



# राज्य आरोग्य माहिती व जीवनविषयक आकडेवारी केंद्र

नायडु रुग्णालय आवार, पुणे ४११ ००१



दुरध्वनी ०२०-२६०५९५३०, फॅक्स ०२०-२६०५८२९२,

email : crs\_d81@yahoo.com

क्र.आमाजीआ/कक्ष८१/१२४-४२४/१४

दिनांक : ५ डिसेंबर २०१४

प्रति,

- १) जिल्हा आरोग्य अधिकारी, तथा जिल्हा निबंधक, जन्म मृत्यू, जिल्हा परिषद,.....(सर्व)
- २) आरोग्य अधिकारी/मुख्याधिकारी तथा निबंधक, जन्म मृत्यू, महानगर पालिका /नगर पालिका/नगर पंचायत/कॅन्टॉन्मेंट बोर्ड.....(सर्व)
- ३) गटविकास अधिकारी तथा अप्पर जिल्हा निबंधक.....(सर्व)  
(जिल्हा आरोग्य अधिकारी यांचे मार्फत)

विषय :- जन्म मृत्यू नोंदणी कार्यक्रम

जन्म मृत्यू कार्यक्रमाकरीता आवश्यक असणाऱ्या विविध नमुन्यांमध्ये बदल झालेबाबत.

उपरोक्त विषयान्वये आपणास कळविण्यात येते की, केंद्र शासनाच्या नविन निर्देशाप्रमाणे जन्म नोंदणी अहवाल नमुना क्र. १, १अ मृत्यू नोंदणी अहवाल नमुना क्र. २ व उपजत मृत्यू नोंदणी अहवाल नमुना क्र. ३, मृत्यूच्या कारणाचे वैद्यकीय प्रमाणिकरण नमुना क्र. ४, ४अ आणि मृत्यूचे प्रमाणपत्र नमुना क्र. ६ यामध्ये काही बदल झालेले आहेत.

महानगर पालिका / नगर पालिका / कॅन्टॉन्मेंट बोर्ड / नगर पंचायत इ. संस्थांनी त्यांचेकडील उपलब्ध जुने नमुने संपल्यानंतर नवीन बदलानुसार छपाई करणे आवश्यक आहे. त्याकरीता यापत्रासोबत सदरील अहवाल नमुन्यांची हार्ड कॉपी आणि सॉफ्टकॉपी जाडण्यात येत आहे.

राज्य स्तरावरून जिल्हा आरोग्य अधिकारी यांचे मार्फत पंचायत समिती यांना नविन बदल झालेले अहवाल नमुने सन २०१५ मध्ये पुरविण्यात येतील.

सदरील बदलाबाबतची सर्व माहिती जिल्हा आरोग्य अधिकारी कार्यालयामार्फत सर्व संबंधित संस्थांना कळविण्यात यावीत. व त्याबाबतची पोच या कार्यालयास सादर करण्यात यावी.

उपसंचालक आरोग्यसेवा (आमाजीआ) तथा  
उपमुख्य निबंधक जन्म मृत्यू महाराष्ट्र राज्य, पुणे

प्रत माहितीस्तव सस्नेह,

उपसंचालक, जनगणना संचालनालय, महाराष्ट्र राज्य, मुंबई.

प्रत माहितीसाठी सादर,

मा. संचालक, आरोग्य सेवा, तथा मुख्यनिबंधक, जन्म मृत्यू, महाराष्ट्र राज्य, मुंबई - १.



माहिती देणाऱ्याने खालील रकाने भरावेत.

१\* जन्म दिनांक : (माहित असल्यास अचूक जन्म दिनांक भरावे)  
(अन्यथा न्यायालयाने निश्चित केलेली जन्म दिनांक नमूद करावे)

२\* लिंग : (पुरुष अथवा स्त्री असे लिहावे, संक्षिप्त रूप लिहण्यात येऊ नये.)

३. बाळाचे नाव :  
(दत्तक ग्रहणानंतर नाव बदलले असल्यास नवीन नाव लिहावे)

४\*. आईचे नाव :  
(माहित असल्यास लिहावे)  
आधार क्रमांक (असल्यास)

५\*. वडिलांचे नाव :  
(माहित असल्यास लिहावे)  
आधार क्रमांक (असल्यास)

६. न्यायालयाचा आदेश क्रमांक व दिनांक :

७. दत्तक घेणाऱ्या आईचे नाव :  
आधार क्रमांक (असल्यास)

८. दत्तक घेणाऱ्या पित्याचे नाव :  
आधार क्रमांक (असल्यास)

९. दत्तक करारा मध्ये नमूद असलेला दत्तक आई-वडिलांचा पत्ता :

१०. दत्तक आई-वडिलांचा कायमचा पत्ता :

११\*. जन्म ठिकाण :

१२. अनायालय संस्थेमार्फत दत्तक घेतले असल्यास त्या संस्थेचे नाव व पत्ता.

१३. माहिती देणाऱ्याचे नाव व पत्ता. (१ ते १८ रकाने पूर्ण भरून  
(१ ते १८ रकाने पूर्ण भरून झाल्यानंतर माहितगाराने डावीकडील स्तंभात सही करावी व दिनांक टाकावा)

\*मुळ जन्म प्रमाणपत्रात नमूद असल्याप्रमाणे.

दिनांक : माहिती देणाऱ्याची सही/डाव्या हाताचा अंगठ

या भागाची माहिती कापून सांख्यिकी संकलनासाठी पाठविण्यात यावी.

माहिती देणाऱ्याने खालील रकाने भरावेत.

१४. दत्तक पित्याचा धर्म :  
(योग्य त्या ठिकाणी खूण करावी)

१. हिंदू २. मुस्लीम ३. ख्रिश्चन  
४. इतर धर्म : (धर्माचे नाव लिहावे)

१५. दत्तक वडिलांचे शिक्षण :  
(जी इयत्ता/पदवी पास झाले असतील ती इयत्ता लिहावी.  
उदा. इयत्ता ७वी शिकले असतील परंतु इयत्ता ६वी पास  
झाले असल्यास इयत्ता ६वी नमूद करावे.)

१६. दत्तक आईचे शिक्षण :  
(जी इयत्ता/पदवी पास झाले असतील ती इयत्ता लिहावी.  
उदा. इयत्ता ७वी शिकले असतील परंतु इयत्ता ६वी पास  
झाले असल्यास इयत्ता ६वी नमूद करावे.)

१७. दत्तक वडिलांचा व्यवसाय :  
(जर नसेल तर निरंक लिहावे)

१८. दत्तक आईचा व्यवसाय :  
(जर नसेल तर निरंक लिहावे)

या भागाची माहिती कापून सांख्यिकी संकलनासाठी पाठविण्यात यावी. (जन्म नोंदणी पूर्वी झाली असल्यास भरण्यात येऊ नये)

१ ते १८ रकाने पूर्ण भरून झाल्यानंतर माहितगाराने डावीकडील स्तंभात सही करावी व दिनांक टाकावा

नमुना क्र. १-अ (नियम ५, पहावा)

निबंधकने भरावयाची माहिती

नोंदणी क्रमांक:

नोंदणी दिनांक

नोंदणी संस्था:

गाव/शहर:

जिल्हा :

शेरा : (असल्यास)

निबंधकचे नाव व सही

निबंधकने भरावयाची माहिती

| ठिकाण         | नाव | जनगणना कोड नं. |
|---------------|-----|----------------|
| जिल्हा        |     |                |
| तहसिल         |     |                |
| गाव/शहर       |     |                |
| नोंदणी संस्था |     |                |

नोंदणी क्रमांक:

नोंदणी दिनांक:

जन्म दिनांक :

लिंग: १. पुरुष २. स्त्री

जन्म ठिकाण :

निबंधकचे नाव व सही

## FORM NO.1-A BIRTH REPORT FOR ADOPTED CHILD

Legal Information

This part to be added to the Birth Register

To be filled by the informant

1\* **Date of Birth** (if known, write exact date of birth).  
(Otherwise record the date of birth as ascertained by the Magistrate)

2\* **Sex** : (Enter "Male or "Female":

Do not use abbreviation

3. **Name of the child** :

(If name is changed on adoption, write new name)

4\* **Name of the mother** :

(If Known)

UID No. (If Any)

5\* **Name of the father** :

(If Known)

UID No. (If Any)

6. **Date and number of adoption deed/order**:

7. **Name of the adoptive mother** :

UID No. (If Any)

8. **Name of the adoptive father** :

UID No. (If Any)

9. **Address of adoptive parents as recorded in Adoption deed.**

10. **Permanent address of adoptive parents** :

11\* **Place of Birth**

12. **If adoption through agency** write the place & address

13. **Informant's name and address** :

(After completing all columns 1 to 18  
informant will put date and signature here)

\*As contained in the original birth certificate.

Date:

Signature or left thumb mark of the informant

To be detached and sent for statistical processing (Not to be filled for birth already registered)

## BIRTH REPORT FOR ADOPTED CHILD

Statistical information

This part to be detached and sent for statistical processing

To be filled by the informant

14. **Religion of the adoptive Father** :

(Tick the appropriate entry below)

1. Hindu 2. Muslim 3. Christian

4. Any other religion: (write name of the religion)

15. **Adoptive father's level of education** :

(enter the completed level of

Education e.g. if studied upto

class VII but passed only class

VI, write class VI

16. **Adoptive mother's level of education** :

(Enter the completed level of

education e.g. if studied upto

class VII but passed only class

VI, write class VI)

17. **Adoptive father's occupation** :

(If no occupation write 'Nil')

18. **Adoptive mother's occupation** :

(If no occupation write 'Nil')

Columns to be filled are over. Now put signature at left

FORM No. 1-A (See rule 5)

Registration No.  
Registration Unit :  
Town/Village :  
Remarks : (if any)

To be filled by the Registrar

Registration Date :

District :

Name and Signature of the Registrar

To be filled by the Registrar

Place

Name

Code No.

District

Tahsil

Town/Village

Registration  
Unit

Registration No.

Registration Date

Date of Birth :

Sex: 1.Male 2.Female

Place of Birth :

Name and Signature of the Registrar

मृत्यु अहवाल  
(नियम क्रमांक ५, पहावे)  
कायदेशीर माहिती  
हा भाग मृत्यु नोंदवही म्हणून संबोधण्यात यावा.

माहिती देणा-याने खालील रकाने भरावेत.

१) मृत्यूचा दिनांक ..... दिनांक महिना वर्ष

२) मृताचे संपूर्ण नाव .....  
मृतव्यक्तिचे आधारकार्ड क्र. (असल्यास)

३) मृत व्यक्तित्वचे लिंग\* पुरुष स्त्री

४) आईचे पूर्ण नाव .....  
आईचा आधारकार्ड क्र. (असल्यास)

५) वडिलांचे पूर्ण नाव .....  
वडिलांचा आधारकार्ड क्र. (असल्यास)

५) अ) पतीचे/पत्नीचे पूर्ण नाव .....  
पती/पत्नीचे आधारकार्ड क्र. (असल्यास)

६) मृत व्यक्तित्वचे वय .....  
(जर मृत व्यक्ति १ वर्षापेक्षा जास्त वयाची असेल तर वय पूर्ण वर्षात लिहावे, जर वय १ वर्षापेक्षा कमी वय असेल तर महिन्यांमध्ये वय लिहावे, जर वय १ महिन्यापेक्षा कमी असेल तर वय दिवसात लिहावे व एका दिवसापेक्षा कमी असेल तर वय तासात लिहावे)

७) मयत व्यक्तित्वचा मृत्युसमयीचा पत्ता .....  
८) मयत व्यक्तित्वचा कायमचा पत्ता .....  
९) मृत्यूचे ठिकाण .....  
(खाली नमूद केलेल्या अ, ब किंवा क पैकी एका मध्ये संपूर्ण माहिती भरण्यात यावी.) उदा.  
हॉस्पिटल / घर / जेथे मृत्यु झाला असेल ते ठिकाण.

अ. रुग्णालय/संस्था .....  
नांव व पत्ता .....  
ब. घर .....  
(घराचा टपालाचा पत्ता)  
क. इतर .....  
१०) माहिती देणा-याचे नाव व पत्ता .....  
दिनांक ..... माहिती देणा-याची सही/डाव्या हाताचा अंगठा

निबंधकाचे भरावयाची माहिती

नॉदणी क्रमांक ..... नॉदणी दिनांक .....  
नॉदणी संस्थेचे नांव ..... गांव/शहर .....  
जिल्हा .....  
शेरा .....  
प्रमाणपत्र दिल्याचा दिनांक ..... प्राधिकाऱ्याचा पत्ता .....  
निबंधकाचे नाव, सही व शिक्का

मृत्यु अहवाल  
सांख्यिकी माहिती

या भागाची माहिती कापून पुढील संकलनासाठी पं.स./न.पा./म.न.पा./कें.बोर्ड/कडे पाठविण्यात यावी.

माहिती देणा-याने खालील रकाने भरावेत.

११) मृत व्यक्तीचे नेहमीचे राहण्याचे ठिकाण  
(हे ठिकाण मृत्यूच्या ठिकाणापेक्षा वेगळे असू शकेल.)

अ) गाव/शहराचे नाव .....

ब) गाव आहे का शहर आहे \*  
१) गाव २) शहर

क) जिल्ह्याचे नाव .....

ड) राज्याचे नाव .....

१२) कुटुंबाचा धर्म \*

१) हिंदु २) मुस्लीम ३) ख्रिश्चन  
४) इतर धर्म (धर्माचे नाव लिहावे).....

१३) मृत व्यक्तित्वचा व्यवसाय/नोकरी .....

(जर नसेल तर निरंक लिहावे)

१४) मृत्यूपूर्वी चेतलेल्या वैद्यकीय सेवेचा प्रकार \*

१) वैद्यकीय संस्था  
२) या व्यतिरिक्त इतर वैद्यकीय सेवा  
३) वैद्यकीय सेवा मिळाली नाही.

१५) मृत्यूचे कारण वैद्यकीयदृष्ट्या प्रमाणित आहे का ? \*  
अ) आहे ब) नाही

१६) रोगाचे नाव किंवा नेमके मृत्यूचे नेमके कारण  
(वैद्यकीयदृष्ट्या प्रमाणित आहे किंवा नाही याच्याशी संबंधित नाही.)

१७) मृत व्यक्ती स्त्री असेल व मृत्यु गरोदरपणी,  
प्रसूतीच्यावेळी किंवा प्रसूतीनंतर ६ आठवड्यात  
झाला तरच रकाना माहिती भरावी

१८) सिगारेट, विडी किंवा तत्सम पदार्थाचे व्यसन  
होते का?..... असल्यास किती वर्षे.....

१९) तंबाखू खाण्याचे व्यसन होते का ?.....  
असल्यास किती वर्षे.....

२०) सुपारी किंवा पान मसाला खाण्याचे व्यसन  
होते का? ..... असल्यास किती वर्षे.....

२१) दारू किंवा तत्सम उत्तेजक पदार्थाचे व्यसन  
होते का?..... असल्यास किती वर्षे.....

( नमूद रकाने पूर्ण भरून झाल्यावर डावीकडील  
सही करावी.)

स्तंभात माहिती देणा-याने

निबंधकाचे भरावयाची माहिती

| ठिकाण        | नाव | केड नं. (जनगणना) |
|--------------|-----|------------------|
| जिल्हा       |     |                  |
| तालुका       |     |                  |
| गाव/शहर      |     |                  |
| नॉदणी संस्था |     |                  |

नॉदणी क्रमांक ..... नॉदणी दिनांक .....  
मृत्यूचा दिनांक ..... मृताचे वय .....

लिंग \* १) पुरुष २) स्त्री  
मृत्यूचे ठिकाण \* अ) हॉस्पिटल ब) घर क) इतर

निबंधकाचे नाव, सही व शिक्का

माहिती देणा-याने खालील रकाने भरावेत.

१) जन्म दिनांक .....  
दिनांक महिना वर्ष

२) लिंग \* : पुरुष स्त्री

३) वडिलांचे नाव : .....  
(संपूर्ण नाव लिहावे)

वडिलांचा आधारकार्ड क्र. (असल्यास)

४) आईचे नाव : .....  
(संपूर्ण नाव लिहावे)

आईचा आधारकार्ड क्र. (असल्यास)

५) बाळाचे जन्माचे वेळी आईवडिलांचा पत्ता .....

६) आईवडिलांचा कायमचा पत्ता .....

७) जन्माचे ठिकाण

(खाली नमूद केलेल्या अ, ब किंवा क पैकी एक मध्ये संपूर्ण माहिती भरण्यात यावी.) उदा. हॉस्पिटल / घर/ इतर  
ठिकाणी जेथे जन्म झाला असेल ते ठिकाण.

अ. रुग्णालय/संस्था : .....

नाव व पत्ता : .....

ब. घर : .....

(घराचा टपालाचा पत्ता)

क. इतर : .....

८) माहिती देणा-याचे नाव व पत्ता: .....

दिनांक ..... माहिती देणा-याची सही/डाव्या हाताचा अंगठा

निबंधकाने भरावयाची माहिती

नोंदणी क्रमांक ..... नोंदणी दिनांक .....

नोंदणी संस्थेचे नांव .....

गांव/शहर ..... जिल्हा ..... जेरा .....

प्रमाणपत्र दिल्याचा दिनांक

प्राधिकाऱ्याचा पत्ता

निबंधकाचे नाव, सही व शिक्का

टीप : \* योग्य त्या ठिकाणी ✓ खूप करावी

माहिती देणा-याने खालील रकाने भरावेत.

९) आईचे नेहमीचे राहण्याचे ठिकाण .....  
(जेथे आई नेहमी राहते ते ठिकाण, जेथे प्रसुती झाली त्यापेक्षा वेगळे असू शकेल)

अ) गाव/शहराचे नाव .....

ब) गाव आहे का शहर आहे \*

१) गाव २) शहर

क) जिल्ह्याचे नाव .....

ड) राज्याचे नाव .....

१०) मुलाच्या जन्माच्या वेळी आईचे वय ..... वर्षे

११) आईचे शिक्षण .....  
(जी इयत्ता/पदवी पास होऊन पूर्ण केली असेल ते शिक्षण लिहावे.)

१२) प्रसुती कोठे झाली \* कोणी केली \*

अ) प्रासकीय संस्था

ड) डॉक्टर, नर्स, प्रशिक्षित दाई

ब) खाजगी संस्था

इ) पारंपारिक दाई

क) घरी का इतर ठिकाणी

फ) नातेवाईक किंवा इतर

१३) गरोदरपणाचा कालावधी (आठवड्यात)

१४) उपजत मृत्युचे कारण .....  
(माहिती असल्यास)

(नमूद रकाने पूर्ण भरून झाल्यावर डावीकडील स्तंभात माहिती देणा-याने सही करावी.)

निबंधकाने भरावयाची माहिती

| ठिकाण         | नाव | सौद नं. (जनगणना) |
|---------------|-----|------------------|
| जिल्हा        |     |                  |
| तालुका        |     |                  |
| गाव/शहर       |     |                  |
| नोंदणी संस्था |     |                  |

नोंदणी क्रमांक ..... नोंदणी दिनांक .....

जन्माचा दिनांक .....

लिंग \* १) पुरुष २) स्त्री

जन्माचे ठिकाण \* अ) हॉस्पिटल

ब) घर

क) इतर

निबंधकाचे नाव, सही व शिक्का

## FORM NO.4

(See Rule 7)

## MEDICAL CERTIFICATION 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 ..... A.M./P.M.

| NAME OF DECEASED :-                                                                                                                                                                                                    |                                    |                                          |                                           |                                          | For use of<br>Statistical Office                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| Sex                                                                                                                                                                                                                    | Age at Death                       |                                          |                                           |                                          |                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                        | If 1 year or more,<br>age in years | If less than 1<br>year, age in<br>months | If less than one<br>month, age in<br>days | If less than one<br>day, age in<br>hours |                                                  |
| 1. Male<br>2. Female                                                                                                                                                                                                   |                                    |                                          |                                           |                                          |                                                  |
| CAUSE OF DEATH                                                                                                                                                                                                         |                                    |                                          |                                           |                                          | Interval<br>between on set<br>& death<br>approx. |
| <b>I</b><br><b>Immediate cause</b> (a) .....<br>State the disease, injury or complication<br>which caused death, not the mode of<br>dying such as heart failure, asthenia, etc. Due to (or as a consequences of) ..... |                                    |                                          |                                           |                                          |                                                  |
| <b>Antecedent cause</b> (b) .....<br>Morbid conditions, if any, giving<br>rise to the above cause, stating<br>underlying conditions last Due to (or as a consequences of) .....                                        |                                    |                                          |                                           |                                          |                                                  |
| (c) .....                                                                                                                                                                                                              |                                    |                                          |                                           |                                          |                                                  |
| <b>II</b><br><b>Other significant conditions contributing</b> .....<br>to the death but not related to the disease<br>or conditions causing it .....                                                                   |                                    |                                          |                                           |                                          |                                                  |

How did the injury occur ?

.....  
 .....

**Manner of Death**

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

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

(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 CERTIFICATION 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 Death :** 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 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 last in Part I.

Morbid conditions or injuries may be present which were not directly related to the chain 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 legible 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 questions 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 be not 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, in part I and in part 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, Neoplasms 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 or 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, diarrhoea, 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, gives 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.4 A**

(See Rule 7)

**MEDICAL CERTIFICATION OF CAUSE OF DEATH**(For non-institutional deaths. Not to be used for still births)  
To be sent to Registrar along with Form No.2 (Death Report)

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

| NAME OF DECEASED :-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                    |                                          |                                           |                                          | For use of<br>Statistical Office                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| Sex                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Age at Death                       |                                          |                                           |                                          |                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | If 1 year or more,<br>age in years | If less than 1<br>year, age in<br>months | If less than one<br>month, age in<br>days | If less than one<br>day, age in<br>hours |                                                                             |
| 1. Male<br>2. Female                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                    |                                          |                                           |                                          |                                                                             |
| <b>CAUSE OF DEATH</b><br><b>I</b><br><b>Immediate cause</b> (a) .....<br>State the disease, injury or complication which caused death, not the mode of dying such as heart failure, asthenia, etc. Due to (or as a consequences of) .....<br><b>Antecedent cause</b> (b) .....<br>Morbid conditions, if any, giving rise to the above cause, stating underlying conditions last .....<br>(c) .....<br><b>II</b><br><b>Other significant conditions contributing</b> .....<br>to the death but not related to the disease .....<br>or conditions causing it ..... |                                    |                                          |                                           |                                          | Interval<br>between on set<br>& death<br>approx.<br>.....<br>.....<br>..... |

If deceased was a female, was the death associated with pregnancy ? 1. Yes 2. No

If yes, was there a delivery ? 1. Yes 2. No

Name and signature of the Medical Practitioner certifying the cause of death  
Date of certification .....

SEE REVERSE FOR INSTRUCTION

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

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

Name and Signature of  
Medical Practitioner/Medical  
attendant with Registration No.

## MEDICAL CERTIFICATION 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 Death :** 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 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 last in Part I.

Morbid conditions or injuries may be present which were not directly related to the chain 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 legible 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 questions 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 be not 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, in part I and in part 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, Neoplasms 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 or 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, diarrhoea, 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.



**महाराष्ट्र शासन**  
**GOVERNMENT OF MAHARASHTRA**  
**आरोग्य विभाग**  
**HEALTH DEPARTMENT**

प्रमाणपत्र निर्गमित करणाऱ्या स्थानिक क्षेत्राचे नाव

Name of local body issuing certificates



**मृत्यु प्रमाणपत्र**  
**DEATH CERTIFICATE**

(जन्म व मृत्यु नोंदणी अधिनियम, १९६९ च्या कलम १२/१७ आणि महाराष्ट्र जन्म आणि मृत्यु नोंदणी नियम, २००० चे नियम ८/१३ अन्वये देण्यात आले आहे.)

(Issued under section 12/17 of the Registration of Births & Deaths Act, 1969 and Rule 8/13 of the Maharashtra Registration of Births and Deaths Rules, 2000.)

प्रमाणित करण्यात येत आहे की, खालील माहिती मृत्युच्या मूळ अभिलेखाच्या नोंदवहीतून घेण्यात आली आहे, जी की (स्थानिक क्षेत्र) \_\_\_\_\_, तालुका \_\_\_\_\_, जिल्हा \_\_\_\_\_, महाराष्ट्र राज्य च्या नोंदवहीत उल्लेख आहे.

This is to certify that the following information has been taken from the original record of death which is the register for (local area/local body) \_\_\_\_\_ of tahsil /block \_\_\_\_\_ of District \_\_\_\_\_ of Maharashtra State.

मृताचे पूर्ण नाव : \_\_\_\_\_

Full Name of Deceased : \_\_\_\_\_

मृत्यु दिनांक : \_\_\_\_\_

Date of Death : \_\_\_\_\_

आईचे पूर्ण नाव : \_\_\_\_\_

Full Name of Mother : \_\_\_\_\_

लिंग : \_\_\_\_\_

Sex : \_\_\_\_\_

मृत्युचे ठिकाण : \_\_\_\_\_

Place of death : \_\_\_\_\_

वडिलांचे पूर्ण नाव : \_\_\_\_\_

Full Name of Father : \_\_\_\_\_

पतीचे /पत्नीचे पूर्ण नाव : \_\_\_\_\_

Full Name of Husband/Wife : \_\_\_\_\_

मयत व्यक्तीचा मृत्यूसमयीचा पत्ता : \_\_\_\_\_

मयत व्यक्तीचा कायमचा पत्ता : \_\_\_\_\_

Address of the deceased at the time of death: \_\_\_\_\_

Permanent address of the deceased : \_\_\_\_\_

नोंदणी क्रमांक : \_\_\_\_\_

Registration No. : \_\_\_\_\_

शेरा : \_\_\_\_\_

Remarks (If any) : \_\_\_\_\_

नोंदणी दिनांक : \_\_\_\_\_

Date of Registration : \_\_\_\_\_

प्रमाणपत्र दिल्याचा दिनांक : \_\_\_\_\_

Date of issue : \_\_\_\_\_

शिक्का / Seal

निर्गमित करणाऱ्या प्राधिकाऱ्याची सही

Signature of the issuing authority

प्राधिकाऱ्याचा पत्ता : \_\_\_\_\_

Address of the issuing authority : \_\_\_\_\_

“प्रत्येक जन्म आणि मृत्यूची घटना नोंदल्याची खात्री करा”

“Ensure Registration of every birth & death”