

رقم بعد الوفاة: مكان الكارثة:

طبيعة الكارثة:

تاريخ الكارثة: اليوم الشهر العام ذكر أنثى غير ذلك مجهول

أ = بيانات غير متوفرة

ب = مرفقات

ج = معلومات أخرى على صفحة المعلومات الإضافية 700

بيانات إدارية) قائمة مرجعية بالعمليات الجارية في المشرحة		التاريخ	أ	ب	ج
150	أجزاء الجثة	نعم (يرجى التحديد): 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>			
155	هل من صور متوفرة؟	نعم وأخذها: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>			
160	هل من أغراض شخصية؟	نعم وأخذها: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>			
165	أخذت البصمات من 01 أصابع/أصابع 02 راحة يد/يدين 03 قدم/قدمان	نعم وأخذها: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> غير ممكن نعم وأخذها: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> غير ممكن نعم وأخذها: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>			
170	الفحص 01 فحص خارجي للجثة 02 تشريح جزئي 03 تشريح كامل 04 اسم أخصائي الأمراض الشارع / الرقم الرمز البريدي/ المدينة الدولة / البلد الهاتف / البريد الإلكتروني	صور (يرجى التحديد): 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> أجل 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> نعم - انظر التقرير المنفصل 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>			
175	فحص الأسنان 01 كامل 02 اسم أخصائي الأسنان الشارع / الرقم الرمز البريدي/ المدينة الدولة / البلد الهاتف / البريد الإلكتروني	صور (يرجى التحديد في الخانة 615) 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> أجل 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>			
180	العينات التي تم سحبها 01 على يد أخصائي الأمراض راجع 545 02 بواسطة أخصائي الأسنان راجع 610	سموم (عند الاقتضاء) 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> بصمة وراثية 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> أجل 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>			

قائمة مرجعية بالمحتويات	مرفقة وكاملة	غير متيسر	ملاحظات
البيانات الإدارية (xx1 الحقول)			
الأغراض الشخصية (xx3 الحقول)			
الأوصاف الجسدية (xx4 الحقول)			
علم الأمراض (xx5 الحقول)			
الأسنان (xx6 الحقول)			
معلومات ثبوتية (xx7 الحقول)			
ملحق اختياري (xx8 الحقول)			

رقم بعد الوفاة:

مكان الكارثة:

طبيعة الكارثة:

اليوم الشهر العام ذكر أنثى غير ذلك مجهول

تاريخ الكارثة:

أ = بيانات غير متوفرة

ب = مرفقات

ج = معلومات أخرى على صفحة المعلومات الإضافية 700

الأجزاء الشخصية		أ	ب	ج					
300 الملابس	1: رقم	2: النوع/الشكل	3: اللون الرئيسي	4: علامة تجارية/الطرز	5: المواد	6: الحجم			
	الراس والعنق								
	غطاء الرأس 101								
	وشاح 102								
	ربطة عنق 103								
	غير ذلك 199								
	الجزء العلوي من الجسم والذراعان								
	بلوزة 201								
	تقويم أسنان 202								
	حمالة صدر 203								
	سترة صوفية 204								
	معطف ، سترة 205								
	قفازان 206								
	معطف طويل 207								
	كنزة 208								
	قميص 209								
	تبيشرت 210								
	قميص داخلي 211								
	صدرية 212								
	غير ذلك 299								
القسم السفلي من الجسم والساقان									
حزام 301									
بنطال قصير 302									
تنورة 303									
جوارب 304									
جورب نسائي 305									
ملابس سباحة 306									
سروال ضيق 307									
بنطال 308									
سروال داخلي 309									
غير ذلك 399									
الجسم بأكمله									
لباس ضيق 401									
توب نسائي 402									
لباس ديني/تقليدي 403									
بزة نظامية 404									
غير ذلك 499									
إذا كان الجواب "99 غير ذلك"، يرجى وصف نوع الغرض في العمود "1 النوع/الشكل".									
305 الحذاء	1: رقم	2: النوع/الشكل	3: اللون الرئيسي	4: علامة تجارية/الطرز	5: المواد	6: الحجم			
حذاء طويل 01									
حذاء مفتوح 02									
حذاء عادي 03									
غير ذلك 99									
صف نوع الحذاء في العمود "1 النوع/الشكل"، مثل حذاء رياضة، صندل									

لا تستخدم سوى الألوان التالية: الأسود والأزرق والبنبي والأخضر والرمادي والبرتقالي والزهري والبنفسجي والأحمر والبيضاء والأصفر وغير محدد.

التوقيع / التاريخ	
الجهة التي قامت بالتسجيل	الصفة الوظيفية :
	الاسم :
	العنوان :
	الهاتف / البريد الإلكتروني :

رقم بعد الوفاة: _____ مكان الكارثة: _____

طبيعة الكارثة: _____

تاريخ الكارثة: اليوم الشهر العام ذكر أنثى غير ذلك مجهول

أ = بيانات غير متوفرة

ب = مرفقات

ج = معلومات أخرى على صفحة المعلومات الإضافية 700

الأعراض الشخصية	أ	ب	ج
310 الساعة 01 ساعة يد رقمية 02 ساعة يد بعقارب 03 ساعة يد رقمية / بعقارب 04 ساعة ذكية 05 ساعة اليد، عند وجودها موضوعة على 06 سوار/حزام الساعة 07 ساعة من نوع آخر	رقم: 1 علامة تجارية/الطرار 2 الطراز 3 اللون الرئيسي 4 المواد 5 النقش		
1 يسار <input type="checkbox"/> 2 اليمين <input type="checkbox"/> 3 ظاهره <input type="checkbox"/> 4 باطنه <input type="checkbox"/> 1 جلدي <input type="checkbox"/> 2 معدني <input type="checkbox"/> 3 مطاطي <input type="checkbox"/> 4 غير ذلك (يرجى التحديد) _____ الموقع في الجسم: _____			
315 النظارات 01 البنية 02 عدسة النظارة 03 شكل العدسة 04 مادة العدسة ونوعها	رقم: 1 علامة تجارية/الطرار 2 الطراز 3 اللون الرئيسي 4 المواد 5 النقش		
1 متغيرة اللون <input type="checkbox"/> 2 ملونة لا <input type="checkbox"/> 3 نعم، يرجى التحديد <input type="checkbox"/> 1 دائري <input type="checkbox"/> 2 بيضاوي <input type="checkbox"/> 3 مربع <input type="checkbox"/> 4 نصف <input type="checkbox"/> 5 دون إطار <input type="checkbox"/> 6 إطار كامل <input type="checkbox"/> 1 زجاجية <input type="checkbox"/> 2 متعددة الكريون <input type="checkbox"/> 3 ثنائية البؤرة <input type="checkbox"/> 4 متزايدة القوة <input type="checkbox"/>			
320 العدسات اللاصقة 1 لا <input type="checkbox"/> 2 نعم (يرجى التحديد إذا كانت ملونة) <input type="checkbox"/>	نعم (يرجى التحديد إذا كانت ملونة) <input type="checkbox"/> رقم التسلسلي _____		
325 معينات السمع 01 يسار 02 يمين	نعم، يرجى التحديد <input type="checkbox"/> رقم التسلسلي _____ نعم، يرجى التحديد <input type="checkbox"/> رقم التسلسلي _____		
330 جهاز تعويضي خارجي 1 لا <input type="checkbox"/> 2 نعم، يرجى التحديد <input type="checkbox"/>	نعم، يرجى التحديد <input type="checkbox"/> رقم التسلسلي _____		
335 الحلي 01 خلخال 02 سوار 03 أقراط تثبت بمكبس 04 أقراط تعلق في ثقب الأذن 05 سلسلة عنق 06 قلادة 07 خاتم في الأنف 08 حلقة معلقة بسلسلة 09 خاتم زواج 10 خواتم أخرى 99 غير ذلك	رقم: 1 النوع/الشكل 2 اللون الرئيسي 3 المواد 4 النقش 5 الموقع في الجسم		
"إذا كان الجواب '99' غير ذلك، يرجى وصف نوع الغرض في العمود '1' النوع/الشكل".			

لا تستخدم سوى الألوان التالية: الأسود والأزرق والبنّي والأخضر والرمادي والبرتقالي والزهري والبنفسجي والأحمر والأبيض والأصفر وغير محدد.

الجهة التي قامت بالتسجيل	الصفة الوظيفية:	التوقيع / التاريخ
	الاسم:	
	العنوان:	
	الهاتف / البريد الإلكتروني:	

رقم بعد الوفاة: مكان الكارثة:

طبيعة الكارثة:

اليوم الشهر العام ذكر أنثى غير ذلك مجهول

تاريخ الكارثة:

أ = بيانات غير متوفرة

ب = مرفقات

ج = معلومات أخرى على صفحة المعلومات الإضافية 700

الأوصاف الجسدية (الخارجية)

ج	ب	أ				
402	حالة الجثة	كامل 1 <input type="checkbox"/>	غير كاملة 2 <input type="checkbox"/>			
404	تفاصيل محددة	رقم: 1	ندوب			
	الرأس والعنق					
	01 الرأس					
	02 العنق					
	الجزع					
	03 الطرف الأمامي من الجزع					
	04 الطرف الخلفي من الجزع					
	05 الأعضاء التناسلية					
	06 الردفان					
	الطرفان العلويان					
	07 الذراع اليمنى					
	08 الذراع اليسرى					
	09 الساعد الأيمن					
	10 الساعد الأيسر					
	11 اليد اليمنى					
	12 اليد اليسرى					
	الطرفان السفليان					
	13 الفخذ اليمنى					
	14 الفخذ اليسرى					
	15 الركبة اليمنى					
	16 الركبة اليسرى					
	17 الساق اليمنى					
	18 الساق اليسرى					
	19 القدم اليمنى					
	20 القدم اليسرى					
	رقم: 4	علامات على الجلد	رقم: 5			
			التشوهات			
			رقم: 6			
			أطراف متورمة			
408	الطول	الحد الأدنى سم / الحد الأقصى سم	الحد الأدنى قدم / الحد الأقصى بوصة			
412	الوزن	الحد الأدنى كجم / الحد الأقصى كجم	الحد الأدنى رطل / الحد الأقصى رطل			
416	البنية	نحيل 1 <input type="checkbox"/>	متوسطة 2 <input type="checkbox"/>	ضخمة 3 <input type="checkbox"/>		
420	شعر الرأس	طبيعي 1 <input type="checkbox"/>	شعر مستعار 2 <input type="checkbox"/>	شعر مزروع 3 <input type="checkbox"/>		
	01 النوع	طبيعي 1 <input type="checkbox"/>	شعر مستعار 2 <input type="checkbox"/>	شعر مزروع 3 <input type="checkbox"/>		
	02 الطول	طويل (أطول من 12 سم / 4.7 بوصة) متوسط (أقصر من 12 سم / 4.7 بوصة) أقصر من 6 سم / 2.4 بوصة	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
	03 شعر مصبوغ	حليق 4 <input type="checkbox"/>	لا/مجهول 1 <input type="checkbox"/>	خصل ملونة 2 <input type="checkbox"/>		
	04 لون طبيعي	أشقر 3 <input type="checkbox"/>	بنى 4 <input type="checkbox"/>	أسود 5 <input type="checkbox"/>	أحمر 6 <input type="checkbox"/>	
	05 الصلع	رمادي 7 <input type="checkbox"/>	أبيض 8 <input type="checkbox"/>	رمادي متدرج 9 <input type="checkbox"/>	غير ذلك (يرجى التحديد) 10 <input type="checkbox"/>	
	06 علامات مميزة	أشقر 1 <input type="checkbox"/>	بنى 2 <input type="checkbox"/>	أسود 3 <input type="checkbox"/>	أحمر 4 <input type="checkbox"/>	
		رمادي 5 <input type="checkbox"/>	أبيض 6 <input type="checkbox"/>	رمادي متدرج 7 <input type="checkbox"/>	غير ذلك (يرجى التحديد) 8 <input type="checkbox"/>	
		جزئي 1 <input type="checkbox"/>	كامل 2 <input type="checkbox"/>	الجهة 3 <input type="checkbox"/>	في الطرفين 4 <input type="checkbox"/>	وسط الرأس 5 <input type="checkbox"/>
		يرجى الوصف واستخدام صفحة معلومات إضافية لإدخال المزيد من التفاصيل 700				

الجهة التي قامت بالتسجيل	الصفة الوظيفية	التوقيع / التاريخ
	الاسم	
	العنوان	
	الهاتف / البريد الإلكتروني	

رقم بعد الوفاة:

مكان الكارثة:

طبيعة الكارثة:

مجهول غير ذلك أنثى ذكر

اليوم الشهر العام

تاريخ الكارثة:

أ = بيانات غير متوفرة

ب = مرفقات

ج = معلومات أخرى على صفحة المعلومات الإضافية 700

ج	ب	أ	الأوصاف الجسدية (الخارجية)			
424	الحاجبان علامات مميزة 01	لا <input type="checkbox"/> 1	نعم، يرجى الوصف واستخدام صفحة المعلومات الإضافية 700 لإدخال المزيد من التفاصيل 2 <input type="checkbox"/>			
428	العينان اللون 01 (يمين و يسار)	أزرق <input type="checkbox"/> 1	رمادي <input type="checkbox"/> 2	أخضر <input type="checkbox"/> 3	بنى <input type="checkbox"/> 4	
	علامات مميزة 02	أسود <input type="checkbox"/> 5	عسلى <input type="checkbox"/> 6	كستنائى <input type="checkbox"/> 7	زهري <input type="checkbox"/> 8	
		أحول العينين <input type="checkbox"/> 1	أحول العين <input type="checkbox"/> 2	عين صناعية <input type="checkbox"/> 3	غير ذلك (يرجى التحديد) <input type="checkbox"/> 4	
432	الأنف علامات مميزة 01	لا <input type="checkbox"/> 1	نعم، يرجى الوصف واستخدام صفحة المعلومات الإضافية 700 لإدخال المزيد من التفاصيل 2 <input type="checkbox"/>			
436	شعر الوجه النوع 01	حليق <input type="checkbox"/> 1	شارب <input type="checkbox"/> 2	لحية صغيرة <input type="checkbox"/> 3	لحية خفيفة <input type="checkbox"/> 4	غير ذلك، يرجى التحديد فى الصفحة 700 <input type="checkbox"/> 6
	اللون 02	أشقر <input type="checkbox"/> 1	بنى <input type="checkbox"/> 2	أسود <input type="checkbox"/> 3	أحمر <input type="checkbox"/> 4	
		رمادي <input type="checkbox"/> 5	أبيض <input type="checkbox"/> 6	رمادي متدرج <input type="checkbox"/> 7	غير ذلك (يرجى التحديد) <input type="checkbox"/> 8	
440	الأذنان شحمنا الأذن/التقوب 01	ملتصقتان <input type="checkbox"/> 1 لا	أجل <input type="checkbox"/> 2	متقوية - يحدد عدد التقوب <input type="checkbox"/> 3 يسار	اليمنى <input type="checkbox"/> 4	
	علامات مميزة 02	لا <input type="checkbox"/> 1	نعم، يرجى الوصف واستخدام صفحة المعلومات الإضافية 700 لإدخال المزيد من التفاصيل 2 <input type="checkbox"/>			
444	الفم/الأسنان علامات مميزة 01	لا <input type="checkbox"/> 1	نعم، يرجى الوصف واستخدام صفحة المعلومات الإضافية 700 لإدخال المزيد من التفاصيل 2 <input type="checkbox"/>			
448	الشفثان علامات مميزة 01	لا <input type="checkbox"/> 1	نعم، يرجى الوصف واستخدام صفحة المعلومات الإضافية 700 لإدخال المزيد من التفاصيل 2 <input type="checkbox"/>			
452	الذقن علامات مميزة 01	لا <input type="checkbox"/> 1	نعم، يرجى الوصف واستخدام صفحة المعلومات الإضافية 700 لإدخال المزيد من التفاصيل 2 <input type="checkbox"/>			
456	العنق علامات مميزة 01	لا <input type="checkbox"/> 1	نعم، يرجى الوصف واستخدام صفحة المعلومات الإضافية 700 لإدخال المزيد من التفاصيل 2 <input type="checkbox"/>			
460	أظافر اليدين علامات مميزة 01	لا <input type="checkbox"/> 1	نعم، يرجى الوصف واستخدام صفحة المعلومات الإضافية 700 لإدخال المزيد من التفاصيل 2 <input type="checkbox"/>			
464	أظافر القدمين علامات مميزة 01	لا <input type="checkbox"/> 1	نعم، يرجى الوصف واستخدام صفحة المعلومات الإضافية 700 لإدخال المزيد من التفاصيل 2 <input type="checkbox"/>			
468	شعر الجسم/العانة علامات مميزة 01	لا <input type="checkbox"/> 1	نعم، يرجى الوصف واستخدام صفحة المعلومات الإضافية 700 لإدخال المزيد من التفاصيل 2 <input type="checkbox"/>			
472	الختان	لا <input type="checkbox"/> 1	أجل <input type="checkbox"/> 2			
476	الأصل العرقى	أوروبي <input type="checkbox"/> 1	أفريقي <input type="checkbox"/> 2	آسيوي <input type="checkbox"/> 3	غير ذلك <input type="checkbox"/> 4	
		أبيض <input type="checkbox"/> 1	أسود <input type="checkbox"/> 2	مختلط يرجى التحديد <input type="checkbox"/> 5		

الجهة التي قامت بالتسجيل	الصفة الوظيفية :	التوقيع / التاريخ
	الاسم :	
	العنوان :	
	الهاتف / البريد الإلكتروني :	

مكان الكارثة:	رقم بعد الوفاة:
طبيعة الكارثة:	
تاريخ الكارثة:	ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> غير ذلك <input type="checkbox"/> مجهول <input type="checkbox"/>
اليوم <input type="text"/> الشهر <input type="text"/> العام <input type="text"/>	

أ = بيانات غير متوفرة

ب = مرفقات

ج = معلومات أخرى على صفحة المعلومات الإضافية 700

الأوصاف الجسدية (المعلومات المتعلقة ببصمات الأصابع)											أ	ب	ج	
484	طبقة الجلد التي رفعت عنها البصمات	البشرة 1 <input type="checkbox"/>	الأدمة 2 <input type="checkbox"/>											
488	تقنية تظهير البصمة	غسيل وطبع 1 <input type="checkbox"/> قفاز من البشرة 3 <input type="checkbox"/> غير ذلك (يرجى التحديد): 5 <input type="checkbox"/>	تقنية الماء المغلي 2 <input type="checkbox"/> مادة قوية من السيليكون 4 <input type="checkbox"/>											
492	سجلت البصمة باستخدام	مسحوق أسود ويطاقة لاصقة 1 <input type="checkbox"/> ماسح ضوئي رقمي 3 <input type="checkbox"/> غير ذلك (يرجى التحديد): 5 <input type="checkbox"/>	حبر 2 <input type="checkbox"/> صورة 4 <input type="checkbox"/>											
496	رُفِعَت البصمات من													
											تلون المنطقة التي رُفِعَت منها البصمات			

الجهة التي قامت بالتسجيل : الصفة الوظيفية : الاسم : العنوان : الهاتف / البريد الإلكتروني :	التوقيع / التاريخ
--	-------------------

رقم بعد الوفاة:	مكان الكارثة:														
طبيعة الكارثة:															
<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: none;">اليوم</td> <td style="border: none;">الشهر</td> <td style="border: none;">العام</td> <td style="border: none;">ذكر</td> <td style="border: none;">أنثى</td> <td style="border: none;">غير ذلك</td> <td style="border: none;">مجهول</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>	اليوم	الشهر	العام	ذكر	أنثى	غير ذلك	مجهول								تاريخ الكارثة:
اليوم	الشهر	العام	ذكر	أنثى	غير ذلك	مجهول									

أ = بيانات غير متوفرة

ب = مرفقات

ج = معلومات أخرى على صفحة المعلومات الإضافية 700

علم الأمراض	رقم	أ	ب	ج
<p>510 فحص داخلي</p> <p>الرأس 01 الدماغ 02 الرقبة 03 الجمجمة 04 غير ذلك</p> <p>صدر 10 القلب/الشرابين 11 الرتجان 12 قفص صدري/أضلاع/عظم القفص 13 غير ذلك</p> <p>البطن 20 الزائدة 21 الأمعاء 22 المعدة 23 غير ذلك</p> <p>أعضاء داخلية أخرى 30 كظر/بنكرياس طحال 31 الأعضاء التناسلية 32 الكليتان/الحالبان المثانة 33 الكبد/المرارة</p> <p>الهيكل العظمي/نسيج رخو 40 الطرف السفلي الأيسر 41 الطرف العلوي الأيسر 42 الحوض 43 الطرف السفلي الأيمن 44 الطرف العلوي الأيمن 45 عظام أخرى 46 نسيج رخو مواضع أخرى 47 العمود الفقري</p> <p>معلومات متفرقة 50 أمراض تثبت بالفحص (أمراض القلب، (السرطان الخ 51 كسور ملتئمة 52 عمليات</p> <p>عند النساء 60 عدد الولادات 61 استئصال الرحم 62 لولب رحمي 63 حمل</p>	<p>1: رقم</p>			
<p>515 زرعيات</p> <p>01 ندي 02 منظم ضربات القلب 03 مضخة أنسولين 04 زرعيات جراحية أخرى</p>	<p>1: رقم</p> <p>2: رقم التسلسل</p>			

<p>الجهة التي قامت بالتسجيل</p> <p>الصفة الوظيفية :</p> <p>الاسم :</p> <p>العنوان :</p> <p>الهاتف / البريد الإلكتروني :</p>	<p>التوقيع / التاريخ</p>
---	--------------------------

مكان الكارثة:	رقم بعد الوفاة:
طبيعة الكارثة:	
تاريخ الكارثة:	ذكر
اليوم	أشئ
الشهر	غير ذلك
العام	مجهول

أ = بيانات غير متوفرة

ب = مرفقات

ج = معلومات أخرى على صفحة المعلومات الإضافية 700

علم الأمراض	أ	ب	ج
520 تعويضات	لا	نعم، يرجى التحديد	الرقم التسلسلي
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
525 معينات اصطناعية أخرى	لا	نعم، يرجى التحديد	
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
535 الجنس	ذكر	أشئ	غير محدد
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
540 تقدير العمر	الحد الأدنى	الحد الأقصى	الحد الأدنى
العمر 01 (أدخل بالأعوام أو الأشهر) الأسلوب المستخدم 02	العام	العام	الشهر
	يرجى التحديد:		
545 عينات البصمة الوراثية المرفوعة	رقم العينة.		
النوع	العظم	أسنان	عضلات
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
الحالة	حديث	بداية	متوسط
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
رقم العينة.	غير ذلك (يرجى التحديد):		
النوع	العظم	أسنان	عضلات
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
الحالة	حديث	بداية	متوسط
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
رقم العينة.	غير ذلك (يرجى التحديد):		
النوع	العظم	أسنان	عضلات
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
الحالة	حديث	بداية	متوسط
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
رقم العينة.	غير ذلك (يرجى التحديد):		
النوع	العظم	أسنان	عضلات
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
الحالة	حديث	بداية	متوسط
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
550 معلومات إضافية عن الهوية			

الجهة التي قامت بالتسجيل	الصفة الوظيفية :	التوقيع / التاريخ
	الاسم :	
	العنوان :	
	الهاتف / البريد الإلكتروني :	

مكان الكارثة:	رقم بعد الوفاة:														
طبيعة الكارثة:															
تاريخ الكارثة:	<table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">اليوم</td> <td style="width: 15%;">الشهر</td> <td style="width: 15%;">العام</td> <td style="width: 15%;">ذكر</td> <td style="width: 15%;">أنثى</td> <td style="width: 15%;">غير ذلك</td> <td style="width: 15%;">مجهول</td> </tr> <tr> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/></td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/></td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/></td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/></td> </tr> </table>	اليوم	الشهر	العام	ذكر	أنثى	غير ذلك	مجهول	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>
اليوم	الشهر	العام	ذكر	أنثى	غير ذلك	مجهول									
<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>									

أ = بيانات غير متوفرة

ب = مرفقات

ج = معلومات أخرى على صفحة المعلومات الإضافية 700

الأسنان		أ	ب	ج	
610 العناصر الخاصة للفحص	التحقق	العينات المأخوذة			
	01 الفك مع الأسنان	<input type="checkbox"/> العلوي	<input type="checkbox"/> السفلي		
	02 الفك بدون الأسنان	<input type="checkbox"/> العلوي	<input type="checkbox"/> السفلي		
	03 الأسنان فقط	الرقم وفق FDI			
	04 قطع أسنان				
05 غير ذلك					
615 الصور المتاحة للأسنان	رقمية 1	رقم الحالة 2	غير رقمية 3	رقم الحالة 4	
	01 صور أشعة سينية جذرية	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	02 أشعة أسنان منحنية	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	03 صورة بانورامية	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	04 أشعة مقطعية	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	05 صور أشعة أخرى	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	06 صور فوتوغرافية	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
625 تفاصيل إضافية	01 حالة الجثة				
	02 تفاصيل أخرى				

الجهة التي قامت بالتسجيل : الصفة الوظيفية : الاسم : العنوان : الهاتف / البريد الإلكتروني :	التوقيع / التاريخ
--	-------------------

مكان الكارثة:	رقم بعد الوفاة:
طبيعة الكارثة:	
تاريخ الكارثة: <input type="text"/> اليوم <input type="text"/> الشهر <input type="text"/> العام	ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> غير ذلك <input type="checkbox"/> مجهول <input type="checkbox"/>

أ = بيانات غير متوفرة

ب = مرفقات

ج = معلومات أخرى على صفحة المعلومات الإضافية 700

الأسنان																	
630 نتائج فحص الأسنان: للأسنان اللبنية، استخدم الرقم الخاص بالسن																	
11			21														
12			22														
13			23														
14			24														
15			25														
16			26														
17			27														
18			28														
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
اليمين															اليسار		
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
48															38		
47															37		
46															36		
45															35		
44															34		
43															33		
42															32		
41															31		
635	بيانات محددة يرجى التحديد 01	1 <input type="checkbox"/> تيجان	2 <input type="checkbox"/> جسور	3 <input type="checkbox"/> زرعات	4 <input type="checkbox"/> طقوم الأسنان	5 <input type="checkbox"/> غير ذلك									أ	ب	ج
640	نتائج أخرى يرجى التحديد 01	1 <input type="checkbox"/> اطباق	2 <input type="checkbox"/> تآكل الأسنان	3 <input type="checkbox"/> حالة اللثة	4 <input type="checkbox"/> أسنان زائدة	5 <input type="checkbox"/> تصبغ الأسنان	6 <input type="checkbox"/> غير ذلك										
645	نوع التسنين تسنين 01	1 <input type="checkbox"/> تسنين لبنى	2 <input type="checkbox"/> تسنين مختلط	3 <input type="checkbox"/> تسنين دائم													
647	تقدير العمر العمر 01 (أدخل بالأعوام أو الأشهر)	الحد الأدنى	الحد الأقصى	الحد الأدنى	الحد الأقصى	الشهر	الشهر										
650	تدقيق الجودة مختبر 1 مختبر 2، إذا كان متاحاً	التاريخ	التاريخ	التوقيع:	التوقيع:												
		أخصائي أسنان جثاني 1 الاسم	أخصائي أسنان جثاني 2 الاسم														

الجهة التي قامت بالتسجيل	الصفة الوظيفية	التوقيع / التاريخ
	الاسم	
	العنوان	
	الهاتف / البريد الإلكتروني	

رقم بعد الوفاة:

مكان الكارثة:

طبيعة الكارثة:

تاريخ الكارثة: اليوم الشهر العام ذكر أنش غير ذلك مجهول

أ = بيانات غير متوفرة

ب = مرفقات

ج = معلومات أخرى على صفحة المعلومات الإضافية 700

معلومات ثبوتية، إذا كانت تشير إلى بيانات واردة في صفحة سابقة يرجى ذكر رقم الحقل

700	حقل رقم 1	2 الوصف
705		صفحة معلومات ثبوتية إضافية 700 1 لا 2 أجل

رقم بعد الوفاة: مكان الكارثة:

طبيعة الكارثة:

تاريخ الكارثة: اليوم الشهر العام ذكر أنثى غير ذلك مجهول

أ = بيانات غير متوفرة

ب = مرفقات

ج = معلومات أخرى على صفحة المعلومات الإضافية 700

ج	ب	أ	ملحق البصمة الوراثية 805
			810 المختبر الذي أدخل المعلومات الاسم: البريد الإلكتروني: _____ العنوان: _____ المدينة: _____ تاريخ العينة: _____
			815 معايير المختبر معتمد وفقاً لـ: _____ غير معتمد <input type="checkbox"/> 1
			820 عدة STR المستخدمة اسم الأدوات المستخدمة: _____
			825 بصمة وراثية
			الرفات
			الرفات
			VWA
			TH01
			D21S11
			FGA
			D8S1179
			D3S1358
			D18S51
			Amelogenin
			TPOX
			CSF1PO
			D13S317
			D7S820
			D5S818
			D16S539
			D2S1338
			D19S433
			Penta D
			Penta E
			D1S1656
			D2S441
			D10S1248
			D22S1045
			D12S391
			SE33
			D6S1043
			يرجى إضافة أي معلومات لا تمثلها الرموز المذكورة أعلاه باستخدام العمود/صفحة المعلومات التنبؤية 700
830			صفحة إضافية لسما البصمة الوراثية 805-825 1 <input type="checkbox"/> لا 2 <input type="checkbox"/> أجل

الجهة التي قامت بالتسجيل	الصفة الوظيفية :	التوقيع / التاريخ
	الاسم :	
	العنوان :	
	الهاتف / البريد الإلكتروني :	

رقم بعد الوفاة:

مكان الكارثة:

طبيعة الكارثة:

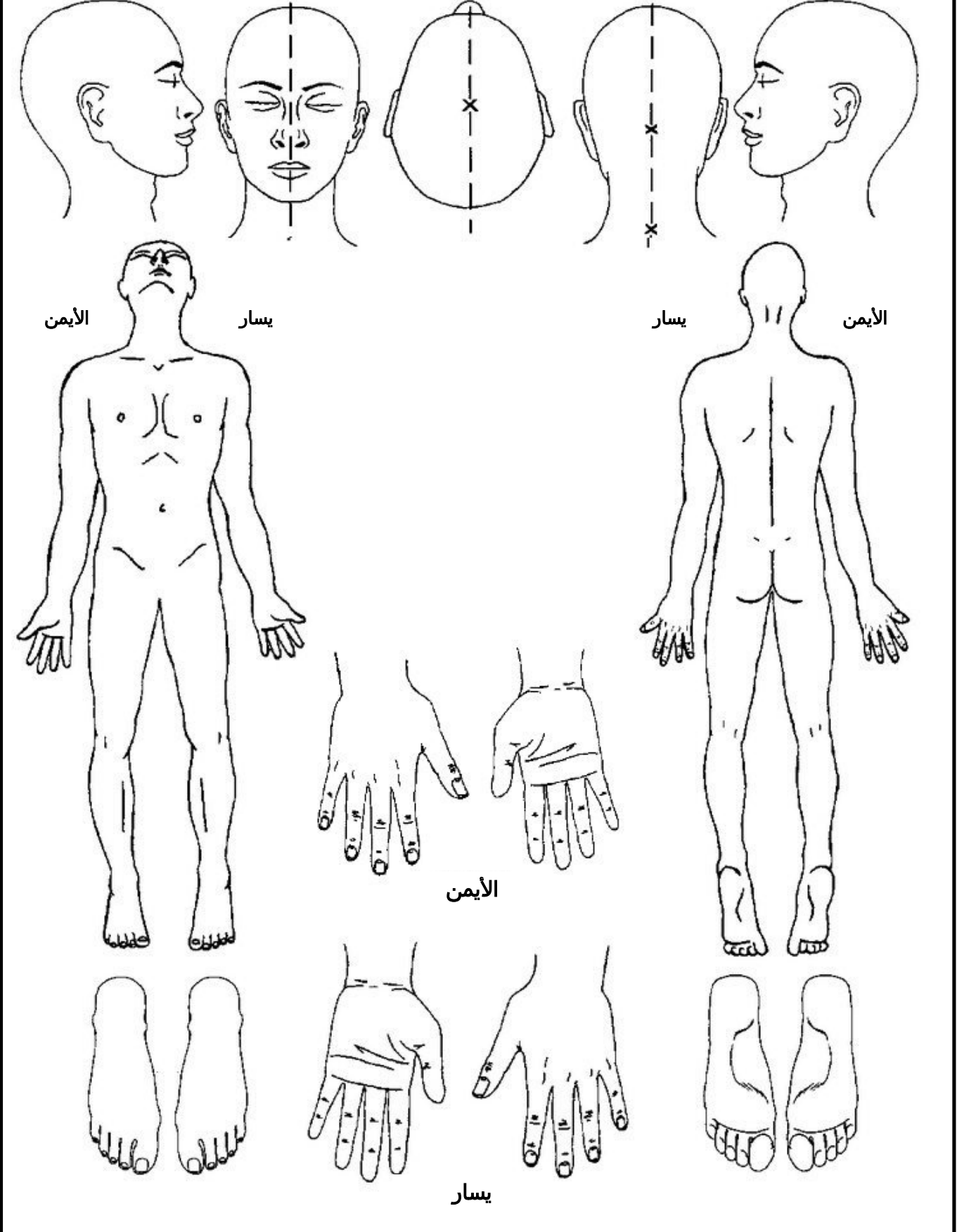
اليوم	الشهر	العام	ذكر	أنثى	غير ذلك	مجهول
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

أ = بيانات غير متوفرة

ب = مرفقات

ج = معلومات أخرى على صفحة المعلومات الإضافية 700

ملحق رسم مبسط للجنة (اختياري) 835



مكان الكارثة: رقم بعد الوفاة:

طبيعة الكارثة:

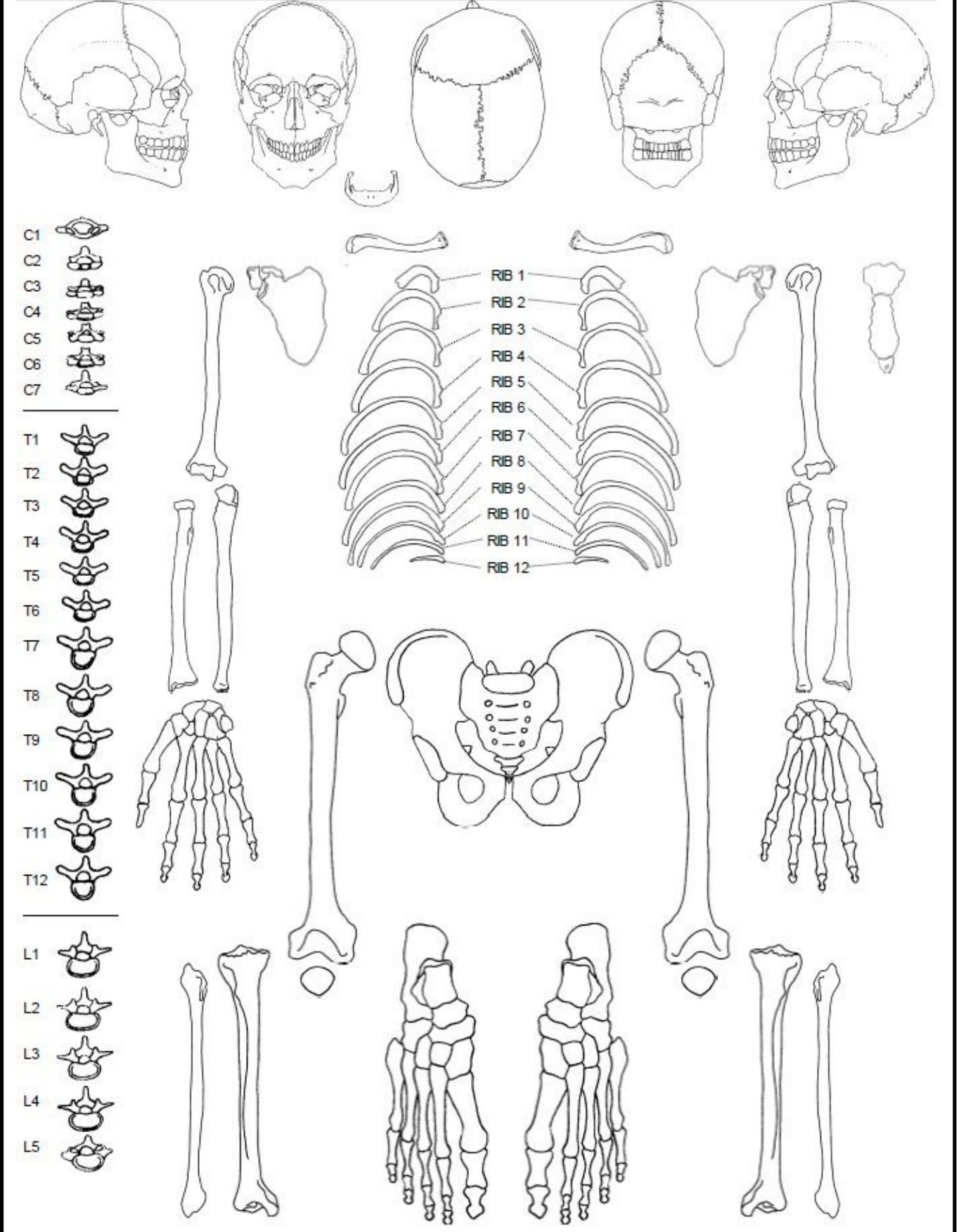
اليوم	الشهر	العام	ذكر	أنثى	غير ذلك	مجهول
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

أ = بيانات غير متوفرة

ب = مرفقات

ج = معلومات أخرى على صفحة المعلومات الإضافية 700

ملحق - رسم مبسط للهيكل العظمي (اختياري) 840



رقم بعد الوفاة: مكان الكارثة:

طبيعة الكارثة:

تاريخ الكارثة:

مجهول غير ذلك أنثى ذكر

أ = بيانات غير متوفرة

ب = مرفقات

ج = معلومات أخرى على صفحة المعلومات الإضافية 700

ملحق - ملف الفحص بالأشعة (اختياري) 850		ج ب أ						
852	أسلوب	أشعة سننية 1 <input type="checkbox"/>	أشعة مقطعية 2 <input type="checkbox"/>	أشعة بالصيغة 3 <input type="checkbox"/>	غير ذلك (يرجى التحديد) 4 <input type="checkbox"/>			
854	مسائل تقنية	لا 1 <input type="checkbox"/>	نعم، يرجى التحديد 2 <input type="checkbox"/>					
856	نوع الرفات	بشري 1 <input type="checkbox"/>	غير بشري 2 <input type="checkbox"/>	مختلط 3 <input type="checkbox"/>	غير متأكد 4 <input type="checkbox"/>			
858	حالة الرفات	جثة كاملة 1 <input type="checkbox"/>	غير كاملة 2 <input type="checkbox"/>	أعضاء بشرية منفردة (يرجى تحديدها) 3 <input type="checkbox"/>				
860	دلالات مرضية	لا 1 <input type="checkbox"/>	نعم (يرجى التحديد أدناه) 2 <input type="checkbox"/>					
862	المعالجة السننية	لا 1 <input type="checkbox"/>	نعم (يرجى التحديد أدناه) 2 <input type="checkbox"/>					
864	زرعات	لا 1 <input type="checkbox"/>	نعم (يرجى التحديد أدناه) 2 <input type="checkbox"/>					
866	ملحوظات ذات أهمية جنائية	لا 1 <input type="checkbox"/>	نعم (يرجى التحديد أدناه) 2 <input type="checkbox"/>					
868	مخاطر	لا 1 <input type="checkbox"/>	نعم (يرجى التحديد أدناه) 2 <input type="checkbox"/>					
870	تفاصيل إضافية							
872	صور مرفقة	لا 1 <input type="checkbox"/>	نعم، يرجى التحديد 2 <input type="checkbox"/>					

الجهة التي قامت بالتسجيل	الصفة الوظيفية :	التوقيع / التاريخ
	الاسم :	
	العنوان :	
	الهاتف / البريد الإلكتروني :	