

**BORANG NOTIFIKASI KEMATIAN LAHIRMATI (STILLBIRTH)**

(Borang ini perlu dihantar dalam tempoh 72 jam selepas masa bersalin ke PKD terdekat)

Hospital/Klinik Kesihatan :

Daerah :

Negeri :

1. Nama Kes: .....

2. Tarikh Lahir : ..... / ..... / ..... Masa: .....(24 jam, cth:17.56)

3. Nombor Kad Pengenalan : .....  MyKad Ibu  Dokumen lain: .....

4. Nama Ibu/Penjaga : .....

5. Berat Lahir: .....gram POA/POG: .....  FSB  MSB6. Jantina Kes :  Lelaki  Perempuan  Indeterminate7. Warganegara :  Ya  Bukan Warganegara (LEGAL)  Pendatang Tanpa Izin (ILLEGAL)8. Bangsa :  Melayu  Cina  India  Orang Asli  Bumiputera Sabah (nyatakan) .....  
 Bumiputera Sarawak (nyatakan) .....  Lain-lain (nyatakan).....

9a. Alamat kediaman sekarang:

9b. No Tel: .....

Bandar: ..... Daerah: ..... Negeri: .....

10. Tempat Bersalin : Sila tanda ( ✓ )

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> *Hospital / Klinik Kerajaan   | <input type="checkbox"/> Dalam perjalanan |
| <input type="checkbox"/> *Hospital / Klinik Swasta     | <input type="checkbox"/> Rumah            |
| <input type="checkbox"/> *Hospital / Klinik Universiti | <input type="checkbox"/> Lain-lain        |
| <input type="checkbox"/> *Hospital /Klinik ATM         | Nyatakan: .....                           |

11. Sebab kematian

Immediate Cause:.....

Underlying Cause: .....

12. Ulasan Lanjut (jika ada):

.....  
.....

Dilaporkan oleh :

Nama :

Tandatangan:

Tempat Bertugas:

Jawatan dan cop:

Tarikh:

Telefon:

\*\*Tarikh dan masa borang diterima oleh PKD:

**Nota Penting: 1. Semua ruangan wajib diisi**  
**2. \*Potong mana yang tidak berkenaan**