

आर जी आई/सी जी एच आर अग्रदर्शी अध्ययन  
सै.र.प्र.-वरबल ऑटोप्सी फार्म  
फार्म 10 ग : बालिग मृत्यु (आयु 15 वर्ष या अधिक)

गोपनीय

सै.र.प्र. यूनिट नम्बर

विशेष फार्म संख्या

3

वर्ष: 20

1st एच वाई एस

2nd एच वाई एस

परिवार के मुखिया का नाम

मुखिया का परिचय कोड

मृतक का पूरा नाम

मृतक का परिचय कोड

खण्ड 1: मृतक एवं उत्तरदाता का विवरण

उत्तरदाता का विवरण

1. उत्तरदाता का नाम

उत्तरदाता का परिचय कोड

2. उत्तरदाता का मृतक से संबंध

1. पत्नी/पति  7. ब्रदर/सिस्टर इन ला  
 2. भाई/बहन  8. सास/ससुर  
 3. पुत्र/पुत्री  9. दादा दादी/नाना नानी  
 4. माता/पिता  10. अन्य संबंधी  
 5. पौत्र/पौत्री/दोहता/दोहती  11. पड़ोसी/कोई संबंध नहीं  
 6. दामाद/पुत्रवधु  99. पता नहीं

3. क्या जिसके कारण मृत्यु हुई उस बीमारी के दौरान उत्तरदाता मृतक के साथ रहता था?

1. हां  2. नहीं  9. पता नहीं

4. उत्तरदाता की आयु (पूर्ण वर्षों में)

5. उत्तरदाता का लिंग

1. पुरुष  2. स्त्री

मृतक का विवरण

6. आयु वर्षों में

7. लिंग

1. पुरुष  2. स्त्री

8. क्या पेशे/काम के लिए वह घर से दूर रहा है?

1. हां  2. नहीं  9. पता नहीं

8ख. यदि हां तो एक वर्ष में कितने महीने?

1. एक महीने से कम  3. तीन महीने से अधिक  
 2. एक से तीन महीने के बीच

9. मृतक का परिवार के मुखिया से संबंध

1. पत्नी/पति  8. सास/ससुर  
 2. भाई/बहन  9. दादा दादी/नाना नानी  
 3. पुत्र/पुत्री  10. अन्य संबंधी  
 4. माता/पिता  11. पड़ोसी/कोई संबंध नहीं  
 5. पौत्र/पौत्री/दोहता/दोहती  12. स्वयं  
 6. दामाद/पुत्रवधु  99. पता नहीं  
 7. ब्रदर/सिस्टर इन ला

10. मृतक के घर का पता (पिन कोड सहित)

11. मृतक कितने वर्षों तक इस पते पर रहा?

12. मृत्यु की तारीख (दिन/माह/वर्ष)

D D / M M / Y Y

13. मृत्यु का स्थान?

1. घर  3. अन्य स्थान  
 2. स्वास्थ्य संस्थान  9. पता नहीं

14. उत्तरदाता के विचार से व्यक्ति की मृत्यु का कारण? (बीमारी के बारे में उत्तरदाता को अपने शब्दों में बताने दें)

खण्ड 2: विगत विवरण

क्या किसी डाक्टर ने कभी बताया था कि मृतक को निम्नलिखित बीमारियां हैं?

	हां	नहीं	पता नहीं
15. उच्चरक्तचाप	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. हृदय रोग	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. अघात (लकवा)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. मधुमेह	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. तपेदिक	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. एच.आई.वी./एड्स	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. कैंसर (वृत्तान्त में कैंसर के स्थान को लिखें)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. अस्थमा/दमा	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. अन्य दीर्घकालिक बीमारियां (लिखित वृत्तान्त में लिखें)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. पिछले वर्ष के दौरान क्या मृतक के वजन में सार्थक बदलाव आया था?			
<input type="checkbox"/> 1 लगभग वैसा ही था।(कोई बदलाव नहीं)	<input type="checkbox"/> 3 हाँ, सार्थक कमी हुई (2.5 किलो कमी या अधिक)		
<input type="checkbox"/> 2 हाँ, सार्थक वृद्धि हुई (2.5 किलो वृद्धि या अधिक)	<input type="checkbox"/> 9 पता नहीं		

25. क्या पिछले पाँच वर्षों से मृतक कोई औषधीय उपचार नियमित रूप से ले रहा था? केवल हिन्दी या अंग्रेजी में तीन तक दर्ज करें।

