

TC. SAĞLIK BAKANLIĞI  
ANNE ÖLÜMÜ İL BİLDİRİM FORMU



İl :  
Ay:  
Yıl:

Kuruluş Adı:

1.

İle Bağlı Yerleşim Yeri Sayısı :	
Veri Bildirimini Yapan Yerleşim Yeri Sayısı:	
12-50 Yaş Grubu Kadın Ölümlerinin Toplam Sayısı :	
12-50 Yaş Grubu Anne Ölümü Sayısı :	

2.

12-50 Yaş Ölen Annenin Adı /Soyadı *(Kodu)	İkamet Ettiği İl *(Kodu)	İkamet Ettiği İlçe *(Kodu)	İkamet Ettiği Köy/ Mahalle *(Kodu)	Sokak Adı / Ev No	Annenin Doğum Tarihi	Ölüm Tarihi	Ölümün Gerçekleştiği Yer	Ölüm Nedeni (ICD-10 Sınıflamasına göre)	**Bildirimi Yapan Kuruluş

1. İl Sağlık Müdürlükleri tarafından doldurulacaktır.

\*İl Sağlık Müdürlükleri bu alanları kod numarası kullanarak dolduracaktır

\*\* İl Sağlık Müdürlükleri tarafından doldurulacaktır.

.....  
Veri Sistemi Sorumlusu