

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

أ = بيانات غير متوفرة

ب = مرفقات

ج = معلومات أخرى على صفحة المعلومات الإضافية 700

ج	ب	أ	التاريخ	بيانات إدارية (قائمة مرجعية بالعمليات المجرأة في المشرحة)
				150 هل الجثة كاملة؟ 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 أصبع/أصابع 01 راحة يد/يدين 02 قدم/قدمين 03 نعم وأخذها غير ممكن 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> نعم وأخذها غير ممكن 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> نعم وأخذها غير ممكن 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
				170 الفحص فحص خارجي للجثة 01 تشرح جزئي 02 تشرح كامل 03 اسم أخصائي الأمراض 04 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"/> صور (يرجى التحديد): 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 سنني كامل 01 اسم أخصائي الأسنان 02 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"/>
				180 الجهة التي أخذت العينات أخصائي الأمراض 01 راجع 545 أخصائي الأسنان 02 راجع 610 سموم (عند الاقتضاء) بصمة وراثية 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"/>

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

رقم بعد الوفاة \_\_\_\_\_

مكان الكارثة: \_\_\_\_\_

طبيعة الكارثة: \_\_\_\_\_

تاريخ الكارثة:   اليوم   الشهر   العام  ذكر  أنثى  مجهول

أ = بيانات غير متوفرة

ب = مرافقات

ج = معلومات أخرى على صفحة المعلومات الإضافية 700

الأغراض الشخصية		ج	ب	أ	المادة	4	العلامة	3	اللون	2	النوع	1	رقم
300	<b>الملابس</b>												
	<b>الرأس والعنق</b>												
	101 قبعة												
	102 وشاح												
	103 ربطة عنق												
	199 غير ذلك												
	<b>الجزء العلوي من الجثة والذراعان</b>												
	201 بلوزة												
	202 تقويم أسنان												
	203 حمالة صدر												
	204 سترة صوفية												
	205 معطف												
	206 قفازان												
	207 معطف طويل												
	208 كتره												
	209 بلوزة رفيعة												
	210 تيشيرت												
	211 لباس داخلي												
	212 صدرية												
	299 غير ذلك												
<b>القسم السفلي من الجسم والساقان</b>													
301 حزام													
302 بنطال قصير													
303 تنورة													
304 جوارب													
305 جورب نسائي													
306 ملابس سباحة													
307 كولان نسائي													
308 بنطال													
309 سروال داخلي													
399 غير ذلك													
<b>كامل الجثة</b>													
401 لباس ضيق													
402 بدلة نسائية													
403 . لباس ديني/ثقافي/تقليدي													
404 بزة نظامية													
499 غير ذلك													
إذا استخدمت الخانة "غير ذلك 99" بوصف نوع الغرض في العمود "1 النوع"													
مثال: حذاء رياضة، صندل													
305	<b>الحذاء</b>												
01 جزمة													
02 حذاء مفتوح													
03 حذاء عادي													
99 غير ذلك													
يحدّد نوع الحذاء في العمود "1 النوع". مثال: حذاء رياضة، صندل													

لا تستخدم سوى الألوان التالية: الأسود، والأزرق، والبنّي، والأخضر، والرمادي، والبرتقالي، والوردي، والبنفسجي، والأحمر، والابيض، والأصفر. غير محدد

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

رقم بعد الوفاة \_\_\_\_\_

مكان الكارثة: \_\_\_\_\_

طبيعة الكارثة: \_\_\_\_\_

تاريخ الكارثة: \_\_\_\_\_

اليوم

الشهر

العام

ذكر

أنثى

مجهول

أ = بيانات غير متوفرة

ب = مرفقات

ج = معلومات أخرى على صفحة المعلومات الإضافية 700

الأغراض الشخصية								أ	ب	ج					
310	الساعة	1	رقم	2	الماركة	3	اللون	4	المادة	5	الكتابة				
		ساعة يد رقمية 01													
		ساعة يد بعقارب 02													
		ساعة يد رقمية / بعقارب 03													
		ساعة اليد عند وجودها 04	الأيسر	الأيمن	ظاهره	باطنه									
		موضوعة على المعصم	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>									
		سوار/حزام الساعة 05	جلدي	معدني	مطاطي	غير ذلك، يرجى التحديد									
		ساعة من نوع آخر 06	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>									
			مكان وجودها												
315	النظارات	1	رقم	2	الماركة	3	اللون	4	المادة	5	الكتابة				
		الإطار 01													
		عدسة النظارة 02	متغيرة اللون	ملونة	لا	نعم، يرجى التحديد									
		شكل العدسة 03	دائري	بيضاوي	مربع	نصف إطار	دون إطار	إطار كامل							
		مادة صنع العدسة ونوعها 04	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>							
		مكان العثور عليها 05	زجاجية	متعددة الكربون	ثنائية البؤرة	متزايدة القوة									
			يرجى التحديد												
320	العدسات اللاصقة	لا	نعم (يرجى التحديد إذا كانت ملونة)												
		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>												
325	معينات السمع	01	يسار	لا	نعم، يرجى التحديد			الرقم التسلسلي							
				1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>										
		02	يمين	لا	نعم، يرجى التحديد			الرقم التسلسلي							
				1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>										
330	جهاز تعويضي خارجي	لا	نعم، يرجى التحديد			الرقم التسلسلي									
		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>												
335	الحلي	1	رقم	2	النوع	3	اللون	4	المادة	5	الكتابة	مكان اللبس			
		خلخال 01													
		سوار 02													
		أقراط تثبت بالكيس 03													
		أقراط تعلق في ثقب الأذن 04													
		سلسلة عنق 05													
		قلادة 06													
		خاتم في الأنف 07													
		حلية معلقة بسلسلة 08													
		خاتم زواج 09													
		خواتم أخرى 10													
		غير ذلك 99													
		عند استخدام "99 غير ذلك" يرجى وصف													
		"نوع الغرض في العمود "1" النوع													

لا تستخدم سوى الألوان التالية: الأسود، والأزرق، والبنّي، والأخضر، والرمادي، والبرتقالي، والوردي، والبنفسجي، والأحمر، والأبيض، والأصفر، غير محدد

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

رقم بعد الوفاة \_\_\_\_\_

مكان الكارثة: \_\_\_\_\_

طبيعة الكارثة: \_\_\_\_\_

تاريخ الكارثة:

□□

اليوم

□□

الشهر

□□□□

العام

ذكر

□

أنثى

□

مجهول

□

أ = بيانات غير متوفرة

ب = مرفقات

ج = معلومات أخرى على صفحة المعلومات الإضافية 700

الأغراض الشخصية		ج	ب	أ														
340	وثائق الهوية 01 بطاقة مصرفية 02 رخصة قيادة 03 بطاقة هوية 04 جواز سفر 09 غير ذلك  في العمود 1 النوع فيرجى وصف نوع الغرض إذا استخدمت الخانة غير ذلك 99	1	رقم	2	الجنسية	3	الرقم	4	تفاصيل	5	بيانات بيومترية	6	شريحة					
345	الأغراض الشخصية 01 شارة/مفاتيح 02 حقيبة حول الخصر 03 أموال نقدية 04 مذكرة/أجندة 05 حقيبة يد 06 تذكرة 07 محفظة 09 غير ذلك  إذا استخدمت الخانة 99 غير ذلك يوصف نوع الغرض في "العمود 2" الطراز	1	رقم	2	الماركة	3	اللون	4	المادة	5	رقم التسلسل	6	العلامات					
350	الأجهزة الإلكترونية 01 جهاز تصوير 02 هاتف جوال 03 جهاز قراءة الموسيقى 04 شريحة هاتف جوال 05 جهاز لوحى/محمول 06 فيديو 09 غير ذلك  إذا استخدمت الخانة 99 غير ذلك يوصف نوع الغرض في "العمود 2" الطراز	1	رقم	2	الماركة	3	اللون	4	المادة	5	رقم التسلسل	6	العلامات					

لا تستخدم سوى الألوان التالية: الأسود، والأزرق، والبني، والأخضر، والرمادي، والبرتقالي، والوردي، والبنفسجي، والأحمر، والأبيض، والأصفر، غير محدد

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



رقم بعد الوفاة \_\_\_\_\_

مكان الكارثة: \_\_\_\_\_

طبيعة الكارثة: \_\_\_\_\_

تاريخ الكارثة: \_\_\_\_\_

اليوم

الشهر

العام

ذكر

أنثى

مجهول

أ = بيانات غير متوفرة

ب = مرفقات

ج = معلومات أخرى على صفحة المعلومات الإضافية 700

الأوصاف الجسدية (الخارجية)		أ	ب	ج
402	حالة الجثة	كاملة 1 <input type="checkbox"/>	غير كاملة 2 <input type="checkbox"/>	
404	تفاصيل محددة	1 رقم	2 ندب	3 وشوم
	الراس والعنق			
	01 الراس			
	02 العنق			
	الجزع			
	03 الطرف الأمامي من الجذع			
	04 الطرف الخلفي من الجذع			
	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			
408	الطول	الحد الأدنى	الحد الأقصى	الحد الأدنى
		سم	سم	قدم
412	الوزن	الحد الأدنى	الحد الأقصى	الحد الأدنى
		كغم	كغم	رطل
416	البنية	خفيفة 1 <input type="checkbox"/>	متوسطة 2 <input type="checkbox"/>	ضخمة 3 <input type="checkbox"/>
420	شعر الرأس	طبيعي	قطع من الشعر	شعر مستعار
	01 النوع	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	02 الطول	قصير (أقصر من 6 سم)	متوسط (أقصر من 12 سم)	طويل (أطول من 12 سم)
		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	03 شعر مصبوغ	حليق	خصل ملونة	شعر مزروع
		4 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	لون طبيعي	لا/مجهول	أشقر	أحمر
		1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
	04 لون طبيعي	أشقر	بنى	أحمر
		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	05 الصلع	رمادي	أبيض	رمادي متدرج
		5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
	06 علامات مميزة	أشقر	بنى	أحمر
		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
		رمادي	أبيض	رمادي متدرج
		5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
		جزئي	كامل	على الجبهة
		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	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	الرتبة الوظيفية	التوقيع / التاريخ
	الاسم	
	العنوان	
	الهاتف / البريد الإلكتروني	

رقم بعد الوفاة			
مكان الكارثة:	-----		
طبيعة الكارثة:	-----		
تاريخ الكارثة:	اليوم	الشهر	العام
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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 علم صفحة المعلومات الإضافية 700

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

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

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

أ = بيانات غير متوفرة

ب = مرفقات

ج = معلومات أخرى علم 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 رفع البصمات	غسل وطبع 1 <input type="checkbox"/> قفاز من البشرة 3 <input type="checkbox"/> غير ذلك، يرجى التحديد 5 <input type="checkbox"/>	تقنية الماء المغلى 2 <input type="checkbox"/> مادة قولية من السيليكون 4 <input type="checkbox"/>	
492 تسجيل البصمة باستخدام	مسحوق أسود ولصافة 1 <input type="checkbox"/> صورة 3 <input type="checkbox"/>	حبر 2 <input type="checkbox"/> غير ذلك، يرجى التحديد 4 <input type="checkbox"/>	
496 رُفِعَت البصمات من			
تَلَوَّن المنطقة التي رُفِعَت منها البصمات			

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

مكان الكارثة:	رقم بعد الوفاة _____		
طبيعة الكارثة:	_____		
تاريخ الكارثة:	اليوم	الشهر	العام
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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

الأمراض	أ	ب	ج
510 فحص داخلي			
الرقم 1			
يرجى التحديد			
الرأس			
01 الدماغ			
02 الرقبة			
03 الجمجمة			
04 غير ذلك			
صدر			
10 القلب/الشرايين			
11 الرئتان			
12 القفص الصدري/الأضلاع/عظم الق			
13 غير ذلك			
البطن			
20 الزائدة			
21 الأمعاء			
22 المعدة			
23 غير ذلك			
أعضاء داخلية أخرى:			
30 الكظر/البنكرياس/الطحال			
31 الأعضاء التناسلية			
32 الكليتان/الحالبان/المثانة			
33 الكبد/المرارة			
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			
معلومات متفرقة			
50 ظروف مرضية ممكن إثباتها			
(مثل مرض القلب)			
(والسرطان وغير ذلك)			
51 كسور ملتئمة			
52 عمليات			
عند النساء			
60 مواليد			
61 استئصال الرحم			
62 جهاز منع الحمل الرحمي			
63 حمل			
515 أطراف مزروعة			
الرقم 1			
يرجى التحديد			
2			
رقم التسلسل			
01 ندي			
02 ناظمة			
03 مضخة أنسولين			
04 أطراف أخرى مزروعة بالجراحة			

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

رقم بعد الوفاة	مكان الكارثة:		
	طبيعة الكارثة:		
	تاريخ الكارثة:	اليوم	الشهر
	العام	ذكر	أنثى
	مجهول		

أ = بيانات غير متوفرة

ب = مرفقات

ج = معلومات أخرى على صفحة المعلومات الإضافية 700

الأمراض	أ	ب	ج
520 بدلات	لا 1 <input type="checkbox"/>	نعم، يرجى التحديد 2 <input type="checkbox"/>	
525 مَعِينَات اصطناعية أخرى	لا 1 <input type="checkbox"/>	نعم، يرجى التحديد 2 <input type="checkbox"/>	
535 الجنس	ذكر 1 <input type="checkbox"/>	أنثى 2 <input type="checkbox"/>	غير محدد 3 <input type="checkbox"/>
540 تقدير العمر 01 العمر (ادخل العام أو الشهر) 02 الأسلوب المستخدم	الحد الأدنى العام	الحد الأقصى العام	الحد الأدنى الشهر
545 عينات البصمة الوراثية المرفوعة رقم العينة	العظم 1 <input type="checkbox"/>	أسنان 2 <input type="checkbox"/>	عضلات 3 <input type="checkbox"/>
النوع	دم 4 <input type="checkbox"/>	غير ذلك، يرجى التحديد 5 <input type="checkbox"/>	
أخذ عينات بواسطة:	دم 6 <input type="checkbox"/>	نسيج 7 <input type="checkbox"/>	دم 8 <input type="checkbox"/>
الحالة	جديدة 1 <input type="checkbox"/>	خفيفة 2 <input type="checkbox"/>	متوسطة 3 <input type="checkbox"/>
رقم العينة	تحلل 4 <input type="checkbox"/>	متفككة 5 <input type="checkbox"/>	محروقة 6 <input type="checkbox"/>
النوع	العظم 1 <input type="checkbox"/>	أسنان 2 <input type="checkbox"/>	عضلات 3 <input type="checkbox"/>
أخذ عينات بواسطة:	دم 4 <input type="checkbox"/>	غير ذلك، يرجى التحديد 5 <input type="checkbox"/>	
الحالة	جديدة 1 <input type="checkbox"/>	خفيفة 2 <input type="checkbox"/>	متوسطة 3 <input type="checkbox"/>
رقم العينة	تحلل 4 <input type="checkbox"/>	متفككة 5 <input type="checkbox"/>	محروقة 6 <input type="checkbox"/>
النوع	العظم 1 <input type="checkbox"/>	أسنان 2 <input type="checkbox"/>	عضلات 3 <input type="checkbox"/>
أخذ عينات بواسطة:	دم 4 <input type="checkbox"/>	غير ذلك، يرجى التحديد 5 <input type="checkbox"/>	
الحالة	جديدة 1 <input type="checkbox"/>	خفيفة 2 <input type="checkbox"/>	متوسطة 3 <input type="checkbox"/>
رقم العينة	تحلل 4 <input type="checkbox"/>	متفككة 5 <input type="checkbox"/>	محروقة 6 <input type="checkbox"/>
550 معلومات إضافية عن الهوية			

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

مكان الكارثة:		رقم بعد الوفاة _____		
طبيعة الكارثة:				
تاريخ الكارثة:		اليوم	الشهر	العام
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		ذكر	أنثى	مجهول
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input 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 المرفوعة					
		العلوي	السفلي						
		العلوي	السفلي						
		رقم الاتحاد الدولي							
		شُدَف							
غير ذلك									
615	الصور المتاحة للأسنان	رقمية	رقم	غير رقمية	رقم				
		1	2	3	4				
		حوائط الذروة	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
		أشعة منحنى	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
		صورة بانورامية	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
		تصوير مقطعي	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
		صور أشعة أخرى	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
صور شخصية	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>						
625	تفاصيل إضافية								
		01 وضع الجثة							
02 معلومات أخرى									

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

رقم بعد الوفاة	مكان الكارثة:
طبيعة الكارثة:	تاريخ الكارثة:
مجهول	اليوم
أنثى	الشهر
ذكر	العام

أ = بيانات غير متوفرة

ب = مرفقات

ج = معلومات أخرى على صفحة المعلومات الإضافية 700

الأسنان		نتائج متعلقة بفحص الأسنان: بالنسبة للأسنان اللبنية، غير رقم الاتحاد الدولي لأطباء الأسنان					
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				
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	1 <input type="checkbox"/> تيجان	2 <input type="checkbox"/> جسور	3 <input type="checkbox"/> أسنان مغروسة	أ	ب	ج
	برجى التحديد 01	4 <input type="checkbox"/> بدلات سنينة	5 <input type="checkbox"/> غير ذلك				
640	نتائج أخرى	1 <input type="checkbox"/> إطباق	2 <input type="checkbox"/> تآكل	3 <input type="checkbox"/> حالة دواعم السن			
	برجى التحديد 01	4 <input type="checkbox"/> أسنان رائدة	5 <input type="checkbox"/> ثلثون	6 <input type="checkbox"/> غير ذلك			
645	نوع التسنين	1 <input type="checkbox"/> تسنين أولي	2 <input type="checkbox"/> تسنين مختلط	3 <input type="checkbox"/> تسنين دائم			
647	تقدير العمر	الحد الأدنى	الحد الأقصى	الحد الأدنى	الحد الأقصى		
	العمر 01 (ادخل العام أو الشهر)	العام	/ العام	الشهر	/ الشهر		
650	تدقيق النوعية	التاريخ	التوقيع				
	مختبر 1	طبيب الأسنان الشرعي الأ					
	مختبر 2، إذا كان متاحا	التاريخ	التوقيع				
		مختبر 2، إذا كان متاحا					

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





رقم بعد الوفاة \_\_\_\_\_

مكان الكارثة: \_\_\_\_\_

طبيعة الكارثة: \_\_\_\_\_

تاريخ الكارثة:   اليوم   الشهر    العام  ذكر  أنثى  مجهول

معلومات إثوتية، إذا كانت تشير إلى بيانات واردة في صفحة سابقة فيرجى ذكر رقم الحقل	
700	وصف
1 حقل رقم	2
705	صفحة معلومات إثوتية إضافية 700 <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>



رقم بعد الوفاة \_\_\_\_\_

مكان الكارثة:

طبيعة الكارثة:

تاريخ الكارثة:

اليوم

الشهر

العام

ذكر

أثنى

مجهول

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

700

حقل رقم 1

2

وصف

705

صفحة معلومات ثبوتية إضافية 700

لا نعم

رقم بعد الوفاة	مكان الكارثة:		
	.....		
	طبيعة الكارثة:		
	الكارثة	أشئ	ذكر
تاريخ الكارثة:	اليوم	الشهر	العام

أ = بيانات غير متوفرة

ب = مرفقات

ج = معلومات أخرى على صفحة المعلومات الإضافية 700

ج	ب	أ	تذيل البصمة الوراثية 805
			<b>810</b> المختبر الذي أدخل المعلومات الاسم: _____ العنوان: _____ المدينة: _____ البريد الإلكتروني: _____ تاريخ العينة: _____
			<b>815</b> معايير المختبر: معتمد وفقاً لـ: _____ غير معتمد <input type="checkbox"/> 1
			<b>820</b> تتبعات متكررة قصيرة اسم التتابعات: _____
			<b>825</b> بصمة وراثية 1 رفات 2 رفات
			VWA
			TH01
			D21S11
			FGA
			D8S1179
			D3S1358
			D18S51
			أميلوجينين
			TPOX
			CSF1PO
			D13S317
			D7S820
			D5S818
			D16S539
			D2S1338
			D19S433
			Penta D
			Penta E
			D1S1656
			D2S441
			D10S1248
			D22S1045
			D12S391
			SE33
			D6S1043
			يرجى إضافة أي معلومات لا تشملها الرموز المذكورة أعلاه باستخدام العمود/صفحة المعلومات النبوتية 700
			830
			صفحة إضافية لسمات البصمة الوراثية 805-825 1 <input type="checkbox"/> لا 2 <input type="checkbox"/> نعم

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

رقم بعد الوفاة \_\_\_\_\_

مكان الكارثة: \_\_\_\_\_

طبيعة الكارثة: \_\_\_\_\_

تاريخ الكارثة:

اليوم

الشهر

العام

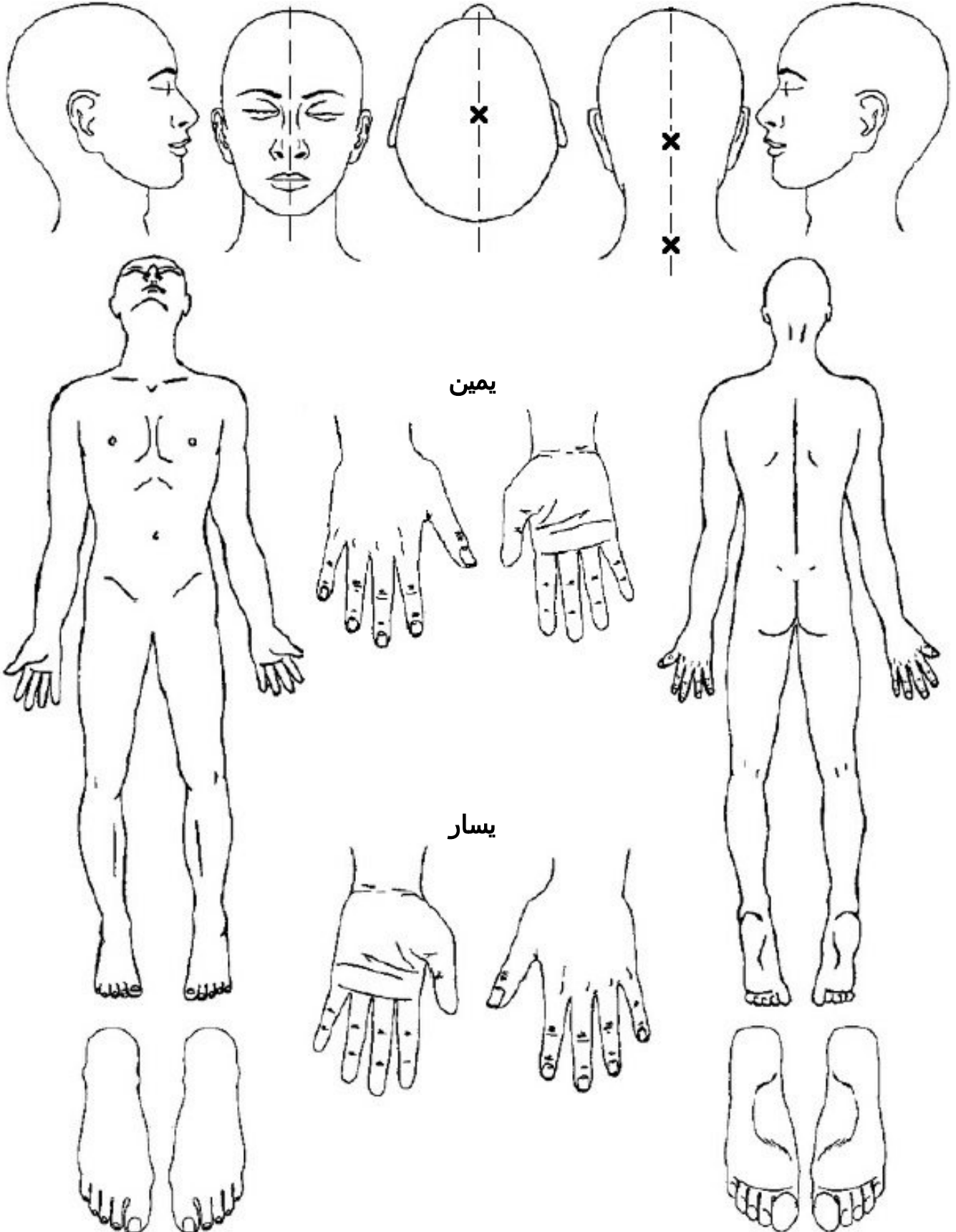
العام

ذكر

أنثى

مجهول

رسم مبسط للجنة 835



رقم بعد الوفاة \_\_\_\_\_

مكان الكارثة: \_\_\_\_\_

طبيعة الكارثة: \_\_\_\_\_

تاريخ الكارثة:

اليوم

الشهر

العام

ذكر

أنثى

مجهول

تذيل - رسم مبسط للهيكل العظمي (اختياري) 840

