

राजस्थान सरकार

निदेशालय चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवायें, राज0, जयपुर।

क्रमांक : वी.एस./एमसीसीडी/2019/59

दिनांक : 14/2/2019

- 1-समस्त प्रधानाचार्य एवं नियन्त्रक,
आयुर्विज्ञान महाविद्यालय,
एवं संलग्न चिकित्सालय समूह (राजस्थान)
- 2-समस्त प्रमुख चिकित्सा अधिकारी
- 3- समस्त मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी

विषय:- वर्ष-2018 के मृत्यु के कारणों के चिकित्सकीय प्रमाण-पत्र भिजवाने के सम्बन्ध में।

सन्दर्भ:- निदेशालय के पत्र क्रमांक: 19 दिनांक: 17.1.2019

महोदय,

उपरोक्त विषय एवं संदर्भित पत्र के क्रम में लेख है कि वर्ष-2018 के मृत्यु के कारणों के चिकित्सकीय प्रमाण-पत्र, आपके अधीन आने वाले चिकित्सा संस्थानों से प्राप्त करके, उनकी कोडिंग करने के पश्चात् निदेशालय में भिजवाये जाने है। गत वर्षों के मृत्यु के कारणों के चिकित्सकीय प्रमाण-पत्रों की जांच करने पर पाया गया कि उन पर सही कोडिंग नहीं की जाती है एवं एक प्रमाण-पत्र पर एक से अधिक कोड अंकित कर दिए जाते हैं, जबकि एक प्रमाण-पत्र पर एक ही कोडिंग होनी चाहिए। यहां यह भी उल्लेखनीय है कि उक्त प्रमाण पत्रों की संख्या उसी चिकित्सा संस्थान के वार्षिक सी0 डू0 ई0 प्रतिवेदन में दर्शाई गई मृत्यु की संख्या के समान होनी चाहिए। मृत्यु के कारणों के चिकित्सकीय प्रमाण-पत्रों पर कोडिंग लाल स्याही से ही की जानी है।

मुख्य रजिस्ट्रार (जन्म-मृत्यु) एवं संयुक्त सचिव एवं निदेशक, आर्थिक एवं सांख्यिकी विभाग की अध्यक्षता में दिनांक 5.2.2019 को बैठक आयोजित की गई थी, जिसमें निम्नलिखित निर्देश/सुझाव दिये गये हैं:-

- 1- मृत्यु के कारणों के चिकित्सकीय प्रमाण-पत्र कई चिकित्सा संस्थानों के द्वारा फार्म नम्बर "4 अ" में भरकर भेजा जा रहा है, जबकि फार्म नम्बर "4 अ" के स्थान पर फार्म नम्बर 4 में भरकर भेजना है जिसकी प्रति संलग्न है।
- 2- संस्थागत मृत्यु का एमसीसीडी में 100 प्रतिशत कवरेज किया जायें।
- 3- एमसीसीडी फार्म जो भरकर भेजे जाते हैं उनका संस्थागत सारांश (निम्न अनुसार) भी साथ में भिजवायें।

S.NO	Reg.No	D.O.A	D.O.D	D.O.R	Name Of Patient	Age	Sex	Cause Of Death	Address	Name Of Doctor
------	--------	-------	-------	-------	-----------------	-----	-----	----------------	---------	----------------

अतः आपसे अनुरोध है कि वर्ष 2018 के मृत्यु के कारणों के चिकित्सकीय प्रमाण-पत्र जिन चिकित्सा संस्थानों के नहीं भिजवाये गये उन चिकित्सा संस्थानों के प्रमाण-पत्र प्रशिक्षित स्टॉफ अथवा नर्सिंग स्टॉफ के साथ ही सांख्यिकी अधिकारी (जीवनांक) कमरा नं0 सी-211, प्रथम तल, स्वास्थ्य मंत्रालय, राज0, जयपुर में दिनांक: 28.2.2019 तक भिजवाने का श्रम करें।

भवदीय,

(डा० रवि प्रकाश शर्मा)
अतिरिक्त/निदेशक (ग्रा0स्वा0)
चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवायें,
राज0, जयपुर

क्रमांक : वी.एस./एमसीसीडी/2019/

प्रतिलिपि:- निम्न को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित है:-

- 1- मुख्य रजिस्ट्रार (जन्म मृत्यु) एवं संयुक्त सचिव एवं निदेशक, आर्थिक एवं सांख्यिकी निदेशालय, राजस्थान, जयपुर।
- 2- समस्त अधीक्षक, संलग्न चिकित्सालय समूह, चिकित्सा महाविद्यालय, राजस्थान।
- 3- प्रभारी सर्वर रूम मुख्यालय को विभागीय वेबसाइट पर अपलोड करवाने हेतु।

अतिरिक्त निदेशक (ग्रा0स्वा0)
चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवायें,
राज0, जयपुर

FORM NO. 4

(See Rule 7)

MEDICAL CERTIFICATE OF CAUSE OF DEATH

(Hospital in-patients. Not to be used for still births)

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 AM/PM.

NAME OF DECEASED					
Sex	Age at Death				For use of Statistical Office
	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					
CAUSE OF DEATH				Interval between on set & death approx.	
I. Immediate cause State the disease, injury or complication which caused death, not the mode of dying such as heart failure, asthenia etc.			(a)..... Due to (or as a consequences of)		
Antecedent cause Morbid conditions, if any, giving rise to the above Cause, stating underlying condition last			(b)..... Due to (or as a consequences of)		
II Other significant conditions contributing to the death but not related to the disease or conditions causing II			©		

Manner of Death

1. Natural 2. Accident 3. Suicide 4. Homicide
5. Pending Investigation

How did the injury occur?

If deceased was a female, was pregnancy the death associated with? 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

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

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

Doctor
(Medical Supdt.
Name of Hospital