''बिजनेस पोस्ट के अन्तर्गत डाक शुल्क के नगद भुगतान (बिना डाक टिकट) के प्रेषण हेतु अनुमत. क्रमांक जी. 2-22-छत्तीसगढ़ गजट/38 सि. से. भिलाई, दिनांक 30-5-2 01.''

पंजीयन क्रमांक ''छत्तीसगढ़/दुर्ग/सी. ओ./रायपुर/17/2002.''

सत्यमेव जयते

छत्तीसगढ़ राजपत्र

(असाधारण)

प्राधिकार से प्रकाशित

क्रमांक 92] रायपुर, बुधवार दिनांक 10 अप्रैल 2002 चैत्र 20, शक 1924

वित्त, वाणिज्यिक कर, योजना, आर्थिक एवं सांख्यिकी तथा 20 सूत्रीय कार्यक्रम क्रियान्वयन विभाग

मंत्रालय, दाऊ कल्याण सिंह भवन, रायपुर

रायपुर, दिनांक 3 अप्रैल 2002

अधिसूचना

क्रमांक 386/405/2002/23/योआसां—जन्म और मृत्यु रजिस्ट्रीकरण अधिनियम, 1969 की धारा 10 (2) एवं (3) के तहत राज्य शासन, एतद्द्वारा निम्नलिखित चिकित्सालयों एवं निजी चिकित्सा व्यवसायियों को मृत्यु के कारणों का चिकित्सीय प्रमाण -पत्र (प्ररूप क्रमांक 4/4 क में) जारी करना अनिवार्य करता है :

(1) छत्तीसगढ़ राज्य के सभी ग्रामीण एवं नगरीय क्षेत्रों के समस्त शासकीय एवं निजी चिकित्सालय/नर्सिंग होम (विशेष चिकित्सालयों सहित).

(2) छत्तीसगढ़ राज्य के ग्रामीण एवं नगरीय क्षेत्रों के निजी संगठनों, समितियों और अर्धशासकीय संस्थाओं द्वारा संचालित समस्त चिकित्सालय.

(3) छत्तीसगढ़ राज्य के नगरीय क्षेत्रों में मृतक की अंतिम परिचर्या करने वाले सभी निजी चिकित्सा व्यवसायी.

ये प्रमाण-पत्र अधिनियम की व्यवस्थानुसार मृत्यु से संबंध इत्तिला देने के लिये अपेक्षित व्यक्ति/संस्था द्वारा मृत्यु की सूचना देने के साथ ही संबंधित रजिस्ट्रार (जन्म-मृत्यु) को प्रस्तुत किये जावेंगे . प्रमाण-पत्र का एक निर्धारित भाग मृतक के संबंधी को भी दिया जावेगा .

प्ररूप क्रमांक -4

(नियम 7 देखिए)

मृत्यु के कारणों का चिकित्सीय प्रमाण-पत्र

(अस्पताल के रोगियों हेतु . मृत जन्म के लिये उपयोग न करें)
प्ररूप क्रमांक 2 (मृत्यु रिपोर्ट) के साथ रजिस्ट्रार को भेजने के लिये

अस्पताल का नाम ....

मैं, एतद्द्वारा, यह प्रमाणित करता हूँ कि व्यक्ति जिसके ब्यौरे नीचे दिये गये हैं, को मृत्यु अस्पताल के वार्ड क्रमांक .... में दिनांक ....समय .... पूर्वान्ह / अपरान्ह को हुई .

लिंग	मृत्यु के समय आयु				सांख्यिकी कार्यालय के उपयोग हेतु
	यदि एक वर्ष या अधिक हो तो आयु वर्ष में	यदि एक वर्ष से कम आयु हो तो आयु मास में	यदि एक मास से कम आयु हो तो आयु दिनों में	यदि एक दिन से कम आयु हो तो आयु घंटों में	
1. -पुरुष 2. -स्त्री					

		रोग का प्रकोप होने और मृत्यु होने के बीच के अंतराल की अनुमानित अवधि	
मृत्यु का कारण I. तात्कालिक कारण रोग, चोट या व्याधी का नाम जिसके कारण मृत्यु हुई कथन करें . मृत्यु का प्रकार जैसे कि हृदय गति बंद होने, अस्थेनियां इत्यादि का कथन नहीं करें .	(क) .... के कारण (या के परिणामस्वरूप)	....	....
पूर्ववर्ती कारण पूर्व विकृत स्थितियाँ, यदि कोई हों, जो उपरोक्त कारण बनने में सहयोगी रही हों, अन्त में अन्तर्निहित स्थिति का कथन करें .	(ख) .... के कारण (या परिणामस्वरूप) (ग)	....	....
II अन्य महत्वपूर्ण स्थितियां जो मृत्यु की सहयोगी हों परन्तु जिनका रोग या रोग उत्पन्न करने वाली स्थितियों से कोई संबंध न हो .			

मृत्यु का प्रकार 1. प्राकृतिक 2. दुर्घटना 3. आत्महत्या 4. मानव बध 5. अन्वेषण लंबित	चोट कैसे लगी ?
यदि महिला थी, तो क्या गर्भावस्था थी ? मृत्यु उससे सम्बन्धित थी, 1. हाँ	2 नहीं
यदि हाँ, तो क्या प्रसव हुआ ? 1. हाँ	2 नहीं

सत्यापन का दिनांक ....

मृत्यु का कारण प्रमाणित करने वाले
चिकित्सीय परिचालक का नाम एवं हस्ताक्षर

....

(पृथक किया जाए तथा मृतक के नातेदार को सौंपे)

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/कुमारी ....

आत्मज/पत्नी/पुत्री श्री .... निवासी

....

दिनांक .... को इस अस्पताल में भर्ती हुए और दिनांक ....

को मृत्यु हुई .

चिकित्सक.......................................
(चिकित्सा अधीक्षक अस्पताल का नाम)

प्ररूप क्रमांक -4 क

(नियम 7 देखिए)

मृत्यु के कारणों का चिकित्सीय प्रमाण-पत्र

(गैर संस्थागत मृत्युओं के लिये . मृत जन्म के लिए उपयोग नहीं किया जाए)

प्ररूप क्रमांक 2 (मृत्यु रिपोर्ट) के साथ रजिस्ट्रार को भेजने के लिये

मैं, एतद्द्वारा, प्रमाणित करता हूं कि मृतक श्री/श्रीमती/कुमारी ....आत्मज/
पत्नी/पुत्री श्री .... निवासी .... दिनांक...
से ....तक मेरी चिकित्सा में था /थी और उनकी मृत्यु दिनांक .... को
.... बजे (पूर्वान्ह / अपरान्ह) को हुई .
मृतक का नाम ....

लिंग	मृत्यु के समय आयु				सांख्यिकी कार्यालय के उपयोग हेतु
	आयु पूर्ण वर्षों में	यदि एक वर्ष से कम आयु हो तो आयु पूर्ण मासों में	यदि एक मास से कम आयु हो तो आयु पूर्ण दिनों में	यदि एक दिन से कम आयु हो तो आयु पूर्ण घंटों में	
1. -पुरुष 2. स्त्री					

मृत्यु का कारण	रोग का प्रकोप होने और मृत्यु होने के बीच के अंतराल की अनुमानित अवधि	
I. तात्कालिक कारण रोग, चोट या व्याधी का नाम जिसके कारण मृत्यु हुई कथन करें, मृत्यु का प्रकार जैसे कि हृदय गति बंद होने, अस्थेनियां इत्यादि का कथन नहीं करें. (क) .... के कारण (या के परिणामस्वरूप)	....	....
पूर्ववर्ती कारण पूर्व विकृत स्थितियाँ, यदि कोई हों, जो उपरोक्त कारण बनने में सहयोगी रही हों, अन्त में अन्तर्निहित स्थिति का कथन करें. (ख) .... के कारण (या परिणामस्वरूप) (ग)	....	....
II अन्य महत्वपूर्ण स्थितियां जो मृत्यु की सहयोगी हों परन्तु जिनका रोग या रोग उत्पन्न करने वाली स्थितियों से कोई संबंध न हो.		
यदि मृतक महिला थी, तो क्या गर्भावस्था थी, मृत्यु उससे सम्बन्धित थी ?	1. हाँ	2 नहीं
यदि हाँ, तो क्या प्रसव हुआ ?	1. हाँ	2 नहीं

प्रमाणीकरण का दिनांक ....

मृत्यु का कारण प्रमाणित करने वाले
चिकित्सीय परिचारक का नाम एवं हस्ताक्षर

(पृथक किया जाए तथा मृतक के नातेदार को सौंपे)

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/कुमारी ....

आत्मज/पत्नी/पुत्री श्री .... निवासी ....

दिनांक ....से .... तक मेरी चिकित्सा में थे /थी और उनकी मृत्यु दिनांक .... को ....

बजे पूर्वान्ह/अपरान्ह में हुई .

चिकित्सक..................................
(चिकित्सक का पता एवं हस्ताक्षर
रजिस्ट्रीकरण क्रमांक सहित)

Raipur, the 3rd April, 2002

NOTIFICATION

No.385/405/2002/23/ES.— Under the provisions of Section 10 (2) and (3) of the Registration of Births and Deaths Act, 1969 the State Government hereby makes it compulsory, to issue Medical Certificate of cause of Death (in prescribed form 4/4A) for all the Hospitals and private medical practitioners mentioned below :-

1. All Government and private hospitals, nursing homes (including specialised hospitals) of rural and urban areas of Chhattisgarh State.
2. All hospitals managed by private organisations, societies and semi-government organisations of rural and urban areas of Chhattisgarh State .
3. All private Medical practitioners of urban areas of Chhattisgarh State who attended last at the time of death.

The certificates will be presented to the concerned registrar of Births and Deaths at the time of giving information of death as required under the Act. Prescribed part of the certificate will also be handed over to the relative of the deceased.

FORM – 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 .... A.M./P.M.

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 months, 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 conditions last .	(b) .... due to (or as a consequences of)			....		....
	(c)			....		....
II. Other significant conditions contributing to the death but not related to the disease or conditions causeing it.	....			....		....

Manner of Death

How did the Injury occur ?

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

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 relative of the deceased)

Certified that Shri/Smt/Ku. .... S/W/D of Shri..

R/O .... was admitted to this hospital on .... and expired on ....

DOCTOR ....

(Medical Supdt.Name of Hospital)

FORM – 4 A

(See Rule 7)

MEDICAL CERTIFICATE 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/Ku...
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 :

Sex	Age at Death				For use of Statistical Office
	Age in completed years	If less than 1year, age in months	If less than one months, 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 conditions last	(b) .... due to (or as a consequences of)			....	....
	(c)			....	....
II. Other significant conditions contributing to the death but not related to the disease or conditions causing it.	....			....	....

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 practitioner certifying the cause of death
Date of certification ....

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

Certified that Shri/Smt/Ku. .... 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.

छत्तीसगढ़ के राज्यपाल के नाम से तथा आदेशानुसार,
एस.पी. त्रिवेदी, विशेष-सचिव.

नियंत्रक, मुद्रण तथा लेखन सामग्री, छत्तीसगढ़ द्वारा शासकीय क्षेत्रीय मुद्रणालय, राजनांदगांव से मुद्रित तथा प्रकाशित - 2002.