**Mẫu chứng nhận y tế về nguyên nhân tử vong**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Thông tin chung về hành chính***  Họ và tên: ………………………………………………………………………………………… | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Giới tính | Nữ | | | | | | | | | | Nam | Không rõ | | | | | | | | | |
| Ngày sinh | D | D | M | M | | Y | Y | | Y | Y | Ngày tử vong | D | D | M | | M | Y | Y | Y | Y | |
| ***Phần A*: Thông tin về Y tế: Phần 1 và 2** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bệnh hoặc tình trạng bệnh trực tiếp dẫn đến tử vong (dòng a)\*  Bệnh, nếu có, dẫn đến nguyên nhân trên (chuỗi sự kiện),    Nguyên nhân tử vong chính (underlying cause) để dòng cuối |  | |  | | Nguyên nhân tử vong | | | | | | | | | | Khoảng thời gian ước tính từ khi xảy ra sự kiện đến khi tử vong | | | | | |
|  | | a | |  | | | | | | | | | |  | | | | | |
| b | | Do (hoặc hậu quả của): | | | | | | | | | |  | | | | | |
| c | | Do (hoặc hậu quả của): | | | | | | | | | |  | | | | | |
| d | | Do (hoặc hậu quả của): | | | | | | | | | |  | | | | | |
| **2.** Các tình trạng quan trọng khác góp phần vào tử vong nhưng không liên quan tới bệnh hoặc tình trạng bệnh gây ra tử vong | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |

\* Đây không phải là hình thức tử vong, ví dụ suy tim, suy hô hấp mà có nghĩa là bệnh, chấn thương hoặc biến chứng gây ra tử vong.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Phần B*: Các thông tin y tế bổ sung** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Phẫu thuật có được thực hiện trong vòng 4 tuần qua? | | | | | | | | | Có | | | Không | | | | | Không biết | | | | | | | | | | | |
| Nếu có xin vui lòng ghi rõ ngày phẫu thuật | | | | | | | | | | | D | | | D | | M | | | | | | M | Y | Y | | Y | | Y |
| Nếu có, vui lòng ghi rõ lý do phải phẫu thuật (bệnh hoặc tình trạng) | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Đã khám nghiệm tử thi? | | | | | | | | | Có | | | Không | | | | | | Không biết | | | | | | | | | | |
| Nếu có khám nghiệm, kết quả khám nghiệm có được sử dụng để ghi trong chứng nhận? | | | | | | | | | Có | | | Không | | | | | | Không biết | | | | | | | | | | |
| **Hình thức tử vong (Manner of death):** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bệnh | | | Tấn công | | | | | | | | | | | Không thể xác định | | | | | | | | | | | | | | |
| Tai nạn | | | Can thiệp pháp lý | | | | | | | | | | | Chờ điều tra | | | | | | | | | | | | | | |
| Cố ý làm hại bản thân | | | Chiến tranh | | | | | | | | | | | Không biết | | | | | | | | | | | | | | |
| Nếu là nguyên nhân bên ngoài hoặc ngộ độc: | | | | | | | Ngày bị chấn thương | | | | | D | | | D | M | | | | | M | | Y | Y | | Y | | Y |
| Vui lòng mô tả nguyên nhân bên ngoài xảy ra (Nếu ngộ độc, vui lòng ghi rõ chất gây ngộ độc) | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nơi xảy ra tử vong do nguyên nhân bên ngoài** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tại nhà | Khu dân cư | | | | Trường học, tổ chức khác, khu hành chính công | | | | | | | | | | | | | | Khu thể thao và vận động thể thao | | | | | | | | | |
| Đường phố và đường cao tốc | Khu thương mại và dịch vụ | | | | Khu công nghiệp | | | | | | | | | | | | | | Nông trại | | | | | | | | | |
| Địa điểm khác (vui lòng ghi rõ): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Không biết | | | | | | | | | |
| Tử vong thai nhi hoặc trẻ sơ sinh | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mang thai nhiều lần | | | | | | | | | Có | | | | Không | | | | | Không biết | | | | | | | | | | |
| Chết non? | | | | | | | | | Có | | | | Không | | | | | Không biết | | | | | | | | | | |
| Nếu chết trong vòng 24h, ghi rõ số giờ sống sót sau sinh | | | | | |  | |  | Cân nặng khi sinh (theo gam) | | | | | | | | | | | | | |  |  |  | |  | |
| Số tuần mang thai của thai kỳ | | | | | |  | |  | Tuổi của mẹ (năm) | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | |
| Nếu cái chết là chu sinh, xin vui lòng cho biết tình trạng của người mẹ đã ảnh hưởng đến thai nhi và trẻ sơ sinh | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Đối với phụ nữ, người chết có thai không**? | | | | | | | | | | Có | | | Không | | | | | | | Không biết | | | | | | | | |
| Tại thời điểm tử vong | | | | | | | | | | Trong vòng 42 ngày trước khi chết | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Từ 43 ngày đến 1 năm trước khi chết | | | | | | | | | | Không biết | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Có thai là một phần nguyên nhân gây ra cái chết? | | | | | | | | | | Có | | | Không | | | | | Không biết | | | | | | | | | | |

**Kết luận: Nguyên nhân chính gây tử vong:.......................................................Mã ICD 10:.........**

|  |  |
| --- | --- |
| **Người lập phiếu**  *( ký, ghi rõ họ tên, chức vụ)* | ............., ngày...........tháng...........năm 20.......  **Thủ trưởng cơ quan/tổ chức báo tử**  *(Ký, ghi rõ họ tên, chức vụ, đóng dấu)* |

**Hướng dẫn** điền **biểu mẫu chứng nhận về nguyên nhân tử vong**

Người bệnh đã tử vong được xác định bằng chết sinh học: ngừng thở, ngừng tim; kết quả điện tim, điện não thể hiện bằng một đường thẳng đẳng điện được ít nhất hai bác sĩ khám và kết luận.

Mẫu này gồm 02 phần chính: Phần A, gồm 2 tiểu phần, A1 để mô tả những bệnh có liên quan trong chuỗi các sự kiện trực tiếp dẫn tới tử vong; Cột bên phía tay phải để báo cáo khoảng thời gian ước tính từ khi xảy ra sự kiện đến khi tử vong; và tiểu phần A2 là những tình trạng bệnh không có liên quan nhưng góp phần gây ra tử vong; Phần B thu thập thông tin bổ sung khác liên quan đến tử vong

***Phần A\_1:***

* Nếu chỉ có một bước (một nguyên nhân) trong chuỗi sự kiện, chỉ cần điền vào dòng thứ nhất (mục a).
* Nếu có nhiều hơn một bước, nguyên nhân trực tiếp điền vào mục (a) và nguyên nhân có từ trước tiên điền vào dòng cuối cùng, với bất kỳ nguyên nhân can thiệp nào được nhập vào dòng (b) hoặc dòng (b) và (c).
* Bệnh/tình trạng bệnh ghi dòng thấp nhất ở phần I thường được xác định là nguyên nhân tử vong chính khi thống kê, báo cáo.

Ví dụ về giấy chứng nhận tử vong có 4 bước trong chuỗi sự kiện dẫn đến tử vong trực tiếp như sau:

a) Ngừng thở

b) Hôn mê

c) Ung thư não thứ phát

d) Ung thư vú

Chú ý tới khoảng thời gian ước tính (phút, giờ, ngày, tuần, tháng hoặc năm) từ khi khởi phát bệnh đến khi tử vong, điều này sẽ giúp người kiểm thảo tử vong xác định được chuỗi sự kiện dẫn tới tử vong, và cũng có ích sau đó trong việc hướng dẫn người mã hóa chọn mã thích hợp.

Thuật ngữ “chuỗi sự kiện” đề cập đến hai hoặc nhiều bệnh được ghi vào các dòng kế tiếp nhau ở Phần I, mỗi bệnh ghi ở dòng phía sau là nguyên nhân có thể của bệnh ghi ở dòng phía trước (mối quan hệ nhân quả giữa 2 bệnh).

Nếu có nhiều hơn một nguyên nhân tử vong trong 1 dòng ở giấy chứng nhận tử vong, có thể có nhiều hơn một chuỗi sự kiện được ghi nhận. Trong ví dụ dưới đây ghi nhận 4 chuỗi sự kiện.

| Các nguyên nhân tử vong | Các chuỗi sự kiện tử vong |
| --- | --- |
| (a) Hôn mê  (b) Nhồi máu cơ tim và tai biến mạch máu não  (c) Cao huyết áp, xơ vữa động mạch | Xơ vữa động mạch (dẫn đến) nhồi máu cơ tim (dẫn đến) hôn mê;  Xơ vữa động mạch (dẫn đến) tai biến mạch máu não (dẫn đến) hôn mê;  Cao huyết áp (dẫn đến) nhồi máu cơ tim (dẫn đến) hôn mê;  Cao huyết áo (dẫn đến) tai biến mạch máu não (dẫn đến) hôn mê; |

***Phần A-2***  là thông tin về bất kỳ bệnh điển hình nào khác góp phần vào hậu quả tử vong nhưng không liên quan trực tiếp đến bệnh hoặc tình trạng bệnh gây ra tử vong.

Bác sỹ hoặc cán bộ y tế trạm Y tế nên sử dụng các thông tin về diễn tiến bệnh của người chết và kiến thức lâm sàng của mình để đưa ra nguyên nhân tử vong có trong danh sách nguyên nhân tử vong gợi ý sẵn.

***Phần B*** của giấy chứng nhân tử vong để thu thập thông tin bổ sung về cách/hình thức tử vong, các thông tin liên quan đến phẫu thuật (nếu tử vong liên quan đến phẫu thuật), thông tin về tử vong đối với thai nhi và trẻ sơ sinh và thông tin liên quan đến tử vong mẹ.

*Phần Kết luận: Ghi rõ nguyên nhân chính gây tử vong, mã ICD 10 tương ứng*

*Cuối cùng ghi rõ người lập biểu.*

*Họ và tên người ký, đóng dấu của CSYT*