

GOVERNMENT KILPAUK MEDICAL COLLEGE & GOVT ROYAPETTAH HOSPITAL, CHENNAI

DEPARTMENT OF FORENSIC MEDICINE AND TOXICOLOGY

PM NO:

Date:

Time:

Name (பெயர்):

Age (வயது) / Gender (பாலினம்):

Marital Status (Married / Unmarried):

Occupation (தொழில்):

Present Address (தற்போதைய முகவரி):

Permanent Address (நிரந்தர முகவரி):

Police Station (காவல் நிலையம்):

Case: HANGING/ DROWNING/ RTA/ TTA/ POISON/ FALL/ BURNS/ SUSPICIOUS DEATH/ BROUGHT DEAD/ OTHERS(MENTION)

Hospital death (இறப்பிற்கு முன் மருத்துவமனையில் அனுமதியிலிருந்தவரா): Yes/ No

Mention KMC/GRH/Other Hospitals (Name)	
Date and time of admission	
Date and time of death	
Previously Treated/Referred from	
Date and Time of Admission:	
Date and Time of Referral:	

Police Memo Body: Yes/ No

Found dead (இறந்து காணப்பட்ட நேரம்) At _____ On _____

Body Kept in Mortuary (பிணவறையில் உடலை வைத்த நேரம்):

At _____ On _____

Police Inquest Time From (பிரேத விசாரணை செய்த நேரம்):

_____ (AM/PM) TO _____ (AM/PM) On _____

Clothes (உடைகள்):

Identification Marks (அங்க மச்ச அடையாளங்கள்):

FIR Number, FIR Date:

FIR District:

FIR Station:

Investigating officer (IO) Detail (வழக்கின் விசாரணை அதிகாரி):

S. No.	Name, Rank @ Belt Number, Phone Number	Police Station	Official Email Id (Station)

Body In Charge Police detail (பிரேத பரிசோதனைக்கு வந்த காவலர்):

S. No.	Name, Rank @ Belt Number, Phone Number	Police Station	Signature

Person Accompanied Detail (Relatives/ உறவினர்):

S. No.	Name	Address	Relation with Patient

வட்டமிடுக: RTA/ TTA/ Fall/ Murder/ Assault/ Burns/ Brought dead/ Drowning/

Place of accident/incident (சம்பவம் நடந்த இடம்) (District & State)

Date and Time of the Incident (சம்பவம் நடந்த நேரம்)