



**प्रपत्र 6: प्राथमिक सूचनाकर्ता प्रदान करने वाले के लिए
सभी महिलाओं की मृत्यु (15 - 49 साल) के लिए सूचना रिपोर्ट
(सभी संस्थानों में होने वाली प्रत्येक महिला मृत्यु की जानकारी देय होगी)**

1	राज्य का नाम	
2	जिले का नाम	
3	ब्लॉक का नाम	
4	गांव का नाम/स्थान का विवरण	
5	मृतक महिला का नाम	
6	पति का नाम	
7	परिवार के किसी भी सदस्य का टेलिफोन नं:	
8	महिला की उम्र	
9	मृत्यु का समय व तारीख	
10	मृत्यु का स्थान	
	रास्ते में	
	घर	
	स्वास्थ्य संस्थान (अगर अस्पताल में, तो नाम लिखें)	
	अन्य	
11	मृत्यु कब हुई	हां नहीं
	a) गर्भावस्था के दौरान	☐ ☐
	b) प्रसव के दौरान	☐ ☐
	c) प्रसव के 42 दिनों के अन्दर	☐ ☐
	d) गर्भपात के दौरान या गर्भपात के 6 सप्ताह के अन्दर	☐ ☐
	यदि a, b, c, d = हाँ : मातृ मृत्यु संभावित है। यदि a, b, c, d = नहीं : सामान्य मृत्यु है।	
12	सूचनाकर्ता का नाम	

सूचनाकर्ता के हस्ताक्षर:

पद:

दिनांक:

आदरणीय,

हम आपके परिवार में हुई मृत्यु पर अपना दुःख प्रकट करते हैं एवं हम आपके परिवार में हुई मृत्यु से संबंधित सभी कारणों को जानने में उत्सुक हैं जिससे भविष्य में, अन्य महिलाओं को मृत्यु से बचाने के लिए सरकार यथासंभव कदम उठा सके। इस संदर्भ में, हमारे कुछ स्वास्थ्य कर्मचारी आने वाले सप्ताह में आपके घर आयें गें।

अतः आपसे अनुरोध है कि आप उनको आपके परिवार में हुई महिला की मृत्यु से संबंधित सभी दस्तावेजों की जानकारी दें एवं महिला की अवस्थाओं का भी क्रमानुसार विवरण दें।

आपसे पुनः अनुरोध है कि यह प्रपत्र आने वाले स्वास्थ्य कर्मों को जरूर दिखायें, जो आपसे महिला की बीमारी से संबंधित सूचना एकत्रित करने आयेगा।

सूचनाकर्ता के हस्ताक्षर

पद: _____

दिनांक: __/__/__