralanmanın yeri:	.....	
<input type="checkbox"/> Evde	<input type="checkbox"/> Spor alanı	
<input type="checkbox"/> Yatılı kuruluş	<input type="checkbox"/> Cadd ve otoyol	
<input type="checkbox"/> Kırsal alan (Çiftlik)	<input type="checkbox"/> Ticaret ve hizmet alanı	
<input type="checkbox"/> Sanayi ve inş. yeri	<input type="checkbox"/> Okul, diğer kur. ve idari yer	
<input type="checkbox"/> Diğer (Açıklayınız)	.....	

<b>E Otopsi yapıldı mı?</b>		
<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	→ <b>Bölüm F'ye geçiniz</b>
Aşağıda belirtilen ölüm nedeni, otopsi bulgularından mı elde edildi?		
<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	→ <b>Bölüm F'ye geçiniz</b>
Daha sonra daha fazla bilgi elde edilebilir mi?		
<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	

<b>B Ölüm Saati</b>			
Ölüm tarihi	.....	.....	.....
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

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

<b>G Kadın ise,</b>	<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	

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



## 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:** Ölümünden 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 ayrılmadan 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. Ölümüne 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)	Sepsis	1 gün
Satır I(b)	Üriner enfeksiyon	5 gün
Satır I(c)	Serebro vasküler olay	10 gün
Satır I(d)		
Satır II	Diabetes Mellitus	20 yıl

Doğal olmayan ölüm için aşağıdaki ayrıntıda doldurulmalıdır.

	Ölüm Nedeni	Hastalığın başlangıcından ölüme kadar geçen yaklaşık süre
Satır I(a)	Akut laterobazal miyokardiyal enfarktüs	1 gün
Satır I(b)	Kaburga ve göğüs kafesinde kırıklar	8 gün
Satır I(c)	Karşıdan karşıya geçerken kazara bir aracın çarptığı yaya	8 gün

Satır I(d)  
Satır II

Akut laterobazal myokardiyal enfarktüs  
İnsüline bağımlı olmayan diyabet

1 yıl  
20 yıl