



வரிசை எண்.

வாலாஜாபேட்டை நகராட்சி

படிவம் விலை ரூ.5.00

**இறப்புச் சான்று கோரும் விண்ணப்பம்**

217  
அனுப்புநர் :

திரு/திருமதி. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

கோட்டு  
ஸ்டாம்ப்  
ஒட்டப்பட  
வேண்டும்

பெறுநர் :

ஆணையாளர் அவர்கள்,  
வாலாஜாபேட்டை நகராட்சி - வேலூர் மாவட்டம்.

அய்யா,

**பொருள் : இறப்புச் சான்று கோருதல் - தொடர்பான விண்ணப்பம்**

கீழ் கண்ட விவரப்படி இறப்புச் சான்றிதழ் ..... நகல்கல் வழங்கிடுமாறு கேட்டுக் கொள்கிறேன்.

1	இறந்தவர் பெயர் (ஆதார் எண் இருப்பின்)	
2	இறந்தவர் இனம் மற்றும் வயது	ஆண் / பெண் / திருநங்கை வயது :
3	இறந்தவர் தந்தை/கணவர் பெயர் (ஆதார் எண் இருப்பின்)	
4	இறந்த இடம், மருத்துவமனை / வீடு முழு முகவரி	
5	இறந்த தேதி	
6	இறப்பு சான்றிதழ் தேவையின் நோக்கம்	
7	விண்ணப்பதாரருக்கும் இறந்தவருக்கும் உள்ள உறவு முறை	
8	உரிய கட்டணம் செலுத்தியதன் விவரம்	தொகை ரூ. _____ செலான் எண் : _____ நாள் : _____

இடம் : வாலாஜாபேட்டை நகராட்சி

நாள் :

விண்ணப்பதாரரின் கையொப்பம்

வ.எண்: 217

**ஒப்புகைச் சீட்டு**

வாலாஜாபேட்டை நகராட்சி  
நாள் :

இறப்பு சான்று தொடர்பாக தங்களது \_\_\_\_\_ தேதிய விண்ணப்பம் பெற்றுக்கொண்டதற்கு இதன் மூலம் ஒப்புதல் அளிக்கப்படுகிறது.  
இது குறித்து மேல் நடவடிக்கைக்கு தேவையான விவரங்கள் கோரப்படி உடன் அளிக்குமாறு கேட்டுக்கொள்ளப்படுகிறது.

பெறுநர் : திரு/திருமதி. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

அலுவலர் கையொப்பம்

**படிவம் எண் -1**

**படிவம் எண் -1 பிறப்பு அறிக்கை**  
 சட்டம் சார்ந்த தகவல்கள்  
 இந்தப் பகுதி பிறப்புப் பதிவேட்டில் சேர்க்கப்பட வேண்டும்

**தகவல் கொடுப்பவரால் நிரப்பப்பட வேண்டியவை**

1. பிறந்த தேதி \_\_\_\_\_  
 (குழந்தையின் சரியான பிறந்த தேதி, மாதம் மற்றும் ஆண்டு குறிப்பிடப்பட வேண்டும்)  
 (உதாரணம் 01.01.2000)

2. பாலினம் \_\_\_\_\_  
 (ஆண் / பெண் / திருநங்கை என்று முழுமையாக எழுதவும்)  
 (சுருக்கங்களைப் பயன்படுத்தக் கூடாது).

3. குழந்தையின் பெயர் \_\_\_\_\_  
 (பெயர் வைக்கப்படவில்லை எனில் காலியாக விடவும்)

4. தந்தையின் பெயர் \_\_\_\_\_  
 (வழக்கமாக எழுதப்படும் முழுப்பெயர்)  
 ஆதார் எண் இருப்பின்  
 \_\_\_\_\_

5. தாயின் பெயர் \_\_\_\_\_  
 (வழக்கமாக எழுதப்படும் முழுப்பெயர்)  
 ஆதார் எண் இருப்பின்  
 \_\_\_\_\_

6. குழந்தை பிறப்பின் போது பெற்றோரின் முகவரி \_\_\_\_\_

7. பெற்றோரின் நிலையான முகவரி \_\_\_\_\_

8. பிறந்த இடம் \_\_\_\_\_  
 (குறியீட்டு எண் 1 அல்லது 2 ஐ (டிக்) செய்து பிறப்பு நடந்த மருத்துவமனை / நிலையத்தின் பெயர் அல்லது வீட்டின் முகவரியினை எழுதவும்)  
 1. மருத்துவனை / நிலையம் பெயர் \_\_\_\_\_  
 2. வீடு - முகவரி \_\_\_\_\_

9. தகவல் தெரிவிப்பவரின் பெயர் \_\_\_\_\_  
 முகவரி \_\_\_\_\_

(1 முதல் 22 வரை உள்ள அனைத்து கலங்களையும் நிரப்பியபின், தகவல் தெரிவிப்பவர் கையொப்பமிட்டு தேதியை குறிப்பிடவும்)  
 தேதி \_\_\_\_\_ தகவல் தெரிவிப்பவரது கையொப்பம் \_\_\_\_\_  
 அல்லது  
 இடது கைபெருவிரல் ரேகையின் பதிவு \_\_\_\_\_

**பதிவாளரால் நிரப்பப்பட வேண்டியவை**

பதிவு எண் \_\_\_\_\_ பதிவு செய்த தேதி \_\_\_\_\_  
 பதிவுப்பகுதி \_\_\_\_\_  
 நகரம் / கிராமம் \_\_\_\_\_  
 மாவட்டம் \_\_\_\_\_  
 குறிப்புகள் \_\_\_\_\_  
 (எதுவும் இருந்தால்)  
 பதிவாளரின் பெயர் மற்றும் கையொப்பம் \_\_\_\_\_ முகவரி \_\_\_\_\_

**படிவம் எண் -1**  
 (விதி 5ஐ பார்க்கவும்)  
**பிறப்பு அறிக்கை**  
 புள்ளி விவரத் தகவல்கள்  
 இப்பகுதியைப் பிரித்து புள்ளி விவரத் தொகுப்பிற்கு அனுப்ப வேண்டும்

படிவம் எண் -1  
 ஒரே பிரசவத்தில் ஒன்றுக்கு மேற்பட்ட குழந்தைகள் பிறந்தால் ஒவ்வொரு குழந்தைக்கும் தனித்தனியாக படிவம் பூர்த்தி செய்ய வேண்டும். குறிப்பிடப்படாத இரட்டையர் அல்லது மூவர் என்று குறிக்கவும்.

**தகவல் கொடுப்பவரால் நிரப்பப்பட வேண்டியவை**

10. தாயின் நிலையான இருப்பிடம் \_\_\_\_\_  
 (தாய் நிரந்தரமாக குடியிருக்கும் இடம்)  
 (இது பிறப்பு நடந்த இடத்திலிருந்து வேறுபட்டதாக இருக்கலாம்)  
 (வீட்டு முகவரியைப் பூர்த்தி செய்யத் தேவையில்லை)  
 (அ) நகரம் / கிராமத்தின் பெயர் \_\_\_\_\_  
 (ஆ) இது நகரமா அல்லது கிராமமா? \_\_\_\_\_  
 (சரியான தகவலை டிக் குறியிடவும்)  
 1. நகரம் \_\_\_\_\_ 2. கிராமம் \_\_\_\_\_  
 (இ) மாவட்டத்தின் பெயர் \_\_\_\_\_  
 (ஈ) மாநிலத்தின் பெயர் \_\_\_\_\_

11. குடும்பத்தின் மதம் \_\_\_\_\_  
 (சரியான தகவலை டிக் குறியிடவும்)  
 1. இந்து 2. இஸ்லாம் 3. கிறிஸ்துவம்  
 4. பிற மதம் (பெயரினை எழுதவும்) \_\_\_\_\_

12. தந்தையின் கல்வி நிலை \_\_\_\_\_  
 (தேர்ச்சி பெற்ற கல்வி நிலையை குறிக்கவும்)

13. தாயின் கல்வி நிலை \_\_\_\_\_  
 (தேர்ச்சி பெற்ற கல்வி நிலையை குறிக்கவும்)

14. தந்தையின் தொழில் \_\_\_\_\_  
 (ஏதும் இல்லையெனில், 'இல்லை' என்று குறிப்பிடவும்)

15. தாயின் தொழில் \_\_\_\_\_  
 (ஏதும் இல்லையெனில், 'இல்லை' என்று குறிப்பிடவும்)

**பதிவாளரால் நிரப்பப்பட வேண்டியவை**

பெயர் \_\_\_\_\_ குறியீட்டு எண் \_\_\_\_\_  
 மாவட்டம் \_\_\_\_\_  
 வட்டம் \_\_\_\_\_  
 நகரம் / கிராமம் \_\_\_\_\_  
 பதிவுப்பகுதி \_\_\_\_\_

**தகவல் கொடுப்பவரால் நிரப்பப்பட வேண்டியவை**

16. திருமணத்தின் போது தாயின் வயது (முடிவடைந்த ஆண்டுகளில்) \_\_\_\_\_  
 (ஒன்றுக்கு மேற்பட்ட திருமணமாகியிருந்தால், முதல் திருமணத்தின் வயதை குறிக்கவும்)

17. இந்த குழந்தை பிறந்த போது தாயின் வயது (முடிவடைந்த ஆண்டுகளில்) \_\_\_\_\_

18. இந்தப் பிறப்பு உட்பட உயிருடன் பிறந்த குழந்தைகளின் எண்ணிக்கை (முந்தைய திருமணங்களின் மூலமாக உயிருடன் பிறந்த குழந்தைகளையும் சேர்த்து) \_\_\_\_\_

19. பிரசவத்தின் போது மருத்துவ கவனிப்பின் தன்மை (சரியான விவரத்தை டிக் குறியிடவும்)  
 1. நிறுவனம் - அரசு  
 2. நிறுவனம் - தனியார் / அரசு சாரா  
 3. மருத்துவர், செவிலியர் அல்லது பயிற்சி பெற்ற தாதியர்  
 4. மரவு வழி பிரசவம் பார்ப்பவர்  
 5. உறவினர் அல்லது மற்றவர்

20. பிரசவத்தின் தன்மை (சரியான தகவலை டிக் குறியிடவும்)  
 1. சுகப்பிரவசம்  
 2. அறுவை சிகிச்சை மூலமாக  
 3. ஆயுதங்கள் உபயோகித்து / வெற்றிட முறை

21. பிறந்த போது குழந்தையின் எடை கிலோ கிராம் \_\_\_\_\_

22. கருவுற்றிருந்த காலம் (வாரங்களில்) \_\_\_\_\_

(நிரப்பப்பட வேண்டிய கலங்கள் முடிவடைந்தன. இடதுபக்கம் கையொப்பமிடவும்)

**பதிவு எண்** \_\_\_\_\_ **பதிவு செய்த தேதி** \_\_\_\_\_  
 பிறந்த தேதி \_\_\_\_\_  
 பாலினம் \_\_\_\_\_  
 பிறந்த இடம் \_\_\_\_\_  
 1. ஆண் 2. பெண் 3. திருநங்கை  
 1. மருத்துவமனை / நிலையம்  
 வீடு \_\_\_\_\_  
 பதிவாளரின் பெயர் மற்றும் கையொப்பம் \_\_\_\_\_  
 முகவரி \_\_\_\_\_

**படிவம் எண் -2**

(விதி 5ஐ பார்க்கவும்)

<p>படிவம் எண் -2</p> <p><b>இறப்பு அறிக்கை</b></p> <p>சட்டம் சார்ந்த தகவல்கள்</p> <p>இந்தப் பகுதி இறப்புப் பதிவேட்டில் சேர்க்கப்பட வேண்டும்</p>	<p>படிவம் எண் -2</p> <p>(இப்பகுதியைப் பிரித்து விவரத் தொகுப்பிற்கு அனுப்ப வேண்டும்)</p> <p><b>இறப்பு அறிக்கை</b></p> <p>(புள்ளி விவரத் தகவல்கள்)</p>	<p>படிவம் எண் -2</p>
<p><b>தகவல் கொடுப்பவரால் நிரப்பப்பட வேண்டியவை</b></p> <p>1. இறந்த தேதி _____ (சரியான இறந்த தேதி, மாதம் மற்றும் ஆண்டு குறிப்பிடப்பட வேண்டும்) (உதாரணம் 01.01.2000)</p> <p>2. இறந்தவரின் பெயர் _____ (வழக்கமாக எழுதப்படும் முழுப்பெயர்) ஆதார் எண் இருப்பின் _____</p> <p>3. இறந்தவரின் பாலினம் _____ ஆண் / பெண் / திருநங்கை( என்று முழுமையாக எழுதவும்) (சுருக்கங்களைப் பயன்படுத்தக் கூடாது).</p> <p>4. இறந்தவரின் தாயின் பெயர் _____ (வழக்கமாக எழுதப்படும் முழுப்பெயர்) ஆதார் எண் இருப்பின் _____</p> <p>5. இறந்தவரின் தந்தையின் பெயர் _____ (வழக்கமாக எழுதப்படும் முழுப்பெயர்) ஆதார் எண் இருப்பின் _____</p> <p>5.அ. இறந்தவரின் கணவர் / மனைவி பெயர் ----- (வழக்கமாக எழுதப்படும் முழுப்பெயர்) கணவர் / மனைவியின் ஆதார் எண் இருப்பின் _____</p> <p>6. இறந்தவரின் வயது (முடிவடைந்த ஆண்டுகளில்) (இறந்தவரின் வயது ஓராண்டிற்கு மேற்பட்டிருந்தால் முடிவடைந்த ஆண்டுகளில் வயதினை எழுதவும் இறந்தவரின் வயது ஒரு வயதுக்குக் குறைவாக இருந்தால், வயதை மாதங்களில் எழுதவும். ஒரு மாதத்திற்கும் குறைவாக இருந்தால், முடிவடைந்த நாட்களை எழுதவும் ஒரு நாளுக்குக் குறைவாக இருந்தால் மணிகளில் எழுதவும்)</p> <p>7. இறப்பின் போது முகவரி _____</p> <p>8. இறந்தவரின் நிலையான வீட்டு முகவரி _____</p> <p>9. இறந்த இடம் _____ (குறியீட்டு எண் 1, 2 அல்லது 3 ஐ (டிக்) குறியிட்டு மருத்துவமனை / நிலையத்தின் பெயர் அல்லது வீட்டின் முகவரியினை எழுதவும். மற்ற இடம் என்றால் 3ல் இடத்தின் பெயரை குறிக்கவும்)</p> <p>1. மருத்துவனை / நிலையம் பெயர் _____ 2. வீடு முகவரி _____ 3. மற்ற இடம் இடத்தின் பெயர் _____</p> <p>10. தகவல் தெரிவிப்பவரின் பெயர் _____ முகவரி _____</p> <p>(1 முதல் 21 வரை உள்ள அனைத்து கலங்களையும் நிரப்பியபின், தகவல் தெரிவிப்பவர் கையொப்பமிட்டு தேதியை குறிப்பிடவும்) தேதி _____ தகவல் தெரிவிப்பவரது கையொப்பம் _____ (அல்லது) இடது கைபெருவிரல் ரேகையின் பதிவு _____</p>	<p><b>தகவல் கொடுப்பவரால் நிரப்பப்பட வேண்டியவை</b></p> <p>11. இறந்தவர் குடியிருந்த வீடு அமைந்துள்ள நகரம் / கிராமம் (இறந்தவர் வழக்கமாக வசித்த இடம்) (இது இறப்பு நடந்த இடத்திலிருந்து வேறுபட்டதாக இருக்கலாம்) (வீட்டு முகவரியைப் பூர்த்தி செய்யத் தேவையில்லை)</p> <p>(அ) நகரம் / கிராமத்தின் பெயர் _____</p> <p>(ஆ) நகரம் அல்லது கிராமம் (சரியான தகவலை டிக் குறியிடவும்) 1. நகரம் 2. கிராமம்</p> <p>(இ) மாவட்டத்தின் பெயர் _____</p> <p>(ஈ) மாநிலத்தின் பெயர் _____</p> <p>12. மதம் _____ (சரியான தகவலை டிக் செய்யவும்) 1. இந்து 2. இஸ்லாம் 3. கிறிஸ்துவம் 4. பிற மதம் (பெயரினை எழுதவும்)</p> <p>13. இறந்தவரின் தொழில் _____ (இல்லையெனில், 'இல்லை' என்று குறிப்பிடவும்)</p> <p>14. இறப்பதற்கு முன் மருத்துவ கவனிப்பின் தன்மை (சரியான விவரத்தை (டிக்) குறியிடவும்)</p> <p>1. மருத்துவ நிலையம் _____</p> <p>2. மருத்துவ நிலையம் அல்லாத மருத்துவ கவனிப்பு _____</p> <p>3. மருத்துவ கவனிப்பு ஏதுமில்லை _____</p>	<p><b>தகவல் கொடுப்பவரால் நிரப்பப்பட வேண்டியவை</b></p> <p>15. இறப்பின் காரணத்திற்கு மருத்துவச் சான்று அளிக்கப்பட்டுள்ளதா ? (சரியான விவரத்தை டிக் குறியிடவும்) 1. ஆம் 2. இல்லை</p> <p>16. நோயின் பெயர் அல்லது இறப்பின் காரணம் (மருத்துவச் சான்று கொடுத்தாலும், இல்லையென்றாலும்) _____</p> <p>17. இறந்தவர் பெண் என்றால் இறப்பு ஏற்பட்டது கர்ப்பமாக இருந்த போது அல்லது குழந்தை பிறப்பின் போது அல்லது குழந்தை பிறந்து ஆறு வாரங்களுக்குள்ளா ? (சரியான விவரத்தை டிக் குறியிடவும்) 1. ஆம் 2. இல்லை</p> <p>18. இறந்தவர் வழக்கமாகப் புகை பிடிக்கும் பழக்கம் உள்ளவரா ? (அப்படிபெனில் எத்தனை ஆண்டுகள் பிடித்தார்) _____</p> <p>19. இறந்தவர் வழக்கமாகப் புகையிலை உபயோகப்படுத்துவராயின் எத்தனை ஆண்டுகளாகப் பழக்கம் ? _____</p> <p>20. இறந்தவர் பான்மசாலா போன்றவற்றை வழக்கமாக உபயோகப்படுத்துவராயின் எத்தனை ஆண்டுகளாகப் பழக்கம் ? _____</p> <p>21. இறந்தவர் குடிப்பழக்கம் உள்ளவராயின் எத்தனை ஆண்டுகளாகப் பழக்கம் ? _____</p> <p>(நிரப்பப்பட வேண்டிய கலங்கள் முடிவடைந்தன. இடதுபக்கம் கையொப்பமிடவும்)</p>
<p><b>பதிவாளரால் நிரப்ப வேண்டியவை</b></p> <p>பதிவு எண் _____ பதிவுப்பகுதி _____ நகரம் / கிராமம் _____ குறிப்புகள் (எதுவும் இருந்தால்) _____ பதிவாளரின் பெயர் மற்றும் கையொப்பம் _____ முகவரி _____</p>	<p><b>பதிவாளரால் நிரப்ப வேண்டியவை</b></p> <p>பெயர் _____ மாவட்டம் _____ வட்டம் _____ நகரம் / கிராமம் _____ பதிவுப்பகுதி _____</p>	<p>பதிவு எண் _____ பதிவு செய்த தேதி _____ பதிவு செய்த தேதி _____ (ஆண்டுகள் / மாதம் / நாட்கள் / மணிகள்) பாலினம் 1. ஆண் 2. பெண் 3. திருநங்கை பிறந்த இடம் 1. மருத்துவமனை / நிலையம் 2. வீடு 3. மற்ற இடம் பதிவாளரின் பெயர் மற்றும் கையொப்பம் முகவரி _____</p>

**FORM NO.4**  
**(See Rule 7)**  
**MEDICAL CERTIFICATE OF CAUSE OF DEATH**  
(Hospital in patients. Not to be used for stillbirths)  
To be sent to Registrar along with Form No.2 (Death Report)

**Name of the Hospital:** .....

I hereby certify that the person whose particulars are given below died in the hospital in ward No..... on ..... at ..... A.M./P.M

<b>NAME OF DECEASED</b>					For use of Statistical Office
Sex	Age at Death				
	If 1 year or more, age in years	If less than 1 year, age in Months	If less than one month, age in days	If less than one day, age in Hours	
1. Male 2. Female					
<b>CAUSE OF DEATH</b>					
I. Immediate cause State the disease, injury or complication which Caused death, not the mode of dying such as Hear failure, asthenia, etc.	(a) .....		Interval between onset & death Approx .....		.....
Antecedent cause Morbid conditions, if any, giving rise to the above Cause, stating underlying conditions last	(b).....		.....		.....
II.	(c).....		.....		.....
Other Significant conditions contributing to the Death but not related to the diseases or conditions causing it.	.....		.....		.....
<u>Manner of Death</u> 1. Natural 2. Accident 3. Suicide 4. Homicide 5. Pending Investigation					
If deceased was a female, was pregnancy the death associated with?					How did they injury occur? 1. Yes 2. No
If yes, was there a delivery? 1. Yes 2. No					

Name and Signature of the Medical Attendant certifying the Cause of Death.  
Date of Verification:.....

SEE REVERSE FOR INSTRUCTIONS

(To be detached and handed over to the relative of the deceased)

Certified that Shri/Smt/Kum..... S/W/D of Shri.....  
R/O..... was admitted to this hospital on.....  
and expired on .....

Doctor:.....  
(Medical Supdt.Name of Hospital)

**MEDICAL CERTIFICATE OF CAUSE OF DEATH**  
**Directions for completing the form**

**Name of deceased:** To be given in full. Do not use initials. If deceased is an infant, not yet named at time of death, write 'Son of (S/o)' or 'Daughter of (D/o)', followed by names of mother and father.

**Age:** If the deceased was over 1 year of age, give age in completed years. If the deceased was below 1 year of age, give age in months and if below 1 month give age in completed number of days, and if below one day, in hours.

**Cause of Deaths:** This part of the form should always be completed by the attending physician personally.

The certificate of cause of death is divided into two parts, I and II. Part I is again divided into three parts, lines (a) (b) (c). If a single morbid condition completely explains the deaths, then this will be written on line (a) of Part I, and nothing more need be written in the rest of Part I or in Part II, for example, smallpox, lobar pneumonia, cardiac beriberi, are sufficient cause of death and usually nothing more is needed.

Often, however, a number of morbid conditions will have been present at death, and the doctor must then complete the certificate in the proper manner so that the correct underlying cause will be tabulated. First, enter in Part I(a) the immediate cause of death. This does not mean the mode of dying, e.g., heart failure, respiratory failure, etc. These terms should not appear on the certificate at all since they are modes of dying and not causes of death. Next consider whether the immediate cause is a complication or delayed result of some other cause. If so, enter the antecedent cause in Part I, line(b). Sometimes there will be three stages in the course of events leading to death. If so, line (c) will be completed. The underlying cause to be tabulated is always written in last in Part I.

Morbid conditions or injuries may be present which were not directly related to the train of events causing death but which contributed in some way to the fatal outcome. Sometimes the doctor finds it difficult to decide, especially for infant deaths, which of several independent conditions was the primary cause of death; but only one cause can be tabulated, so the doctor must decide. If the other diseases are not effects of the underlying cause, they are entered in Part II.

Do not write two or more conditions on a single line. Please write the names of the diseases (in full) in the certificates as legibly as possible to avoid the risk of their being misread.

**Onset:** Complete the column for interval between onset and death whenever possible, even if very approximately, e.g., "from birth" "several years".

**Accidental or violent deaths:** Both the external cause and the nature of the injury are needed and should be stated. The doctor or hospital should always be able to describe the injury, stating the part of the body injured, and should give the external cause in full when this is shown. Example: (a) Hypostatic pneumonia; (b) Fracture of neck of femur; (c) Fall from ladder at home.

**Maternal deaths:** Be sure to answer the question on pregnancy and delivery. This information is needed for all women of child-bearing age, even though the pregnancy may have had nothing to do with the death.

**Old age or senility:** Old age (or senility) should not be given as a cause of death if a more specific cause is known. If old age was a contributory factor, it should be entered in Part II. Example: (a) Chronic bronchitis, II old age.

**Completeness of information:** A complete case history is not wanted, but, if the information is available, enough details should be given to enable the underlying cause to be properly classified.

**Example:** Anaemia – Give type of anaemia, if known. Neoplasm – Indicate whether benign or malignant, and site, with site of primary neoplasm, whenever possible, Heart disease – Describe the condition specifically; if congestive heart failure, chronic on pulmonale, etc., are mentioned, give the antecedent conditions. Tetanus – Describe the antecedent injury, if known. Operation – State the condition for which the operation was performed. Dysentery – Specify whether bacillary, amoebic, etc., if known. Complications of pregnancy or delivery – Describe the complication specifically, Tuberculosis – Give organs affected.

**Symptomatic statement:** Convulsions, diarrhea, fever, ascites, jaundice, debility, etc., are symptoms which may be due to any one of a number of different conditions. Sometimes nothing more is known, but whenever possible, give the disease which caused the symptom.

**Manner of Death:** Deaths not due to external cause should be identified as 'Natural'. If the cause of death is known, but it is not known whether it was the result of an accident, suicide or homicide and is subject to further investigation, the cause of death should invariably be filled in and the manner of death should be shown as 'Pending investigation'.

**FORM NO.4A****(See Rule 7)****MEDICAL CERTIFICATE OF CAUSE OF DEATH**

(For Non-Institutional deaths. Not to be used for stillbirths)

To be sent to Registrar along with Form No.2 (Death Report)

I hereby certify that the deceased Shri/Smt/Kum..... son of/wife of/daughter of .....resident of .....was under my treatment from ..... to ..... and he/she died on .....at.....A.M./P.M.

<b>NAME OF DECEASED</b>					For use of Statistical Office
Sex	Age at Death				
	Age in completed years	If less than 1 year, age in Months	If less than one month, age in days	If less than one day, age in Hours	
3. Male 4. Female					
<b>CAUSE OF DEATH</b>					
<b>I. Immediate cause</b> State the disease, injury or complication which Caused death, not the mode of dying such as Heart failure, asthenia, etc.		(a) .....		Interval between onset & death Approx	.....
<b>Antecedent cause</b> Morbid conditions, if any, giving rise to the above Cause, stating underlying conditions last		(b).....			.....
<b>II.</b> Other Significant conditions contributing to the Death but not related to the diseases or conditions causing it.		(c).....			.....
If deceased was a female, was pregnancy the death associated with? If yes, was there a delivery? 1. Yes 2. No		1. Yes		2. No	

Name and Signature of the Medical Practitioner certifying the Cause of Death.

Date of Verification:.....

SEE REVERSE FOR INSTRUCTIONS

(To be detached and handed over to the relative of the deceased)

Certified that Shri/Smt/Kum..... S/W/D of Shri..... R/O..... was under my treatment from.....to.....and he/she expired on .....at .....A.M./P.M.

Doctor:.....  
 (Signature and address of Medical Practitioner/Medical attendant with Registration No.)

**MEDICAL CERTIFICATE OF CAUSE OF DEATH**  
**Directions for completing the form**

**Name of deceased:** To be given in full. Do not use initials. If deceased is an infant, not yet named at time of death, write 'Son of (S/o)' or 'Daughter of (D/o)', followed by names of mother and father.

**Age:** If the deceased was over 1 year of age, give age in completed years. If the deceased was below 1 year of age, give age in months and if below 1 month give age in completed number of days, and if below one day, in hours.

**Cause of Deaths:** This part of the form should always be completed by the attending physician personally.

The certificate of cause of death is divided into two parts, I and II. Part I is again divided into three parts, lines (a) (b) (c). If a single morbid condition completely explains the deaths, then this will be written on line (a) of Part I, and nothing more need be written in the rest of Part I or in Part II, for example, smallpox, lobar pneumonia, cardiac beriberi, are sufficient cause of death and usually nothing more is needed.

Often, however, a number of morbid conditions will have been present at death, and the doctor must then complete the certificate in the proper manner so that the correct underlying cause will be tabulated. First, enter in Part I(a) the immediate cause of death. This does not mean the mode of dying, e.g., heart failure, respiratory failure, etc. These terms should not appear on the certificate at all since they are modes of dying and not causes of death. Next consider whether the immediate cause is a complication or delayed result of some other cause. If so, enter the antecedent cause in Part I, line(b). Sometimes there will be three stages in the course of events leading to death. If so, line (c) will be completed. The underlying cause to be tabulated is always written in last in Part I.

Morbid conditions or injuries may be present which were not directly related to the train of events causing death but which contributed in some way to the fatal outcome. Sometimes the doctor finds it difficult to decide, especially for infant deaths, which of several independent conditions was the primary cause of death; but only one cause can be tabulated, so the doctor must decide. If the other diseases are not effects of the underlying cause, they are entered in Part II.

Do not write two or more conditions on a single line. Please write the names of the diseases (in full) in the certificates as legibly as possible to avoid the risk of their being misread.

**Onset:** Complete the column for interval between onset and death whenever possible, even if very approximately, e.g., "from birth" "several years".

**Accidental or violent deaths:** Both the external cause and the nature of the injury are needed and should be stated. The doctor or hospital should always be able to describe the injury, stating the part of the body injured, and should give the external cause in full when this is shown. Example: (a) Hypostatic pneumonia; (b) Fracture of neck of femur; (c) Fall from ladder at home.

**Maternal deaths:** Be sure to answer the question on pregnancy and delivery. This information is needed for all women of child-bearing age, even though the pregnancy may have had nothing to do with the death.

**Old age or senility:** Old age (or senility) should not be given as a cause of death if a more specific cause is known. If old age was a contributory factor, it should be entered in Part II. Example: (a) Chronic bronchitis, II old age.

**Completeness of information:** A complete case history is not wanted, but, if the information is available, enough details should be given to enable the underlying cause to be properly classified.

**Example:** Anaemia – Give type of anaemia, if known. Neoplasm – Indicate whether benign or malignant, and site, with site of primary neoplasm, whenever possible, Heart disease – Describe the condition specifically; if congestive heart failure, chronic on pulmonale, etc., are mentioned, give the antecedent conditions. Tetanus – Describe the antecedent injury, if known. Operation – State the condition for which the operation was performed. Dysentery – Specify whether bacillary, amoebic, etc., if known. Complications of pregnancy or delivery – Describe the complication specifically, Tuberculosis – Give organs affected.

**Symptomatic statement:** Convulsions, diarrhea, fever, ascites, jaundice, debility, etc., are symptoms which may be due to any one of a number of different conditions. Sometimes nothing more is known, but whenever possible, give the disease which caused the symptom.

**Manner of Death:** Deaths not due to external cause should be identified as 'Natural'. If the cause of death is known, but it is not known whether it was the result of an accident, suicide or homicide and is subject to further investigation, the cause of death should invariably be filled in and the manner of death should be shown as 'Pending investigation'.