

بسمه تعالی

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

دفتر سلامت خانواده و جمعیت

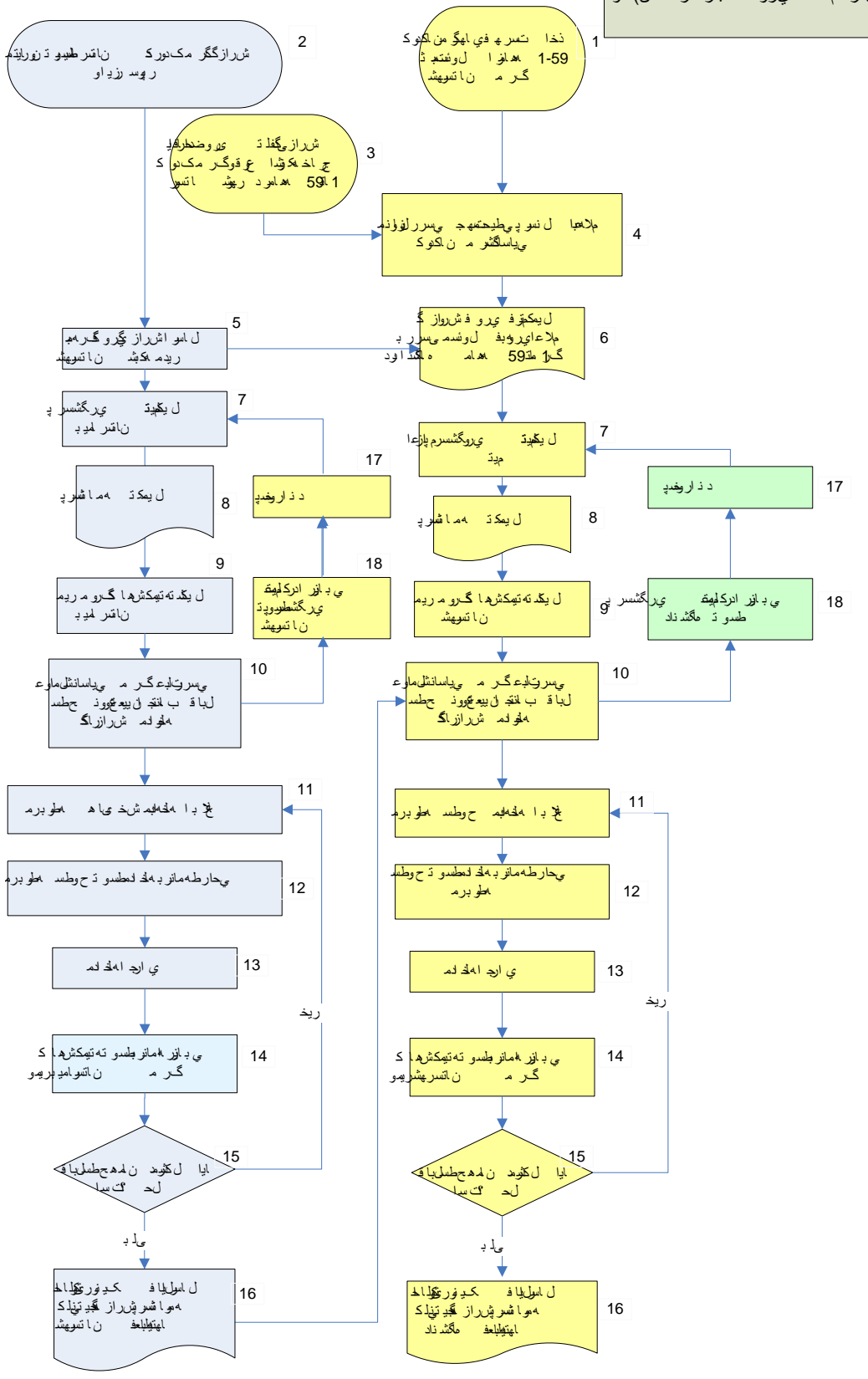
اداره سلامت کودکان



فهرست عناوین

- گردش کار بررسی نظام مراقبت مرگ کودکان 1 تا 59 ماهه در شهرستان
- شرح مراحل گردش کار بررسی مرگ کودک در شهرستان
 - پیوست 1: فرم گزارش فوری مرگ کودک
 - پیوست 2: پرسشنامه های بررسی مرگ کودک و دستورالعمل تکمیل آن
 - پیوست 1-2: گروه بندی بیماری ها بر اساس ICD10 و آشنایی مقدماتی با تعیین علت مرگ
 - پیوست 2-2: دستورالعمل نرم افزار فایل CSO
- پیوست 3: فرم لیست مداخلات استخراج شده از اطلاعات نظام مراقبت کودکان
- پیوست 4: ترکیب اعضا و شرح وظایف کمیته شهرستانی بررسی مرگ کودکان 1 تا 59 ماهه
- پیوست 5: فلوجارت اجرای نظام مراقبت کودکان در شهرستان
- پیوست 6: فرم جدول فعالیت تفصیلی مداخلات تعیین شده
- پیوست 7: چک لیست پایش برنامه نظام مراقبت مرگ کودکان 1 تا 59 ماهه در بیمارستان و دستورالعمل تکمیل آن

شورگاک یسرگرم ن کونک یحارطه لدم
اتیرلهشود م طند یروشکت بقراگرم م ن کونک



شرح مراحل گردش کار بررسی مرگ کودک در شهرستان

- در استان هایی که نظام ثبت مرگ وجود دارد، فهرست متوفیان ۱ تا ۵۹ ماهه منطقه که به هر علتی فوت شده اند به همراه نشانی آنان توسط مسئول ثبت مرگ شهرستان به مسئول بررسی مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه شهرستان تحویل داده می شود.
- فوت کودک در روستا توسط بهورز، پزشک مرکز بهداشتی درمانی روستا یا اهالی روستا و از طریق فرم گزارش فوری مرگ کودک یا تلفنی به نزدیک ترین واحد بهداشتی درمانی یا مرکز بهداشت شهرستان اطلاع داده می شود. فوت کودک در شهر توسط بیمارستان، مطب خصوصی، سازمان های مختلف، مرکز بهداشتی درمانی شهری، پایگاه بهداشتی و افراد غیر رسمی از طریق تکمیل فرم گزارش فوری مرگ یا تلفنی به نزدیک ترین واحد بهداشتی درمانی یا مرکز بهداشت شهرستان اطلاع داده می شود.
- مسئول بررسی مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه شهرستان به همکاران محیطی اعلام می کند که با توجه به نشانی، به محل سکونت متوفی در زمان حیات مراجعه و ضمن مصاحبه با بستگان وی و براساس تعریف کشوری بررسی مرگ، موارد مرگ کودک را شناسایی کنند.
- مسئول بررسی مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه شهرستان پس از دریافت لیست کودکان فوت شده آن را به مسئول بررسی مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه دانشگاه ارسال می نماید.
- مسئول تیم پرسشگری در شهرستان، مسوول بهداشت خانواده شهرستان می باشد که اعضای که مناسب برای پرسشگری می باشد** انتخاب می کند.
سرعت تشکیل و رسیدگی تیم پرسشگری اهمیت دارد تا از هرگونه مخدوش شدن داده های لازم جلوگیری شود و به اعتبار نتایج کمک کند. همچنین این افراد علاوه بر توانمندی های علمی، بایستی قدرت ارتباطات برای پرس و جوی لازم و بررسی همه جانبه داشته باشند.
- تیم پرسشگری شهرستان به منظور تکمیل پرسشنامه به منزل متوفی و هر یک از واحدهای بهداشتی- درمانی که مرگ در آنجا اتفاق افتاده است مانند بیمارستان یا مطب مراجعه کرده، پرسشنامه را تکمیل می کند. **تیم پرسشگری شهرستان باید پرسشنامه های ب، ج و ه (پیوست ۲) را مطابق با دستورالعمل نحوه تکمیل آن برای هر کودک متوفی حداکثر طی مدت ۱۵ روز تکمیل کند.**
- بعد از انجام پرسشگری و تکمیل پرسشنامه های مربوطه، اطلاعات جمع آوری شده توسط مسوول بررسی مرگ کودکان در شهرستان وارد نرم افزار CSO می شود و همچنین اطلاعات بیمارستان ها نیز در نرم افزار شهرستان انتقال داده می شود و مداخلات پیشنهادی از هر یک از پرسشنامه ها استخراج می شود سپس **گروه کاری در شهرستان با مسوولیت بهداشت خانواده شهرستان** تشکیل می شود و مداخلات استخراج شده از نرم افزار و اطلاعات بدست آمده از پرسشنامه ها را بررسی کرده و لیست پیشنهادی مداخلات مرگ کودکان (نمونه فرم در پیوست ۳) و همچنین لیست مشکلات بدست آمده (مانند فرم ۱ در پیوست ۳) را برای دستور جلسه در کمیته آماده می کنند.
- مسوول گروه کاری در شهرستان، مسوولیت بهداشت خانواده شهرستان می باشد که اعضای که مناسب برای گروه کاری می باشد** انتخاب می کند. حداقل اعضای کار گروه شهرستان شامل: مسوول بهداشت خانواده- یک نماینده از واحد مبارزه با بیماریها- یک پزشک فعال در تیم بررسی مرگ - کارشناس برنامه کودکان- کارشناس مسوول بررسی مرگ می باشد.
- مسوول تشکیل کمیته در شهرستان، رییس شبکه بهداشت و درمان شهرستان می باشد که اعضای که مناسب برای کمیته می باشد** انتخاب و ابلاغ آن را صادر می کند. شرح وظایف کمیته شهرستانی و لیست حداقل افرادی که باید در کمیته حضور فعال داشته باشند در پیوست ۴ درج شده است.
- حداقل زمان برای برگزاری کمیته های مرگ و میر کودکان در شهرستان هر ۲ ماه یکبار می باشد:**
در صورتیکه مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه در طی مدت ذکر شده برای تشکیل کمیته در شهرستان اتفاق نیافتاده است یا لیست مداخلاتی از مرگ های اتفاق افتاده، استخراج نشده است اطلاعات باید براساس پایش و ارزیابی برنامه های کودکان در شهرستان استخراج شود و در کمیته مطرح گردد (پیوست ۵ فلوجارت اجرای نظام مراقبت کودکان در شهرستان)
- لیست پیشنهادی مداخلات توسط **مسوولیت بهداشت خانواده** برای اعضای کمیته قرائت شود و اعضای کمیته لازم است که آن را، مورد بحث و بررسی قرار دهند و در صورت تصویب نوع مداخله، بخش یا سطح مداخله کننده و سقف زمانی برای اجرای مداخله را مشخص نمایند.
همچنین، مسئولین اجرای پایش و ارزیابی باید در کمیته بررسی مرگ کودکان تعیین شود. در صورتی که پس از بررسی مشخص شود که یکی از سطوح مداخله کننده خارج از شهرستان است، مراتب باید در اسرع وقت به مسوول بررسی مرگ کودکان دانشگاه گزارش گردد.
- پس از مصوب شدن مداخلات و تعیین مسوول اجرای آن در کمیته، باید به هر بخش یا سطحی که متولی مداخله شناخته شده است ابلاغ با امضای رییس کمیته صادر و ارسال گردد.
- هر بخش یا سطحی که متولی مداخله شناخته شده است باید فعالیت های اجرایی مداخله مصوب شده (تکمیل فرم جدول فعالیت تفصیلی پیوست ۶) را مشخص و در موعد مقرر به کمیته تحویل دهد.

۱۳. برنامه باید طبق جدول فعالیت های تدوین شده و زمانبندی مقرر به اجرا درآید و گزارش پیشرفت و عدم انجام فعالیت ها در زمان مقرر می باید به مسوول بررسی مرگ شهرستان جهت ارائه به کمیته ارسال شود.

۱۴. در طول اجرا، برنامه باید مورد پایش و ارزیابی قرار گیرد تا میزان موفقیت و نقاط ضعف احتمالی آن مشخص شود. نتایج به دست آمده از پایش و ارزیابی مداخله می باید در جدول فعالیت تفصیلی (پیوست ۶) وارد شود.

۱۵. در صورت وجود مشکل در اجرا یا اثر بخش نبودن مداخلات، باید در کمیته علت آن بررسی و در جهت رفع آن برنامه ریزی شود و همچنین راهکار دیگری به سطوح مربوطه ابلاغ کند. تا در نهایت نتیجه مطلوب حاصل گردد.

۱۶. نتیجه فعالیت های انجام شده همراه با نتایج حاصل از پایش و ارزیابی در آغاز هر جلسه کمیته باید توسط **مسوولیت بهداشت خانواده** خوانده شود. ولیست مداخلات پیشنهادی (پیوست ۳)، جدول فعالیت های تفصیلی (پیوست ۶)، صورتجلسه کمیته ها و فایل CSO «حاوی اطلاعات مرگ کودکان» **باید هر ۳ ماه یک بار به مسؤل بررسی مرگ کودکان تا ۵۹ ماهه دانشگاهی** ارسال شود.

۱۷ و ۱۸. **مسوول بررسی مرگ کودکان شهرستان باید حداقل از کلیه بیمارستانهای تابعه شهرستان هر فصل یک بازدید با چک لیست پایش بیمارستان (پیوست ۷) داشته باشد و عملکرد تیم پرستگری بیمارستان را براساس اطلاعات جمع آوری شده در پرسشنامه ارزیابی کرده و** پسخوراند حاصل از ارزیابی را در فرآیند های بعدی اعمال نمایند.

فرم گزارش تلفنی موارد مرگ کودکان ۱-۵۹ ماهه

نام بیمارستان نام بیمارستان شهرستان دانشگاه نام گزارش دهنده

ردیف	نام و نام خانوادگی متوفی	سن متوفی (ماه)	تاریخ فوت (روز، ماه، سال)	محل سکونت	محل فوت	علت فوت (پراساس ICD10)
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						
۶						
۷						
۸						
۹						
۱۰						

پرسشنامه های بررسی مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه و دستورالعمل نحوه
تکمیل آنها

نام پرسشگر:.....	پرسشنامه "ب": مخصوص بررسی مشخصات کلی خانواده و سوابق بیماری متوفی ۱-۵۹ ماهه	کند:.....
نام دانشگاه/دانشکده: نام شهرستان: نام بیمارستان:.....		
۱- نام و نام خانوادگی متوفی:	۲- سن متوفی هنگام فوت (برحسب ماه):	
۳- تاریخ تولد متوفی:/...../..... ۱۳	۴- زمان وقوع فوت:/...../..... ۱۳ ساعت:.....	
۵- جنس و ملیت متوفی: ۱- پسر <input type="checkbox"/> ۲- دختر <input type="checkbox"/>	۶- منطقه سکونت: ۱- شهری <input type="checkbox"/>	۲- روستایی <input type="checkbox"/> ۳- عشایر <input type="checkbox"/>
۷- وضعیت حضور متوفی در خانواده: ۱- زندگی با پدر و مادر <input type="checkbox"/> ۲- زندگی با مادر <input type="checkbox"/> ۳- زندگی با پدر <input type="checkbox"/> ۴- زندگی با سایر افراد خانواده و بستگان <input type="checkbox"/> ۵- مراکز نگهداری و حمایتی <input type="checkbox"/> ۶- سایر <input type="checkbox"/>		
۸- میزان تحصیلات مادر/مراقب متوفی: ۱- بیسواد <input type="checkbox"/> ۲- ابتدائی <input type="checkbox"/> ۳- راهنمایی <input type="checkbox"/> ۴- دبیرستان <input type="checkbox"/> ۵- دانشگاهی <input type="checkbox"/>		
۹- آیا مرگ کودک در اثر حادثه بوده است؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> اگر مرگ در اثر حادثه نبود به سوال ۱۴ بروید.		
۱۰- زمان وقوع حادثه: (ساعت)/...../..... ۱۳		
۱۱- محل وقوع حادثه: ۱- منزل <input type="checkbox"/> ۲- حرم منطقه مسکونی <input type="checkbox"/> ۳- جاده داخل منطقه مسکونی <input type="checkbox"/> ۴- جاده خارج منطقه مسکونی <input type="checkbox"/> ۵- سایر <input type="checkbox"/>		
۱۲- نوع حادثه: ۱- تصادف با وسیله نقلیه <input type="checkbox"/> ۲- غرق شدن <input type="checkbox"/> ۳- سقوط <input type="checkbox"/> ۴- سوختگی <input type="checkbox"/> ۵- مسمومیت <input type="checkbox"/> ۶- خفگی <input type="checkbox"/> ۷- ضربه <input type="checkbox"/> ۸- گزش خزندگان و حشرات <input type="checkbox"/> ۹- برق گرفتگی <input type="checkbox"/> ۱۰- سایر <input type="checkbox"/> نوع آن ذکر شود:.....		
۱۳- نحوه خروج کودک حادثه دیده از محل حادثه: ۱- توسط بستگان یا افراد عادی <input type="checkbox"/> ۲- توسط گروه امداد و نجات <input type="checkbox"/>		
۱۴- محل فوت: ۱- در محل وقوع حادثه <input type="checkbox"/> ۲- در راه انتقال <input type="checkbox"/> ۳- در مرکز بهداشتی یا درمانی <input type="checkbox"/> ۴- درمانگاه یا مطب <input type="checkbox"/> ۵- بیمارستان <input type="checkbox"/> ۶- منزل <input type="checkbox"/>		
۱۵- برای درمان کودک بترتیب به چه کسی یا محلی مراجعه کردید؟ ۱- بیمارستان <input type="checkbox"/> ۲- مرکز بهداشتی یا درمانی دولتی <input type="checkbox"/> ۳- مطب و مراکز خصوصی <input type="checkbox"/> ۴- خانه بهداشت <input type="checkbox"/> ۵- درمانگرهای سنتی <input type="checkbox"/> ۶- به هیچ کجا <input type="checkbox"/> اگر جواب گزینه ۱ یا ۲ یا ۳ نباشد به سوال ۲۳ بروید		
۱۶- زمان اولین مراجعه: (ساعت)/...../..... ۱۳		
۱۷- آیا انتقال کودک توسط آموپلانس صورت گرفت؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> اگر خیر، علت؟ عدم دسترسی فوری <input type="checkbox"/> به نظرم نیازی نبود <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>		
اگر بلی، آیا حین انتقال برای کودک سرم تزریق شده بود؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> سایر اقدامات:..... مدت زمان انتقال:.....		
۱۸- آیا پس از ورود به مرکز درمانی یا بیمارستان، کودک بلافاصله (کمتر از ۵ دقیقه) توسط پزشک معاینه شده بود؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> اگر خیر، علت؟ در آن زمان پزشک حضور نداشت <input type="checkbox"/> تعداد مراجعین به پزشک زیاد بود <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>		
۱۹- آیا برای کودک، دستورات درمانی و تشخیصی توصیه شده بود؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی داند <input type="checkbox"/> اگر جواب خیر، نمی داند بود به سوال ۲۲ بروید		
۲۰- آیا پس از ویزیت، بلافاصله اقدامات درمانی و تشخیصی انجام شده است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی داند <input type="checkbox"/>		
۲۱- وضعیت خانواده در قبال دستورات درمانی و تشخیصی توصیه شده: ۲۱-۱- دسترسی به درمان و داروی توصیه شده ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> ۳- نمی داند <input type="checkbox"/> ۲۱-۲- دسترسی به آزمایشگاه و رادیولوژی توصیه شده ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> ۳- نمی داند <input type="checkbox"/> ۲۱-۳- مشکلات اقتصادی در راه تامین و انجام توصیه ها ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> ۳- نمی داند <input type="checkbox"/>		
۲۲- آیا درخواست انتقال به مرکز دیگری توصیه شده بود؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی داند <input type="checkbox"/> اگر بلی: آیا انتقال، انجام شده است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، علت را ذکر کنید:.....		
۲۳- کودک کدامیک از علائم زیر را (قبل از مراجعه) داشت؟ زمان مشاهده اولین علامت فوق: (ساعت)/...../..... ۱۳ مشکل بودن تنفس <input type="checkbox"/> عدم توانایی نوشیدن (شیر یا مایعات) <input type="checkbox"/> تشنج در این بیماری <input type="checkbox"/> استفراغ بدنبال خوردن هر چیزی <input type="checkbox"/> خواب آلودگی یا کاهش هوشیاری <input type="checkbox"/> خونریزی <input type="checkbox"/> درد شکم <input type="checkbox"/> اسهال خونی <input type="checkbox"/> بیقراری <input type="checkbox"/> تب <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>		
۲۴- آیا کودک بیماری مزمن یا صعب العلاج داشته است؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> اگر بلی، چه بیماری:		
۲۵- آیا فرزند دیگری در سن کمتر از ۵ سال در خانواده تاکنون فوت کرده است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> علت فوت:..... سن متوفی:..... جنس:.....		
۲۶- آیا سن متوفی کمتر از ۲۴ ماه بوده است؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> اگر بلی، آیا متوفی با شیرمادر تغذیه می شده است؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/>		
۲۷- داستان مرگ از زبان مادر یا سرپرست کودک: (توضیحات اضافه تر)		

به نظر شما در چه صورتی می توانست این اتفاق نیافتد و یا از بروز آن جلوگیری شود؟

پرسشنامه (ب): مخصوص بررسی مشخصات کلی خانواده و سوابق سلامت و بیماری متوفی ۱ تا ۵۹ ماهه

- این پرسشنامه ها که به بررسی مشخصات کلی خانواده و سوابق سلامت و بیماری متوفی می پردازد، برای همه کودکان متوفی و از طریق پرسشگری از خانواده کودکان متوفی (والدین، سرپرست، یا سایر افراد درجه اول خانواده) تکمیل می شود.
- ابتدا کد انتخابی کودک متوفی (اولین مرگ کد ۱ گذاشته شود)، نام پرسشگرو تاریخ پرسشگری رانوشته و در ردیف بعدی نام دانشگاه یا دانشکده و نام شهرستان محل فوت واردمی شود و در صورتی که کودک در بیمارستان فوت کرده باشد نام بیمارستان در این فرم وارد خواهد شد.
- سوالات ۱ تا ۶ در مورد مشخصات کودک متوفی پرسیده می شود (شامل نام و نام خانوادگی، سن هنگام فوت بر حسب ماه، تاریخ تولد متوفی، زمان وقوع فوت، جنس و ملیت (در صورت غیر ایرانی نام کشور را ثبت کنید) متوفی و منطقه سکونت).
- سوال ۲- تاریخ تولد متوفی بر حسب روز، ماه و سال ثبت می شود.
- سوال ۴: زمان وقوع مرگ بر اساس گفته والدین بطور دقیق و بر حسب ساعت و به تفکیک روز، ماه و سال نوشته می شود.
- سوال ۶- منطقه سکونت دائم کودک از نظر تقسیمات کشوری (شهر، روستا و عشایر) مشخص شده و در مقابل کد مربوطه در محل مخصوص علامت زده می شود و نام شهر و روستا نوشته شود.
- سوال ۷- منظور از وضعیت حضور متوفی در خانواده، ترکیب خانواده یا محلی است که کودک بطور دائم در آنجا زندگی میکند. در این سوال مراکز نگهداری عبارت هستند از تمامی مراکز دولتی و خصوصی که کودک را به هر دلیلی، بطور دائم نگهداری و امکانات زندگی کودک را فراهم می کنند. بدیهی است که اگر موارد بستری طوری باشد که نتوان به آن زندگی و نگهداری دائم اطلاق نمود از این امر مستثنی هستند. همچنین مراکز نیمه وقت مثل مهد کودک و... جزو این موارد نیستند.
- سوال ۸- منظور از میزان تحصیلات مادری مراقب کودک متوفی تعیین میزان تحصیلات فردی است.
- سوال ۹- بر اساس تقسیم بندی نظام ثبت مرگ، علت فوت را به حادثه و غیر حادثه ای تقسیم و پاسخ دهید که آیا مرگ کودک در اثر حادثه بوده است یا خیر. در ادامه بر اساس پاسخ سوال ۹، اگر مرگ در اثر حادثه نبود به سوال ۱۴ بروید.
- سوال ۱۰: زمان وقوع حادثه بر حسب ساعت و به تفکیک روز، ماه و سال نوشته می شود (اساس گفته والدین است).
- سوال ۱۱: محل وقوع حادثه را نیز باید بر اساس گفته والدین یکی از گزینه ها انتخاب می شود: ۱- منزل: فقط داخل حریم منزل را شامل می شود ۲- حریم منطقه مسکونی: تمام منطقه های مسکونی از قبیل پارک ها، محل بازی و... را شامل می شود ولی داخل منزل و خیابان و جاده داخل منطقه مسکونی را شامل نمی شود ۳- جاده داخل منطقه مسکونی: فقط خیابان و جاده داخل منطقه مسکونی را شامل می شود ۴- جاده خارج منطقه مسکونی: فقط جاده های خارج منطقه مسکونی را شامل می شود ۵- سایر: بقیه منطقه های که شامل موارد بالا نباشد مانند مناطق کشاورزی.
- سوال ۱۲: نوع حادثه را نیز باید بر اساس گفته والدین یکی از گزینه ها انتخاب شود
- سوال ۱۳: نحوه خروج کودک حادثه دیده از محل وقوع حادثه از زبان والدین یا سرپرست نوشته می شود.
- سوال ۱۴: این سوال مربوط به محل فوت است که می تواند در محل وقوع حادثه یا خارج از آن باشد. در صورتی که در جواب این سوال گزینه ۱ "محل وقوع حادثه" علامت زده شود در این صورت کودک بلافاصله پس از حادثه فوت کرده باشد به سوال ۲۷ بروید
- سوال ۱۵: برای درمان کودک به ترتیب به چه کسی و محلی مراجعه کرده است نام محل مربوطه را علامت زده و ترتیب آن را جلوی مربع مشخص کنید در صورتی که گزینه های ۱ یا ۲ یا ۳ انتخاب نشود به سوال ۲۳ بروید.
- سوال ۱۶: زمان مراجعه کودک به اولین مرکز درمانی، نیز باید بر اساس گفته والدین بطور دقیق و بر حسب ساعت و به تفکیک روز، ماه و سال ثبت شود.
- سوال ۱۷: مربوط به نحوه انتقال کودک به مرکز درمانی است. اگر کودک توسط آمبولانس انتقال انجام گرفته است در مورد وضعیت تزریق سرم و ایجاد یک رگ باز برای کودک بر اساس گزارش والدین مشخص و علامت بزنید و سایر اقدامات انجام گرفته در حین انتقال و مدت زمان انتقال نوشته شود در غیر این صورت (انتقال توسط آمبولانس انجام نگرفته است) علت آن را مشخص و ثبت کنید.
- سوال ۱۸: این سوال به گزارش والدین در مورد معاینه بلافاصله کودک (کمتر از ۵ دقیقه) توسط پزشک مربوط می شود. اگر جواب این سوال خیر است علت آن انتخاب شود، اگر گزینه سایر انتخاب شده است علت نوشته شود.
- سوال ۱۹: این سوال در مورد این که آیا دستورات درمانی و تشخیصی برای کودک توصیه شده است؟ اگر جواب خیر و نمی داند باشد به سوال ۲۲ بروید.
- سوال ۲۰: این سوال به گزارش والدین در مورد انجام بلافاصله اقدامات درمانی و تشخیصی می باشد.
- سوال ۲۱: (۱-۲۱ تا ۳-۲۱) در این سوال وضعیت خانواده در قبال دستورات تشخیصی و درمانی که در مرکز درمانی به آنها توصیه شده است مشخص می شود. جواب والدین برای هر یک از حالات مختلف سوال، جداگانه علامت زده شود.
- سوال ۲۲: پرسش در مورد درخواست انتقال به مراکز دیگر است. که اگر گزینه بلی باشد سوال دیگر در مورد انجام شدن انتقال می باشد که در صورت انجام نشدن انتقال، علت آن ذکر شود
- سوال ۲۳: علائم مشاهده شده در کودک متوفی قبل از مراجعه، بر اساس جواب والدین، گزینه مناسب مشخص شود. جواب والدین برای هر یک از حالات مختلف سوال شود و در صورت تایید شدن، گزینه مربوطه علامت زده شود. در آخر زمان شروع اولین علائم ذکر شده به ساعت و تفکیک سال، ماه، روز نوشته شود.
- سوال ۲۴: در این سوال مشخص می شود آیا قبل از فوت کودک، بیماری مزمن یا صعب العلاجی برای او تشخیص داده شده است یا خیر. در صورتی که جواب این سوال "بله" باشد، نوع بیماری کودک نوشته می شود
- سوال ۲۵: در این سوال مشخص می شود آیا فرزند دیگری (کمتر از ۵ سال) نیز در خانواده کودک متوفی، فوت کرده است یا خیر. در صورتی که جواب این سوال "بله" باشد، علت فوت فرزند قبلی، سن کودک فوت شده قبلی و جنس فرزند فوت شده قبلی نیز مشخص می شود.
- سوال ۲۶: در این سوال اگر سن متوفی کمتر از ۲ سال داشته باشد، گزینه بلی علامت زده می شود و در مورد تغذیه متوفی با شیر مصنوعی پرسیده می شود که در صورت تغذیه متوفی با شیر مصنوعی گزینه بلی علامت زده می شود.

سوال ۲۷: داستان مرگ کودک به زبان و روایت مادر ، سرپرست یا هر کسی که به واسطه نگهداری و مراقبت از کودک در جریان بیماری و مرگ او می باشد یادداشت می شود، سپس نظر والدین را در مورد مرگ کودک و درجه صورتی می توانست این اتفاق نیافتد و یا از بروز آن جلوگیری شود پرسیده شود. و در صورت نیاز ، برگه های مستقل و اضافه ای با درج مشخصات کودک در بالای آن به این منظور استفاده و به پرسشنامه ها ضمیمه می شود و در آخر نام خانوادگی پاسخ دهنده، نسبت او بامتوفی و آدرس یا شماره تلفن تماس نوشته شود.

کد متوفی:	نام و نام خانوادگی متوفی:
نوع مرکز مراجعه شده: ۱- اورژانس بیمارستان آموزشی <input type="checkbox"/> ۲- اورژانس بیمارستان غیر آموزشی دولتی <input type="checkbox"/> ۳- اورژانس بیمارستان خصوصی <input type="checkbox"/> ۴- خانه بهداشت <input type="checkbox"/> ۵- مرکز بهداشتی یا درمانی دولتی <input type="checkbox"/> ۶- مطب و مراکز خصوصی <input type="checkbox"/>	
نحوه پذیرش کودک: ۱- مراجعه مستقیم توسط والدین (یا سرپرست) <input type="checkbox"/> ۲- ارجاع از سایر مراکز <input type="checkbox"/> ۳- سایر <input type="checkbox"/>	
۱- زمان ورود کودک به مرکز:..... (ساعت و دقیقه) /..... /..... ۱۳	۲- زمان خروج کودک از مرکز:..... (ساعت و دقیقه) /..... /..... ۱۳
۳- آیا کودک بیش از ۲ ساعت در مرکز یا اورژانس بوده است؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> اگر بلی، علت:	
۱- منتظر پذیرش از بخش بیمارستان <input type="checkbox"/> ۲- عدم امکانات لازم جهت انتقال <input type="checkbox"/> ۳- اقدامات تشخیصی درماری طول کشیده <input type="checkbox"/> ۴- سایر <input type="checkbox"/>	
۴- آیا دربدو ورود علائم خطر فوری داشته: ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> اگر بلی ۱-۴ تا ۷-۴ را تکمیل کنید	
۴-۱- کدام علامت؟ قطع تنفس/سیانوز مرکزی/دیسترس تنفسی شدید <input type="checkbox"/> خونریزی <input type="checkbox"/> شوک <input type="checkbox"/> تشنج <input type="checkbox"/> کما <input type="checkbox"/>	
۴-۲- آیا نیاز به خون و فورا آورده های خونی بود؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> اگر بلی، آیا در دسترس بود؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> اگر خیر، علت:.....	
۴-۳- آیا اقدامات اولیه احیا انجام شد؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> اگر خیر، علت:.....	
۴-۴- آیا دسترسی به وسایل اولیه احیا (اکسیژن، ساکشن، آمبویک مناسب، داروهای احیا) مطلوب بود؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> اگر خیر، علت:.....	
۴-۵- آیا نیاز به دستگاه الکتروشوک بود؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> اگر بلی، آیا در دسترس بود؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> اگر خیر، علت:.....	
۴-۶- آیا تمامی پرسنل احیاگر کارگاه دو روزه احیاء را طی یک سال گذشته گذرانده اند؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/>	
۴-۷- آیا اقدام احیا با موفقیت انجام شد؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/>	
۵- آیا دربدو ورود علائم حیاتی کودک ثبت شده است؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> اگر خیر، علت:.....	
تعداد تنفس:	تعداد نبض:
درجه حرارت:	
۶- آیا دربدو ورود نشانه های خطر داشته است؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> اگر بلی، آیا ثبت شده است؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> اگر بلی، کدامیک از نشانه ها؟	
۱- عدم توانایی خوردن و نوشیدن <input type="checkbox"/> ۲- خواب آلودگی یا کاهش هوشیاری <input type="checkbox"/> ۳- استفراغ یا خوردن هر چیزی <input type="checkbox"/> ۴- تشنج در زمان این بیماری <input type="checkbox"/> ۵- سایر <input type="checkbox"/>	
۷- آیا وضعیت وزن، و اکسیسایون و وضعیت تغذیه کودک ثبت شده است؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/>	
وزن:..... کیلوگرم وضعیت و اکسیسایون ۱- کامل <input type="checkbox"/> ۲- ناقص <input type="checkbox"/> ۳- عدم انجام <input type="checkbox"/> ۴- نامعلوم <input type="checkbox"/> وضعیت تغذیه:.....	
۸- آیا ارجاع کودک به مرکز دیگری درخواست (توصیه) شده است؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> اگر جواب، خیر بود به سوال ۱۱ بروید	
۹- آیا ارجاع به مرکز دیگری انجام شده است؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> اگر خیر، علت را بنویسید و به سوال ۱۱ بروید	
۱۰- آیا انتقال کودک توسط آمبولانس صورت گرفت؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> اگر خیر، علت:.....	
اگر بلی، آیا اقدامات انتقال، به طور مطلوب انجام شده است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> - اگر خیر، اقدامات نامطلوب:	
۱۱- آیا پرسنل کادر درمان مرکز، کارگاه آموزشی یا باز آموزی مانا را طی ۲ سال گذشته گذرانده اند؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/>	
۱۲- وضعیت خروج کودک از مرکز چگونه بود؟	
۱- ترخیص با دستور پزشک معالج <input type="checkbox"/> ۲- ترخیص با رضایت و خواست والدین <input type="checkbox"/> ۳- انتقال به بخش <input type="checkbox"/> ۴- فوت <input type="checkbox"/> ۵- اعزام/ارجاع <input type="checkbox"/> ۶- سایر <input type="checkbox"/>	
۱۳- در صورت فوت در مرکز، تشخیص نهایی را براساس گروه بندی ICD10 وزیر گروه های آن بنویسید:	
حوادث و سوانح غیر عمدی <input type="checkbox"/> ناهنجاریهای مادرزادی و کروموزومی <input type="checkbox"/> بیماریهای دستگاه تنفسی <input type="checkbox"/> بیماریهای قلبی عروقی <input type="checkbox"/> بیماریهای عفونی <input type="checkbox"/> وانگلی <input type="checkbox"/> بیماریهای دستگاه عصبی مرکزی <input type="checkbox"/> بیماریهای دستگاه گوارش <input type="checkbox"/> بیماریهای تغذیه، غدد و متابولیسم <input type="checkbox"/> بیماریهای خون و دستگاه خون <input type="checkbox"/> ساز <input type="checkbox"/> سرطانها <input type="checkbox"/> بیماریهای دستگاه ادراری <input type="checkbox"/> بیماریهای روانی و اختلالات رفتاری <input type="checkbox"/> بیماریهای حول تولد <input type="checkbox"/> حالات بد <input type="checkbox"/> تعریف شده <input type="checkbox"/> سایر علل <input type="checkbox"/>	
۱۴- توضیحات اضافه تر:	
نام خانوادگی پرسشگر:	شماره تلفن تماس:
سمت:	

پرسشنامه ج: مخصوص بررسی کلی سوابق رسیدگی (اقدامات پزشکی) سرپایی به بیماری متوفی

پرسشنامه ج مربوط به بررسی سوابق اقدامات پزشکی است که برای کودک انجام شده است. این اقدامات شامل تمامی فعالیتها، مداخلات و توصیه های تشخیصی، مراقبتی و درمانی است که قبل از فوت کودک و بصورت سرپایی انجام شده و کودک در طی این خدمات (یا برای این خدمات) در بیمارستان بستری نبوده است. کلیه مراکز تشخیصی، درمانی و بهداشتی و همچنین اورژانس های بیمارستانها از جمله محلهای مورد نظر برای ارائه این خدمات هستند. نحوه استخراج کلی اطلاعات پرسشنامه به این شرح است که پرسشگر پس از هماهنگی با مسئول مرکز مربوطه و کسب اجازه لازم، به مطالعه مستندات موجود و لازم (بر حسب سوالات) پرداخته و در صورت لزوم از کمک کارکنان (برای بازخوانی و یافتن پاسخها در مستندات) بهره میگیرد و بدین طریق پاسخ سوالات پرسشنامه را استخراج میکند. **توجه کنید که همیشه نیازی به مراجعه به تمامی مراکز که کودک قبل از فوت در آنجا بوده است نیست. از آخرین مرکزی که مرگ در آنجا اتفاق افتاده است و یا کودک درست قبل از مرگ در آنجا بوده است**، پرسشگری را آغاز کنید.

ابتدا کدمتوفی که در پرسشنامه ب درج شده است یا نام و نام خانوادگی متوفی ثبت می شود.

در ردیف دوم نوع مرکز سرپایی مراجعه شده را بر حسب تقسیم بندی زیر مشخص کنید.

۱- اورژانس بیمارستان آموزشی (بیمارستانهای آموزشی عبارتند از کلیه بیمارستانهایی که آموزش گروههای پزشکی و پیراپزشکی در آنها انجام میشود اعم از بیمارستانهای دانشگاهی دولتی یا دانشگاه آزاد، انتظامی، سپاه و هر بیمارستانی که مجوز و فعالیت آموزش رسمی دانشجویان و کارآموزان پزشکی و پیراپزشکی را دارد)

۲- اورژانس بیمارستان غیر آموزشی دولتی (بیمارستان هایی که به یکی از وزارتخانه ها، ارگانها، سازمانها و نهادها و یا ادارات دولتی وابسته بوده و جزو گروه بیمارستانهای آموزشی نباشد و تمامی بیمارستانهای تابعه سازمان تامین اجتماعی)

۳- اورژانس بیمارستان خصوصی (تمامی بیمارستانهایی که توسط اشخاص حقیقی و حقوقی تملک و اداره شده و به هیچکدام از گروههای فوق الذکر درگزینه های ۱ و ۲ تعلق ندارند)

۴- خانه بهداشت

۵- مرکز بهداشتی درمانی (کلیه مراکز بهداشتی درمانی دولتی یا خصوصی)

۶- مطب و مراکز خصوصی (کلیه درمانگاههای سرپایی خصوصی و خیریه)

در ردیف سوم نحوه پذیرش کودک: در این سوال مشخص می شود که کودک متوفی چگونه به مرکز درمانی مراجعه کرده است.

سوال ۱ و ۲: زمان ورود کودک به مرکز و همچنین زمان خروج کودک از مرکز بر اساس مستندات موجود در مرکز مورد مراجعه بطور دقیق و بر حسب ساعت، دقیقه و به تفکیک روز، ماه و سال ثبت می شود.

سوال ۳: این سوال با توجه به فاصله زمانی سوال ۱ و ۲ مشخص می شود، اگر کودک بیش از ۲ ساعت در مرکز یا اورژانس بوده است علت آن از بین گزینه های داده شده انتخاب و علامت زده شود

سوال ۴: در این سوال بر اساس اطلاعات مندرج در پرونده مشخص کنید که کودک در بدو ورود علائم خطر فوری داشته است. در صورت پاسخ بلی سوالات ۱-۴ تا ۷-۴ را به هر کدام جداگانه پاسخ دهید.

سوال ۵: این سوال علائم حیاتی کودک در بدو ورود اگر ثبت شده باشد، درج می شود در غیر این صورت علت عدم ثبت نوشته می شود.

سوال ۶: در این سوال اگر در بدو ورود به مرکز یا اورژانس کودک نشانه های خطر داشته است پاسخ بلی علامت زده می شود و بر اساس مستندات موجود در مرکز نشانه های خطری که وجود داشته است علامت زده می شود.

سوال ۷: آخرین وضعیت وزن، واکسیناسیون و تغذیه کودک در صورت ثبت شدن هر ۳ گزینه در پرونده، گزینه بلی علامت زده شود. و وزن به کیلوگرم، وضعیت واکسیناسیون به صورت کامل، ناقص و عدم انجام نوشته شود. همچنین وضعیت تغذیه کودک یکی از گزینه های تغذیه فقط با شیر مادر، تغذیه فقط با شیر مصنوعی (شیر خشک/شیر دام/غذای کمکی)، تغذیه توأم (شیر مادر و شیر مصنوعی)، شیر مادر و غذای کمکی، شیر مادر و غذای خانواده، غذای خانواده و سایر انتخاب شود.

سوال ۸: آیا ارجاع بیمار به مرکز دیگری درخواست (توصیه) شده است؟ بر حسب دستورات ثبت شده در پرونده پاسخ بلی یا خیر درج شود. جواب خیر زمانی است که دستور صادر شده مثل توصیه های درمانی، پیگیری بعدی و ترخیص با رضایت والدین، موجب ترک کودک از مرکز شده و مورد ارجاع منتفی است. اگر جواب "خیر" بود به سوال ۱۱ بروید.

سوال ۹: آیا ارجاع انجام شده است؟ بر اساس مندرجات پرونده و مدارک موجود بصورت بلی، خیر گزارش شود. اگر ارجاع درخواست شده انجام نشده است، علت را ذکر کنید. علت عدم ارجاع بر اساس پرونده ثبت و در صورت عدم دسترسی به اطلاعات پرونده از افراد مطلع پرسیده شود. اگر جواب "خیر" است بابت سوال ۱۱ بروید.

سوال ۱۰: اگر انتقال کودک توسط آمبولانس صورت گرفته است گزینه بلی را علامت بزنید و در مورد نحوه انتقال بررسی کنید که به طور مطلوب انجام گرفته است یا خیر. نحوه انتقال مطلوب با توجه به حال عمومی بیمار فرق می کند ولی حداقل اقدامات اولیه انتقال کودک که شامل: امکانات و تجهیزات داخل آمبولانس (اکسیژن-وسایل و داروهای احیا مناسب کودک)، پرسنل ورزیده آموزش دیده در مورد احیای کودک و داروهای مورد نیاز کودک می باشد. اگر اقدامات مطلوب نبود علت را ذکر کنید.

سوال ۱۱: این سوال که آیا پرسنل کادر درمان مرکز، کارگاه آموزشی یا باز آموزی ما را طی ۲ سال گذشته گذرانده اند را می توان به اظهارات شفاهی کارکنان مرکز مربوطه رجوع کرد. کارکنان مراکز مورد نظر عبارت هستند از: ۱- پزشک: پزشک معالج مستقیم کودک ۲- پرستار یا بهیار: بیشتر در مورد مراکز درمانی بیمارستانی یا درمانگاهها مصداق دارد ۳- کارمند بهداشتی غیر پزشک: بیشتر در مورد مراکز بهداشتی و درمانی و خانه بهداشت مصداق دارد که شامل بهورز، کاردان و کارشناس بیماریها، کاردان یا کارشناس مادر و کودک و یا مامایی می باشد

مانا (مراقبت های ادغام یافته ناخوشهای اطفال): مجموعه ای است که پرسنل را جهت اقدامات سرپایی کودک بیمار راهنمایی می کند که شامل دو مجموعه پزشک و غیرپزشک می باشد و دوره کارگاه تئوری آن حداقل ۳ روز می باشد و CD خودآموزان برای آموزش غیرحضور پزشکی موجود می باشد.

سوال ۱۲: اگر کودک بیمار از مرکز ترخیص شده است، نحوه ترخیص کودک را بر حسب گزینه های ارائه شده و بر اساس ثبت پرونده درج کنید.

سوال ۱۳: در صورت فوت کودک در مرکز، تشخیص نهایی را بر اساس گروه بندی ICD10 (پیوست ۲-۱) یکی را انتخاب و علامت بزنید و زیر گروه آن را بنویسید.

سوال ۱۴: اگر توضیحات اضافه تری وجود دارد در این قسمت درج کنید و در آخر نام خانوادگی پرسشگر، سمت و شماره تلفن تماس نوشته شود.

پرسشنامه "ه": چک لیست تخصصی بررسی علل مرگ کودک ۱-۵۹ ماه در خارج بیمارستان	
نام و نام خانوادگی متوفی :	کد متوفی :
<p>۱- آیا زمان مراجعه به مرکز درمانی مناسب بود؟ ۱-بله <input type="checkbox"/> ۲-خیر <input type="checkbox"/> ۳-نامعلوم <input type="checkbox"/> ۴-به هیچ مرکزی مراجعه نکرده <input type="checkbox"/></p> <p>اگر جواب سوال، گزینه ۴ است به سوال ۱۳ بروید</p> <p>اگر خیر، علت: ۱- تاخیر در تصمیم گیری توسط خانواده <input type="checkbox"/> ۲- تاخیر در ارجاع به این مرکز <input type="checkbox"/> ۳- تاخیر در تشخیص و درمان <input type="checkbox"/></p> <p>۴- سایر <input type="checkbox"/></p>	
۲- آیا اجرای اقدامات احیای کودک (CPR) مناسب و کامل بوده است؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> ۳- مورد ندارد <input type="checkbox"/>	
۳- آیا اجرای اقدامات احیای کودک (CPR) به موقع بوده است؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> ۳- مورد ندارد <input type="checkbox"/>	
۴- آیا دستورات پزشک(با توجه به علائم و تشخیص بیماری متوفی) برای اقدامات تشخیصی مناسب و کامل بوده است؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/>	
۵- آیا دستورات پزشک(با توجه به علائم و تشخیص بیماری متوفی) برای اقدامات درمانی مناسب و کامل بوده است؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/>	
۶- آیا اجرای اقدامات تشخیصی به موقع بوده است؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/>	
۷- آیا اجرای اقدامات درمانی به موقع بوده است؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/>	
۸- آیا امکان اقدام تشخیصی دیگری برای بیمار وجود داشت؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> اگر خیر به سوال ۱۰ بروید	
۹- آیا این اقدام تشخیصی در مرکز محل وقوع فوت امکان پذیر یا در دسترس بود؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/>	
۱۰- آیا امکان اقدام درمانی دیگری برای بیمار وجود داشت؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> اگر خیر به سوال ۱۲ بروید	
۱۱- آیا این اقدام درمانی در مرکز محل وقوع فوت امکان پذیر یا در دسترس بود؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/>	
<p>۱۲- آیا درخواست ارجاع بیمار به مرکز درمانی دارای امکانات بیشتر ضرورت داشته است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>اگر بلی: آیا ارجاع صورت گرفته است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>در صورت خیر، علت: ۱- عدم درخواست ارجاع <input type="checkbox"/> ۲- ندادن پذیرش بیمارستان مقصد <input type="checkbox"/> ۳- عدم امکانات لازم جهت انتقال کودک <input type="checkbox"/></p> <p>در صورت بلی: آیا اقدامات درمانی حمایتی قبل از انتقال مناسب و کافی بوده است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>آیا اقدامات درمانی حمایتی حین انتقال مناسب و کافی بوده است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p>	
۱۳- آیا کودک بکار به مراقبت خاصی داشته است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> اگر بلی، آیا مراقبت ها بدرستی انجام گرفته است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
<p>۱۴- آیا تشخیص نهایی با توجه به علائم و یافته های بالینی و آزمایشگاهی صحیح بوده است؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> ۳- موردی ندارد <input type="checkbox"/></p> <p>تشخیص نهایی را بر اساس گروه بندی ICD10 وزیر گروه های آن بنویسید:</p> <p>حوادث و سوانح غیر عمدی <input type="checkbox"/> ناهنجاریهای مادرزادی و کروموزومی <input type="checkbox"/> بیماریهای دستگاه تنفسی <input type="checkbox"/> بیماریهای قلبی عروقی <input type="checkbox"/> بیماریهای عفونی وانگلی <input type="checkbox"/></p> <p>بیماریهای دستگاه عصبی مرکزی <input type="checkbox"/> بیماریهای دستگاه گوارش <input type="checkbox"/> بیماریهای تغذیه، غدد و متابولیک <input type="checkbox"/> بیماریهای خون و دستگاه خون <input type="checkbox"/></p> <p>ساز <input type="checkbox"/> سرطانها <input type="checkbox"/> بیماریهای دستگاه ادراری <input type="checkbox"/> بیماریهای روانی و اختلالات رفتاری <input type="checkbox"/> بیماریهای حول تولد <input type="checkbox"/> حالات بد <input type="checkbox"/></p> <p>تعریف شده <input type="checkbox"/> سایر علل <input type="checkbox"/></p>	
چه توصیه هایی برای پیشگیری از موارد مشابه مرگ دارید؟	

نام خانوادگی تکمیل کننده پرسشنامه:

شماره تلفن تماس:

شماره نظام پزشکی:

پرسشنامه (ه) : فرم چک لیست تخصصی بررسی علل مرگ کودک ۱ تا ۵۹ ماهه در خارج بیمارستان

این پرسشنامه برای تمام موارد مرگ خارج بیمارستانی **قبل از تشکیل کمیته توسط حداقل یک پزشک متخصص (غیر از پزشک معالج)** تکمیل می شود. (در صورت عدم دسترسی به پزشک متخصص می توانید در تکمیل پرسشنامه از پزشک عمومی کمک گرفته شود و در کمیته مورد بحث بیشتری قرار گیرد). پس از تکمیل پرسشنامه های (ب، ج، د) کودک متوفی، توسط مسوول بررسی مرگ، سوالات پرسشنامه ه حداقل از یکی از پزشکان متخصص سوال می شود. این پزشک پس از بررسی موارد در مورد علت فوت و روند مراقبت و درمان متوفی نظر میدهد. آنچه که برای برنامه مراقبت مهم است تعیین عامل و یا مقصر فوت نیست بلکه با بررسی روند اقدامات انجام گرفته برای کودک، امکان انجام مداخلات برای پیش گیری از وقوع ابتلا، بهبود روند تشخیص و درمان و کاهش عوارض و عواقب مورد بررسی قرار گرفته و علاوه بر بازخورد مستقیم به کمیته برای اقدامات اجرایی، داده های لازم برای تصمیم گیری های کلان به سطوح بالاتر مدیریتی نیز فراهم می شود.

همانطور که در پرسشنامه (ه) دیده می شود

ابتدا کدمتوفی که در پرسشنامه ب درج شده است یا نام و نام خانوادگی متوفی ثبت می شود. سپس با بررسی پرونده پزشکی و فرم های تکمیل شده مراقبت مرگ و در صورت نیاز با استفاده از مصاحبه با پرسنل مرکز سرپایی و والدین (و یا سرپرست کودک) اطلاعات تکمیل و نظر نهایی در مورد واقعه مرگ و روند بیماری و اقدامات انجام شده منجر به مرگ استخراج و به سوالات پرسشنامه پاسخ داده می شود.

لازم به ذکر است تشخیص نهایی که براساس گروه بندی ICD10 (طبق پیوست ۲-۱) یکی را انتخاب و علامت بزیند وزیر گروه آن را بنویسید.

ICD10 گروه بندی بیماری ها بر اساس

بیماریهای عفونی وانگلی	
Certain infectious and parasitic diseases	
Intestinal infectious diseases (روده ای وبا-تیفوئید-سالمونلا-شیگلا-آمیب-عفونت ویرال-سایر عفونت های)	عفونت های روده ای
Tuberculosis (سل ریوی-سل سیستم عصبی-سل سایر ارگانها)	سل
Other bacterial diseases (کزاز-دیفتری-سیاه سرفه-مننگوکوک-سپتی سمی-سایر باکتریال)	سایر بیماریهای باکتریال
Viral infections of the central nervous system (ویروسی-مننژیت و بروسه-پلیومیالیت-هاری-انسفالیت)	عفونت های ویرال سیستم عصبی
Viral hepatitis (هپاتیت A-هپاتیت B-سایر هپاتیت های حاد-هپاتیت مزمن)	هپاتیت ویرال
Other viral diseases (سایتومگالوویروس-اوریبون-مونوکلوز عفونی-هرپس-سرخک-سایر ویرال)	سایر بیماریهای ویرال
Other infectious diseases (کالازار-مالاریا-سایر بیماریهای عفونی)	سایر بیماریهای عفونی
سرطانها	
Malignant neoplasms except of lymphoid, haematopoietic (سرطان عصبی-سرطان گوارشی-سرطان تنفسی-سرطانهای (اداری	سرطانها غیر خونی و لنفی
Malignant neoplasms, lymphoid, haematopoietic (لوسمی-لنفوم)	سرطانها خونی و لنفی
Other neoplasms	سایر سرطانها
بیماریهای سیستم خونساز و دستگاه ایمنی	
Diseases of the blood and disorders involving the immune mechanism	
Nutritional anaemias (آنمی فقر آهن-آنمی مگالوبلاستیک-سایر آنمی تغذیه ای)	آنمی تغذیه ای
Haemolytic anaemias (تالاسمی-سیکل سل-سایر آنمی های همولتیک-فاویسم) اختلال آنزیم)	آنمی های همولتیک
Aplastic and other anaemias (آپلاستیک-سایر آنمی ها اریتروبلاستوپنی-سایر)	آنمی آپلاستیک و سایر آنمی ها
Coagulation defects, purpura and other haemorrhagic conditions (DIC-هموفیلی-سایر)	اختلالات انعقادی و خونریزی دهنده
Other diseases of blood and blood-forming organs (اگرانولوسیتوز-آنوزینوفیلی-سایر)	سایر بیماریهای خونساز
Certain disorders involving the immune mechanism (هیپوگاماگلوبینومی-CVID-SCID-سایر)	اختلالات دستگاه ایمنی
بیماریهای غدد، تغذیه و متابولیک	
Endocrine, nutritional and metabolic diseases	
Disorders of thyroid gland (هیپوتیروئیدی-تیروتوکسیکوز-تیروئیدیت-سایر)	اختلالات غدد تیروئید
Diabetes mellitus (انسولین دیابت وابسته به انسولین-دیابت غیر وابسته به)	دیابت میلیتوس
Disorders of other endocrine glands (هیپوپاراتیروئیدی-هیپرپاراتیروئیدی-هیپوپیتوتریسم-دیابت اینسیمیید)	سایر اختلالات غدد اندوکرین
Malnutrition (کواشیور کور-مارسموس-مارسموس کواشیور کور-سایر)	سوء تغذیه
Other nutritional deficiencies (کمبود ویتامین د-کمبود کلسیم-کمبود روی-کمبود ویتامین آ)	سایر اختلالات تغذیه ای
Metabolic disorders (ذخیره گلیکوژن-سیستیک فیبروزیس-سایر اختلال اسید آمینه-اختلال سیکل اوره-بیماری)	اختلالات متابولیک
اختلالات روانی و رفتاری	
Mental and behavioural disorders	
Mental disorders due to psychoactive substance use (مخدر-سایر داروها استفاده الکل-مواد)	اختلالات جسمی روانی در نتیجه سوء مصرف مواد
Mental retardation (عقب ماندگی ذهنی)	عقب ماندگی ذهنی
Other mental disorder	سایر اختلالات روانی
بیماریهای سیستم عصبی	
Diseases of the nervous system	
Inflammatory diseases of the central nervous system (مننژیت-انسفالیت-آبسه مغز-سایر)	بیماریهای التهابی سیستم عصبی مرکزی
Demyelinating diseases of the central nervous system (مولتیپل اسکلروز)	بیماریهای دمیلینه سیستم عصبی مرکزی
Episodic and paroxysmal disorders (صرع-استاتیک اپی لپسی-میگرن-سایر سندرم های سردرد)	اختلالات حمله ای و پاروکسیسمال
Polyneuropathies and other disorders of the peripheral nervous system (پلی نوروپاتی)	پلی نوروپاتی
Diseases of myoneural junction and muscle (عضلانی-میوپاتی-سایر میاستنی گراو-دیستروفی)	بیماریهای جانکشنال و عضلانی
Cerebral palsy and other paralytic syndromes (فلج مغزی-همی پلژی-تتراپلژی)	فلج مغزی
Other disorders of the nervous system	سایر بیماریهای سیستم عصبی
بیماریهای سیستم قلبی عروقی	
Diseases of the circulatory system	
Acute rheumatic fever (تب روماتیسمی با درگیری قلب تب روماتیسمی بدون گرفتاری قلبی-تب)	تب روماتیسمی حاد
Chronic rheumatic heart diseases (میترال-آئورت-تری کوسپید-سایر بیماری روماتیسمی درجه)	بیماریهای مزمن روماتیسم قلبی
Hypertensive diseases (قلبی-هیپرتانسیون کلیوی فشار خون اولیه-فشار خون ثانویه-هیپرتانسیون)	بیماریهای فشار خون
Ischaemic heart diseases (آنژین قلبی-انفارکتوس قلبی)	بیماریهای ایسکمیک قلبی

Other forms of heart disease (کاردیت-میوکار دیت-اندو کاردیت-میوکار دیوپاتی-نارسایی قلبی-سایر پری)	سایر بیماریهای قلبی
Cerebrovascular diseases (خونریزی ساب آراکنوئید-خونریزی داخل مغزی-انفار کتوس مغزی)	بیماریهای عروق مغزی

Diseases of the respiratory system	بیماریهای سیستم تنفسی
Acute upper respiratory infections (نازوفارنژیت-سینوزیت-فارنژیت-تونسیلیت-لارنژیت-اپیگلوتیت-سایر)	عفونت های حاد تنفس فوقانی
Influenza and pneumonia (انفولانزا و پنومونی به علل مختلف)	انفولانزا و پنومونی
Other acute lower respiratory infections (برونشیت-برونکولیت)	سایر عفونت های حاد تنفس تحتانی
Chronic lower respiratory diseases (مزمن ریوی-آسم-سایر برونشیت مزمن-بیماریهای انسداد)	بیماریهای مزمن تنفس تحتانی
Other diseases of the respiratory system	سایر بیماریهای سیستم تنفسی

Diseases of the digestive system	بیماریهای سیستم گوارشی
Diseases of oesophagus, stomach and duodenum (ازوفازیت-ریفلاکس مری-زخم معده و دئودنوم)	بیماریهای مری، معده، دئودنوم
Diseases of appendix (آپاندیسیت حاد و سایر انواع)	بیماریهای آپاندیس
Hernia (فتق اینگوینال-فمورال-شکمی-دیافراگماتیک-سایر)	هرنی
Diseases of liver (کبد توکسیک-نارسایی کبد-فیروزوسیروز کبدی-سایر بیماریهای التهابی کبد بیماری NEC)	بیماریهای کبد
Other diseases of the digestive system	سایر بیماریهای سیستم گوارشی

Diseases of the genitourinary system	بیماریهای سیستم ادراری تناسلی
Glomerular diseases (سندرم نفریتیک-سندرم نفروتیک-نفروباتی ها)	بیماریهای گلوومرولار
Renal tubulo-interstitial diseases (توبولار-اروباتی انسدادی وریفلاکس نفریت اینترسیشیل)	بیماریهای توبولوانترسیشیل
Renal failure (نارسایی کلیه حاد-نارسایی کلیه مزمن)	نارسایی کلیوی
Other disorders of genitourinary tract	سایر بیماریهای سیستم ادراری تناسلی

Certain conditions originating in the perinatal period	حالات معین با منشاء حول تولد
Fetus and newborn affected by maternal factors (عوارض حاملگی-جفت-دارو)	اختلال جنین و نوزاد متأثر از فاکتورهای مادری
Birth trauma (خونریزی داخل کرانیال-صدمه به سر-صدمه به اسکلت-صدمه به اعصاب)	ترومای جنینی
Respiratory and cardiovascular disorders specific to the perinatal period (آسفسی)	اختلال تنفس و قلبی عروقی متخصص به حول تولد
Infections specific to the perinatal period (مادزادی-سپس باکتریال نوزاد بیماریهای ویرال)	عفونتهای اختصاصی دوره حول تولد
Other disorders originating in the perinatal period	سایر اختلالات با منشاء حول تولد

Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities	ناهنجاریهای مادرزادی و کروموزومی
Congenital malformations of the nervous system (آنانسفال-میکروسفال-هیدروسفال-آنسفالوسل)	ناهنجاریهای مادرزادی سیستم عصبی
Congenital malformations of the circulatory system (عروقی-آنومالی دیواره قلبی-دریچه قلبی)	ناهنجاریهای مادرزادی سیستم قلبی عروقی
Congenital malformations of the respiratory system (آنومالی لارنکس-برونش-ریه)	ناهنجاریهای مادرزادی سیستم تنفسی
Cleft lip and cleft palate	لب شکری و شکاف کام
Other congenital malformations of the digestive system (آنومالی دستگاه گوارش و کبد)	ناهنجاریهای مادرزادی سیستم گوارشی
Congenital malformations of the urinary system (آزتری کلیه-کلیه پلی کستیک-نقص انسدادی)	ناهنجاریهای مادرزادی سیستم ادراری
Congenital malformations and deformations of the musculoskeletal system (CDH)	ناهنجاریهای مادرزادی سیستم اسکلتی عضلانی
Other congenital malformations	سایر ناهنجاریهای مادرزادی

External causes of morbidity and mortality	علل خارجی مرگ و میر (حوادث)
Transport accidents (نقلیه-تصادف با وسیله نقلیه سنگین وسیله نقلیه باعابر-دوچرخه و موتور با وسیله)	حوادث حمل و نقل
Falls (یخی-لغزنده-ولپر-تخت-صندلی-نردبان-پلکان-داربست-بام-درخت-صخره-شجره-زدن-سایر سقوط از روی سطح)	سقوط
Exposure to inanimate mechanical forces (شده-قرار گرفتن بین دوشی-اشیاء تیز برخورد با اجسام پرتاب)	بر خورد بانیروهای مکانیکی بیجان
Exposure to animate mechanical forces (حیوانات-فشار جمعیت یا گله-گاز گرفتگی لگد، شاخ و ضربه)	بر خورد بانیروهای مکانیکی جاندار
Accidental drowning and submersion (یا استخر-منابع آب طبیعی غرق شدگی دروان-حوض)	غرق شدن
Other accidental threats to breathing (آویز-آسپیره محتویات معده/مواد غذایی خفگی در بستر-حلق)	سایر حوادث انسداد تنفسی
Exposure to electric current, radiation and extreme ambient air temperature	بر خورد با جریان برق-اشعه و فشار هوای مصنوعی
Exposure to smoke, fire and flames (بامواد اشتعال زا-دود آتش سوزی ساختمان و غیره-سوختگی)	در معرض دود و شعله آتش

Contact with heat and hot substances(شیرداغ-باآب جوشیده روی اجاق-بخار با موادخوارکی داغ- باآب)	تماس باآب داغ وحرارت
Contact with venomous animals and plants(زهردار-هزارپا-گیاهان سمی نیش مار-عقرب-عنکبوت)	تماس باحیوانات وگیاهان سمی
Exposure to forces of nature(صاعقه-زلزله -سیل-طوفان-سایر)	درمعرض بلایا ونیروهای طبیعت
Accidental poisoning by and exposure to noxious substances(داروها-موادنفثی-حشره کش)	مسمومیت
Overexertion, travel and privation(محرومیت بی غذایی-بی آبی-سایر اشکال)	محرومیت یاافزایش نیاز
Accidental exposure to other and unspecified factors	سایرفاکتورهای حوادث
Intentional self-harm	صدمه عمدی به خود
Assault	تجاوز-خشونت
Legal intervention and operations of war	مداخلات قانونی وجنگ
Complications of medical and surgical care(جراحی-عوارض ابزارتشخیصی عوارض داروها-عوارض)	عوارض درمان طبی و جراحی

آشنایی مقدماتی تعیین علت مرگ و طبقه بندی آن در نظام مراقبت مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه

نسخه دهم طبقه بندی بین المللی بیماریها (ICD10) یک نظام طبقه بندی آماری است که حاوی تعداد محدودی کد های طبقه بندی شده است که در این نظام در ساختار خود دارای یک سلسله مراتبی است، بطوری که نظام تقسیم بندی بیماریها، شناسایی گروه وسیع تا یک بیماری اختصاصی را مهیا می سازد.

مفهوم علت اصلی یا اولیه مرگ (underlying cause of death)

برخی از گواهی های فوت تنها یک علت مرگ را شامل می شود که به راحتی قابل طبقه بندی هستند. ولی در بسیاری از شرایط، دویابیش تر، وضعیت هایی می باشند که در مرگ سهمیم بوده اند و باید در گواهی فوت ثبت شوند. در این چنین موارد از دیدگاه آمار حیاتی باید یک علت مرگ را انتخاب نمود و سپس آنرا طبقه بندی کرد. این علت و احدا را علت اولیه و یا **underlying cause of death** می گویند. مفهوم علت اصلی یا اولیه محور طبقه بندی مرگ و میراست. لذا بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت علت اولیه عبارت است از:

۱. اولین بیماری و یا آسیبی که در سلسله وقایع منجر به مرگ دخیل بوده است.

۲. شرایطی از حوادث یا خشونت که باعث آسیب های منجر به مرگ شده اند.

بنابر این علت اولیه (UC) شرایط و یا واقعه ای است که بدون وجود آن برای بیمار مرگ اتفاق نمی افتد. به عنوان مثال بیمار سرطانی را در نظر بگیرید که فوت می کند و آخرین علت مرگ وی (immediate Cause of death) نارسایی قلبی ناشی از متاستاز بوده است، منتهی محل اصلی سرطان وی روده بزرگ (کولون) بوده است. تسلسل وقایع اتفاق افتاده عبارت بوده است از:

سرطان بدخیم که نتیجه آن متاستاز بوده و سپس منتج به نارسایی قلبی شده است. بنابراین سرطان کولون وضعیتی است که باید به عنوان علت اولیه (UC) طبقه بندی شود.

فردی که علت مرگ را تعیین می کند ترتیب و تسلسل وقایع منجر به مرگ را در گواهی فوت ثبت می کند شکل زیر نمونه ای از فرم بین المللی گواهی پزشکی علت مرگ می باشد

زمان تقریبی بین شروع تا مرگ	علت مرگ
	الف: (آخرین علت مرگ یا عل فوری)..... ب: (علت ماقبل آخر با علت واسطه)..... ج: (علت اولیه یا اصلی).....
	۱- آخرین بیماری یا وضعیتی که بلافاصله پیش از مرگ وجود داشت* ۲- سایر بیماریهایی که به مرگ کمک کرده اند ولی وجود آنها به تنهایی موجب مرگ نمی باشد.

* نام بیماری، آسیب یا عوارض آنها که موجب مرگ شده است. در این قسمت نمی توان تابلوی مرگ مانند ایست قلبی یا نارسایی تنفسی را وارد کرد.

در مثال قبل گواهی فوت تکمیل شده به صورت زیر است:

الف: نارسایی قلبی ب: متاستاز کارسینوم ج: سرطان کولون

برای طبقه بندی علت مرگ در آسیب ها (injuries) می بایست عوامل خارجی صدمات (external cause) بعنوان علت اولیه (UC) در نظر گرفته شوند.

انتخاب علت اولیه مرگ

سازمان جهانی بهداشت برای تعیین علت اولیه مرگ، یک سری قوانین و روش های تعریف شده تهیه کرده است. در این قسمت مروری خواهیم داشت بر این قواعد که باید در هنگام طبقه بندی برای هر موردی که انتخاب می شود در نظر گرفته شوند. این قواعد بایک قانون کلی آغاز می شود:

قانون کلی ICD:

هنگامی که بیش از یک وضعیت در گواهی فوت مورد نظر وارد شده است، وضعیتی که سر منشا همه علت های ثبت شده باشد بعنوان علت اولیه فوت انتخاب شود

مثال: الف: آبسه ریوی - ب: پنومونی در این مورد پنومونی به عنوان علت اولیه مرگ که منجر به آبسه ریه شده است انتخاب می شود

در حدود ۲۵ درصد از علل مرگ، نمی توان از قانون کلی برای انتخاب علت اولیه استفاده نمود. لذا در این گونه موارد لازم است از سایر قوانین موجود (قوانین اول، دوم و سوم) استفاده شود.

قانون اول:

در صورتی که قانون عمومی برای انتخاب علت اولیه کاربرد ندارد ولی سلسله عللی وجود دارد که به اولین وضعیت وارد شده در گواهی فوت ختم می شود وجود دارد، علت اولیه این سلسله از علت به عنوان علت اولیه انتخاب می شود.

مثال: شوک کاردیوژنیک - سکت قلبی - آنفولانزا در این مورد سکت قلبی به عنوان علت اولیه انتخاب می شود شوک کاردیوژنیک به علت سکت قلبی ایجاد شده ولی آنفولانزا نمی تواند علت بیماری سکت قلبی باشد.

قانون دوم:

در صورتی که هیچگونه سلسله ای از علل که به اولین وضعیت ثبت شده در گواهی فوت منتج شود وجود ندارد، همان اولین وضعیت ثبت شده به عنوان علت اولیه انتخاب می شود.

قانون سوم:

در صورتی که وضعیت ثبت شده بوسیله قانون کلی و یا قانون اول و دوم به طور آشکار پیامد مستقیم از وضعیت دیگری است این وضعیت به عنوان علت اولیه انتخاب می شود.

مثال: الف: برونکوپنومونی - ب: کم خونی ثانویه - ج: لوسمی لنفاتیک مزمن در این مورد لوسمی لنفاتیک مزمن به عنوان علت اولیه انتخاب می شود. برونکوپنومونی انتخاب شده به وسیله قانون کلی و کم خونی ثانویه هر دو از پیامدهای لوسمی لنفاتیک مزمن می توانند باشند قواعدی برای تغییر طبقه بندی ها:

قاعده A- حالت های بدتعریف شده:

در شرایطی که در گواهی فوت علت انتخاب شده حالت های بدتعریف شده مانند: ایست قلبی - آمبولی ریه - نارسایی تنفسی - فشارخون - ... گزارش شود در این حالات، علت اولیه را مجدداً انتخاب کنید.

مثال: الف: ایست قلبی - ب: آرتریت روماتوئید در این مورد آرتریت روماتوئید به عنوان علت اولیه انتخاب می شود.

قاعده B- شرایط خفیف و غیرکشنده:

در شرایطی که علت انتخاب شده مرگ یک حالت خفیف که احتمال آن برای ایجاد مرگ ضعیف است باشد و حالت شدید تری در گواهی فوت گزارش شده است آنرا به عنوان علت اولیه انتخاب کنید.

مثال: پوسیدگی دندان - دیابت در این مثال دیابت به عنوان علت اولیه انتخاب می شود.

در صورتی که مرگ ناشی از عوارض نامطلوب درمان یک وضعیت خفیف باشد آن عارضه را به عنوان علت اولیه انتخاب می کنیم

مثال: الف: خونریزی در حین عمل جراحی - ب: عمل برداشتن لوزه - ج: بزرگ بودن لوزه در این مثال خونریزی در حین عمل جراحی به عنوان علت اولیه انتخاب می شود.

قاعده C- Linkage Rule:

در صورتی که علت انتخاب شده به یک یا بیش از یک وضعیت دیگر در گواهی فوت مرتبط باشد، باید طبقه بندی ترکیبی را انجام داد. (ترکیب در صورتی انجام پذیر است که رابطه علت و معلول بیان شده است یا بتوان آنرا استنباط کرد)

مثال: انسداد روده - فتق ران در این مثال فتق ران با انسداد به عنوان علت اولیه انتخاب می شود.

قاعده D- Specificity:

در صورتی که علت انتخاب شده یک وضعیتی را بطور کلی توصیف می کند و در گواهی فوت اطلاعات دقیق تری درباره محل یا وضعیت کلی مورد نظر بیان شده است، اصطلاحاتی که اطلاعات بیشتری را بیان می کند ترجیح داده می شود.

مثال: منژیت - سل در این مثال منژیت سلی به عنوان علت اولیه انتخاب می شود.

قاعده E-مرحله اولیه ونهایی بیماری

در صورتی که علت انتخاب شده مرحله اولیه یک بیماری است ولی در گواهی فوت مرحله نهایی همان بیماری نیز گزارش شده است مرحله پیشرفته بیماری را به عنوان علت اولیه انتخاب کنید.
مثال: سفلیس اولیه-سفلیس ثالثیه در این مثال سفلیس ثالثیه به عنوان علت اولیه انتخاب می شود.

قاعده F-پیامد

در صورتی که علت انتخاب شده نوع اولیه یک وضعیت باشد که برای آن سیستم طبقه بندی یک طبقه مجزا "پیامداز" ارائه می دهد و شواهدی مبنی بر وقوع مرگ به علت اثرات باقی مانده از آن وضعیت اولیه است تا مراحل فعال آن، طبقه بندی مناسب از طبقه "پیامداز" انتخاب کنید.
مثال: فیبروز ریوی-سل ریوی قدیمی

دوره زمانی

بیان زمان هر یک از علل در یک تسلسل پشت سرهم علل، از نکاتی است که باید توجه نمود. زیرا وقتی که شما می خواهید بدانید که یک وضعیت علت دیگر بوده است یا نه، دوره زمانی آنها برای شما مهم است

مثال: چه زمانی می توان ناهنجاری، نقص عضو یا اختلالات کروموزومی را به عنوان مادرزادی به حساب آورد؟ وقتی که واضح باشد که آن وضعیت از زمان تولد وجود داشته است

ابتدا CD را که حاوی فایل CSO88 است در CD Drive گذاشته و سپس آن را در درایو C بر روی هارد کامپیوتر کپی کنید. ضرورت دارد فایل CSO را از حالت Read Only خارج نمایید (برای این کار بر روی نام فایل، راست کلیک کنید، سپس در قسمت Properties علامت ✓ جلوی گزینه Read Only را برداشته و جلوی گزینه Archive علامت بزنید ، Apply و OK کرده و خارج شوید) و با کلیک بر روی نام فایل آن را باز کنید . در قسمت Macro روی آیکن macro main کلیک کنید. که پنجره ای به نام منوی اصلی باز می شود که حاوی قسمت های : ورود اطلاعات، مداخلات پیشنهادی استخراج شده از، گزارش اطلاعات به تفکیک شهرستان، و انتقال اطلاعات است.

ورود اطلاعات :

- با کلیک روی هر پرسشنامه در قسمت ورود اطلاعات، پرسشنامه مربوط نمایش داده می شود. شما باید از پرسشنامه "ب" شروع نمایید لذا روی آن کلیک نموده تا پرسشنامه "ب" باز شود که در قسمت پائین صفحه ، سمت راست شماره اولین رکورد(Record) را می بینید که نمایانگر اولین پرسشنامه برای وارد کردن داده ها است .
- ابتدا کد متوفی را از شماره ۱ وارد نمائید . سپس نام دانشگاه و نام شهرستان خود و نام بیمارستان را با کلیک روی علامت فلش انتخاب کنید و نام خانوادگی ، نام پدر را وارد نمایید.(کد متوفی را روی پرسشنامه کاغذی یادداشت فرمایید تا کد تکراری به متوفی دیگری ندهید و اشتباه نشود). اینک مشاهده می کنید که شهرستان و یا بیمارستان (که در مقابل آنها نمایش داده شده) به قبل از شماره متوفی در قسمت کد متوفی اضافه شده است (کد متوفی / کد بیمارستان / کد شهرستان / کد دانشگاه) (به طور مثال برای مورد ۱ در بیمارستان کسری تهران عدد ۱۴۱۰۳۰/۱ - برای مورد ۱ در بیمارستان کسری کرج ۱۴۱۳۴/۱ - در قسمت کد متوفی نشان داده می شود) . سایر گزینه ها را به ترتیب وارد کنید .
- سپس برای وارد کردن پرسشنامه "ب" بعدی به رکورد ۲ بروید . برای این کار ، در قسمت سمت راست پایین صفحه بر روی فلش سمت راست کلیک کنید .ابتدا با درج عدد ۲ در قسمت کد متوفی و انتخاب نام دانشگاه و نام شهرستان و نام بیمارستان مربوطه و درج نام و نام و نام خانوادگی و نام پدر مورد دوم مشاهده می فرمائید که کدها قبل از شماره متوفی در قسمت کد متوفی اضافه شده است . داده های رکوردهای بعدی را به همین ترتیب وارد نمایید . برای ورود اطلاعات سایر پرسشنامه های متوفی که پرسشنامه "ب" او را قبلا وارد کرده اید، ابتدا در قسمت ورود اطلاعات در منوی اصلی، پرسشنامه مورد نظر را انتخاب کنید (بطور مثال پرسشنامه "ج") . به محض ورود به پرسشنامه در قسمت کد متوفی با کلیک به روی فلش کنار کد متوفی ، نام خانوادگی متوفی و عدد مربوط به کدی که در پرسشنامه "ب" وارد کرده بودیم دیده می شود ، که می بایست آن را انتخاب کنید . نکات مهم :

- اول باید پرسشنامه "ب" تکمیل شود و بعد بقیه پرسشنامه ها.
- برای رفتن به رکورد بعدی پرسشنامه "ب" ، درج شماره کد متوفی ، انتخاب نام دانشگاه ، نام شهرستان (و برای موارد مرگ بیمارستانی انتخاب نام بیمارستان) ، درج نام و نام خانوادگی متوفی الزامی است .
- برای ورود اطلاعات به سایر پرسشنامه ها انتخاب کد متوفی (ثبت شده در فرم "ب") لازم است در غیر این صورت اجازه ثبت داده ها داده نخواهد شد .
- اگر پرسشنامه "ب" حذف شود بقیه پرسشنامه های تکمیل شده حذف می شود.
- اگر پرسشنامه "ج" ... حذف شود پرسشنامه "ب" حذف نمی شود.
- برای حذف اطلاعات : حذف رکورد را که در قسمت چپ صفحه نوشته شده است را کلیک کنید .

*مداخلات پیشنهادی استخراج شده از:

- در این قسمت مداخلاتی که از آنالیز هر یک از فرمها توسط برنامه داده شده است را می بینید. که می توانید پرینت گرفته و در کمیته مطرح فرمایید. (برای این کار روی پرسشنامه "ب" کلیک کنید بعد اطلاعات از چه ماهی تا چه ماهی را می خواهید را انتخاب کنید و بعد OK کنید. تعداد مواردی که بیشترین مشکل را داشته است به ما می دهد که بعد از پرینت سطح مداخله، مسؤل یا واحد پیگیری، زمان یا دوره مداخله را می نویسیم.)

*گزارش اطلاعات به تفکیک شهرستان:

- در این قسمت ۳ جدول جداگانه داده شده است که با کلیک روی هر یک از آنها می توانید اطلاعات و شاخص ها را به تفکیک شهرستان استخراج فرمایید.

انتقال اطلاعات :

انتقال اطلاعات شامل ۲ بخش است : " انتقال کلیه اطلاعات به فایل درایو A " و " انتقال کلیه اطلاعات به فایل درایو C "

برای انتقال اطلاعات از فایل CSO88 بیمارستان به CSO111 شهرستان مراحل زیر را انجام می دهید:

- فایل CSO88 شهرستان را بر روی درایو C کپی نمایید
 - از فایل CSO88 بیمارستان آیکن " انتقال کلیه اطلاعات به فایل درایو C " را کلیک کنید.
 - به تمام سؤالاتی که پرسیده می شود پاسخ بله (yes) بدهید تا کلیه اطلاعات به درایو C در فایل CSO88 شهرستان منتقل شود
- برای کپی اطلاعات از فایل CSO88 شهرستان و ارسال آن به دانشگاه دو راه می توانید انجام دهید:

راه اول: کپی فایل CSO۸۸ شهرستان روی CD خام یا فلاش مموری

راه دوم: از طریق انتقال کلیه اطلاعات به فایل درایو A که مراحل زیر را انجام می دهید:

۱. یک دیسکت خالی را بردارید و روی آن فایل ۱ - CSO۸۸ را کپی کنید

۲. دیسکت را داخل درایو A قرار دهید.

۳. از فایل CSO۸۸ آیکون "انتقال کلیه اطلاعات به فایل درایو A" را کلیک کنید.

۴. به تمام سؤالاتی که پرسیده می شود پاسخ بله (yes) بدهید تا کلیه اطلاعات به درایو A در فایل CSO منتقل شود

فرم مداخلات استخراج شده از اطلاعات نظام مراقبت کودکان در شهرستان

نام دانشگاه نام شهرستان نام تکمیل کننده

تعداد مرگ خارج بیمارستانی وارد شده در سایت	تعداد پرسشنامه وارد شده در فایل CSO	تعداد پرسشنامه تکمیل شده			تعداد مرگ خارج بیمارستانی	تعداد مداخله های		برگزاری کمیته شهرستانی	ماه های سال
		ب	ج	ه		نوشته شده	اجرا شده		
									فروردین-اردیبهشت
									خرداد-تیر
									مرداد-شهریور
									مهر-آبان
									آذر-دی
									بهمن-اسفند

تعداد مرگ داخل بیمارستانی وارد شده در سایت	تعداد پرسشنامه وارد شده در فایل CSO	تعداد پرسشنامه تکمیل شده				تعداد مرگ داخل بیمارستانی	تعداد بیمارستانهایی که مداخله		تعداد کمیته بیمارستانی	ماه های سال
		ب	ج	د	ه		نوشته اند	اجرا کرده اند		
										فروردین
										اردیبهشت
										خرداد
										تیر
										مرداد
										شهریور
										مهر
										آبان
										آذر
										دی
										بهمن
										اسفند

وضعیت اجرا				لیست مداخلات استخراج شده از اطلاعات نظام مراقبت کودکان	ردیف
علت تاخیر یا عدم اجرا یا عدم تصویب	وضعیت انجام مداخله	تاریخ تصویب کمیته (ماه)	تاریخ استخراج (ماه)		
					۱
					۲
					۳
					۴
					۵
					۶
					۷
					۸

فرم ۱: بررسی عوامل قابل اجتناب مرگ کودکان

عوامل موثر در مرگ کودکان												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	عدم حساسیت و بی توجهی پزشکان و سایر کارکنان به وضعیت کودک و تاخیر در ارائه خدمات مورد نیاز	خدمات سرپایی (اورژانسی)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	عدم دریافت اقدامات سرپایی (یا اوزانسی) بطور کامل ، تشخیص و درمان غلط توسط پزشک و پیراپزشک	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حساس نبودن مادر و خانواده به علائم خطر بیماریها و عدم توجه به توصیه های پرسنل	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	عدم دستورات درمانی تشخیصی بعلت مشکلات اقتصادی	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	عدم دریافت هر گونه اقدام ضروری در بیماران حادثه دیده در محل وقوع حادثه	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بی توجهی به وضعیت عمومی کودک در زمان حادثه و تاخیر در تشخیص و درمان مناسب	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	عدم انجام مراقبت های لازم و کامل توسط گروه امدادو درمان نامناسب و ناصحیح کودک	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	عدم دریافت هر گونه مراقبت دوران کودکی	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کمبود تجهیزات وامکانات مرکز	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	عدم دسترسی به مرکز	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سایر	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بی توجهی به وضعیت عمومی کودک در زمان بستری در بیمارستان و تاخیر در تشخیص و درمان مناسب	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	عدم انجام مراقبت های لازم و کامل توسط پزشک یا پرستار یا سایر پرسنل (مراقبت ناکافی)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	غفلت و عدم حساسیت پزشک، پرستارو سایر کادر درمانی در ارائه خدمات مورد نیاز در زمان ضروری	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	عدم انجام اقدامات تشخیصی درمانی توصیه شده یا تشخیص ودرمان نامناسب و ناصحیح کودک در بیمارستان	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تشخیص و درمان نامناسب و غلط توسط متخصص کودکان بیمارستان	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تاخیر در مراجعه به موقع مادر به علت بی توجهی و حساس نبودن مادر و خانواده به علائم خطر	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	فقدان تجهیزات کافی و مناسب در بیمارستان	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ثبت ناقص گزارش های پزشکی در پرونده متوفی	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ثبت ناقص گزارش های پرستاری در پرونده متوفی	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	عدم دسترسی به مرکز	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سایر	

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا تاخیر در تصمیم گیری توسط خانواده وجود داشته است؟	با توجه به نتایج فوق:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا تاخیر در ارجاع وجود داشته است؟	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا تاخیر در درمان وجود داشته است؟	

ترکیب و شرح وظایف کمیته شهرستانی کاهش مرگ و میر کودکان 1 تا 59 ماهه

اعضاء کمیته :

- 1 - ریاست شبکه بهداشت و درمان شهرستان
- 2 - ریاست مرکز بهداشت شهرستان
- 3 - مسوول گسترش شبکه برحسب نیاز
- 4 - مسوول بهداشت خانواده
- 5 - يك نفر متخصص کودکان
- 6 - حداقل يك نفر از مترون بیمارستانهای تابعه شهرستان
- 7 - ریاست کمیته های بیمارستانی برحسب نیاز
- 8 - مسوول مبارزه بابیماریها برحسب نیاز
- 9 - کارشناس مسوول بررسی مرگ کودکان 1 تا 59 ماهه شهرستان

روش انجام کار :

- 1-جلسات کمیته باید بطور مرتب و حداقل هر 2 ماه يك بار تشکیل گردد.
- 2-ریاست کمیته را ریاست شبکه بهداشت و درمان شهرستان عهده دار خواهد بد .
- 3- دبیر کمیته توسط ریاست شبکه و از بین اعضاء جلسه (ترجیحاً مسوول بهداشت خانواده) انتخاب خواهد شد .
- 4-ریاست کمیته های بیمارستانی کاهش مرگ و میر بر حسب دستورکار جلسه موظف به شرکت در جلسات کمیته شهرستانی کاهش مرگ و میر خواهند بود . تبصره -تشکیل جلسه خارج از زمان مقرر و بر حسب نیاز ، دعوت از سایر متخصصین و کارشناسان برای شرکت در جلسات و انجام امور محوله با نظر رئیس کمیته و تصویب ایشان بدون مانع می باشد .

وظایف اعضاء کمیته :

- 1-بحث و بررسی لیست پیشنهادی مداخلات مرگ کودکان 1 تا 59 ماهه شهرستان ، استخراج شده از نرم افزار و پرسشنامه های مربوطه و همچنین بررسی اطلاعات ، ارائه پیشنهاد ها و گزارشات ارسال شده از بیمارستان ها.
- 2-مصوب کردن مداخلات بر اساس اطلاعات بدست آمده.
- 3- تعیین بخش یا سطح مداخله کننده و سقف زمانی برای اجرای مداخله.
- 4-ابلاغ اجرای مداخله به سطح تعیین شده.
- 5-تعیین مسئولین اجرای پایش و ارزیابی بر نحوه اجرای مداخلات تصویب شده در شهرستان .
- 6- ارائه پیشنهاد به کمیته دانشگاه ی بررسی مرگ و میر کودکان برای اجرای مداخلات تصویب شده در سطح دانشگاه
- 7 - نظارت بر تشکیل و حسن اجرای وظایف کمیته های بیمارستانی بررسی مرگ و میر کودکان 1 تا 59 ماهه .

8 - جلب همکاری های بین بخشی

- تبصره 1 -مداخلات استخراج شده از نرم افزار و اطلاعات بدست آمده از پرسشنامه ها در گروه کاری شهرستان که با مسوولیت بهداشت خانواده شهرستان تشکیل می شود را بررسی کرده و لیست پیشنهادی مداخلات مرگ کودکان را برای دستور جلسه در کمیته آماده می کنند.
- تبصره 2 -در صورتیکه چندماه گذشته مرگ کودکی اتفاق نیافتاده است یا لیست مداخلاتی از مرگ های اتفاق افتاده، استخراج نمی شود لیست پیشنهادی مداخلات باید بر اساس اطلاعات پایش و ارزیابی برنامه های کودکان استخراج شود.

وظایف رئیس کمیته :

- 1-اداره جلسات کمیته .
- 2-تقسیم کار و تعیین وظایف اعضاء کمیته .
- 3-تشکیل کمیته های فرعی کارشناسی .
- 4-تایید صورتجلسه کمیته و ابلاغ آن .
- 5-تعیین دبیر کمیته .

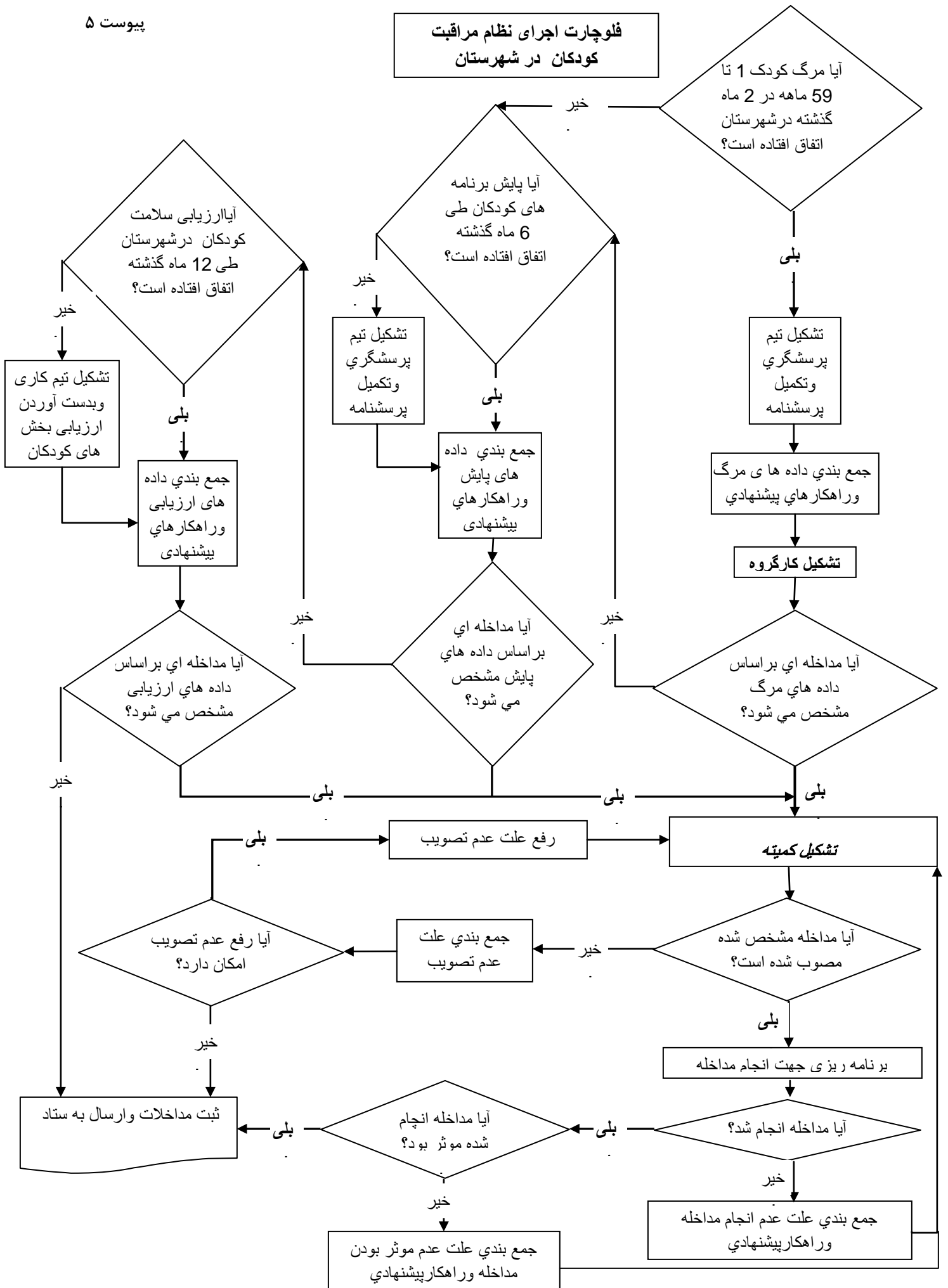
وظایف دبیر کمیته :

- 1-تهیه دستور جلسه با هماهنگی ریاست کمیته .
- 2-ارسال دعوت نامه ها ، پیگیری برای تشکیل جلسات و ارسال صورتجلسات .
- 3-فراهم نمودن تدارکات لازم و مورد نیاز برای تشکیل جلسه کمیته .
- 4-گزارش حضور و غیاب اعضاء به ریاست جلسه .
- 5-پیگیری مصوبات کمیته و وظایفی که برای اعضاء کمیته تعیین شده است .
- 6-ارسال گزارش فصلی مصوبات کمیته و مداخلات صورت گرفته به مسوول بررسی مرگ دانشگاه

وظایف منشی کمیته :

- 1-تهیه دعوت نامه ها .
- 2-تهیه صورتجلسه .
- 3-کمک به دبیر کمیته در اجرای وظایف محوله .

فلوچارت اجرای نظام مراقبت
کودکان در شهرستان



نام شهرستان: نام بیمارستان: «چک لیست پایش برنامه نظام مراقبت مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه در بیمارستان» نام تکمیل کننده:

تاریخ پایش بررسی مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه در بیمارستان			
۱	آیا لیست اعضای کمیته بیمارستانی کاهش مرگ و میر کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه که از طرف رییس بیمارستان صادر شده باشد موجود است؟ (مشاهده ابلاغ ولیست)		
۲	آیا مسئول بررسی مرگ و میر کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه بیمارستان به تلفن مستقیم و رایانه و اینترنت دسترسی دارد؟ (شفاهی)		
۳	میانگین تفاوت بین تاریخ مرگ کودکان و گزارش مرگ آنها به مسئول بررسی شهرستان چند روز است؟ (مشاهده پرسشنامه و گزارش)		
۴	میانگین تفاوت بین تاریخ مرگ کودکان و انجام پرسشگری چند ساعت است؟ (مشاهده پرسشنامه و گزارش-کمتر از ۲۴ ساعت)		
۵	آیا اطلاعات پرسشنامه ها به صورت کامل تکمیل شده است؟ (مشاهده پرسشنامه ها)		
۶	آیا اطلاعات پرسشنامه ها در برنامه نرم افزاری به صورت کامل و صحیح وارد شده است؟ (مشاهده فرم ها در نرم افزار)		
۷	آیا مداخلات پیشنهادی بر اساس هر کدام از پرسشنامه ها قبل از کمیته استخراج شده اند؟ (مشاهده لیست مداخلات پیشنهادی در هر دوره یا توانایی استخراج آن از نرم افزار)		
۸	آیا کمیته های بیمارستانی مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه هر یک ماه یکبار تشکیل می شود؟ (مشاهده مصوبات کمیته)		
۹	چند درصد از مداخلات پیشنهادی استخراج شده در کمیته تصویب شده است؟ (مشاهده لیست مداخلات پیشنهادی و مصوبات کمیته)		
۱۰	آیا لیست فعالیتهای مربوط به هر کدام از مداخلات تعیین شده اند؟ (مشاهده جدول فعالیت تفضیلی)		
۱۱	آیا فعالیتهای برنامه ریزی شده به سطوح مسئول انجام فعالیت ابلاغ شده اند؟ (مشاهده ابلاغ انجام فعالیت ها)		
۱۲	آیا پیگیری فعالیتهای تصویب شده در کمیته انجام شده است؟ (مشاهده مصوبات کمیته و پیگیری های انجام شده بصورت کتبی یا شفاهی)		
۱۳	آیا علت عدم انجام مداخله جمع بندی شده است؟ (مشاهده جمع بندی مداخلات انجام نشده و)		
۱۴	آیا گزارش اجرای فعالیتهای تصویب شده در کمیته قبلی در کمیته حاضر ارائه شده است؟ (مشاهده گزارش مصوبات کمیته)		
۱۵	آیا گزارش صورتجلسه به همراه فرم فعالیتهای تفضیلی به مسئول بررسی مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه شهرستان ویا معاونت درمان (بیمارستانهای مرکز استان) به موقع ارسال گردیده است؟ (ارسال هر یک ماه یکبار)		
۱۶	آیا اطلاعات تکمیل شده در نرم افزار به مسئول مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه دانشگاه به موقع ارسال شده است؟ (ارسال هر یک ماه یکبار)		
۱۷	آیا گزارش عملکرد فعالیتهای برنامه ریزی شده مطابق جدول فعالیتهای تفضیلی و علت عدم انجام آن به مسئول بررسی مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه شهرستان ویا معاونت درمان (بیمارستانهای مرکز استان) به موقع ارسال گردیده است؟ (مشاهده گزارش)		

" دستورالعمل نحوه تکمیل چک لیست پایش بیمارستان "

1. با توجه به دستورالعمل نظام مراقبت مرگ کودکان ،اعضای کمیته مشخص شده اند .رویت ابلاغ اعضاء کفایت می کند
2. دسترسی به تلفن مستقیم و رایانه و اینترنت الزامی است .در صورت نبود هر کدام از امکانات فوق ،مورد ذکر شود
3. حداقل 5 مورد به صورت تصادفی در عرض سه ماه گذشته از گزارش فوری موارد مرگ کودکان 1 تا 59 ماهه کنترل شود . در صورتیکه تعداد مرگها کمتر از 5 مورد بود ، همه موارد کنترل شده و میانگین تا 24 ساعت مورد تایید می باشد.
4. حداقل 5 پرسشنامه به صورت تصادفی و گزارشات آنها در عرض 3 ماه گذشته کنترل شود. در صورتیکه تعداد مرگها کمتر از 5 مورد بود ، همه موارد کنترل شده و میانگین تا 24 ساعت مورد تایید می باشد.
5. دو پرسش نامه مرگ داخل بیمارستانی به صورت تصادفی انتخاب شود و تکمیل کلیه سوالات مورد بررسی قرار گیرد . در صورتیکه تعداد موارد مرگ کمتر از 2 مورد باشد کلیه موارد مورد بررسی قرار گیرد.
6. دو پرسشنامه بررسی شده در سوال 5 را در فایل CSO بیمارستان از نظر ورود کامل و صحیح در نرم افزار مورد بررسی قرار گیرد.
7. بر اساس مشاهده لیست مداخلات پیشنهادی و مطابقت آن در ماههای مورد نظر طبق نرم افزار بررسی شود.
8. در صورتی که صورتجلسات وجود دارد و هر ماه یکبار کمیته ها تشکیل شده است گزینه بله انتخاب شود.
9. مداخلات پیشنهادی در هر يك از صورتجلسات بررسی شوند چنانچه مداخلاتی به تصویب رسیده است درصد نوشته شود.
10. چنانچه جدول فعالیت تفصیلی برای هر يك از مداخلات تهیه شده است گزینه بلی انتخاب شود.
11. مکاتبات ارسال انجام فعالیت ها مشاهده شود.
12. مکاتبات پیگیری ها برای مصوبات کمیته بررسی و مشاهده شود
13. جمع بندی علل عدم انجام مداخلات مشاهده و بررسی شود.
14. نتایج مصوبات کمیته قبلی در گزارش صورتجلسه کمیته اخیر وجود دارد.
15. مشاهده گزارش های ارسال شده صورتجلسه به همراه فرم فعالیت های تفصیلی هر ماه يك بار به مسئول بررسی مرگ کودکان 1-59 ماهه شهرستان. در صورتی که تاریخ آن حداکثر 15 روز بعد از تشکیل کمیته باشد مورد قبول است.
16. مشاهده نامه ارسالی نرم افزار به مسئول بررسی مرگ کودکان 1-59 ماهه شهرستان. انتظار است 15 روز بعد از پایان هر فصل ارسال شده باشد.
17. مشاهده گزارش های عملکرد ارسال شده فعالیت های تدوین شده(در صورت عدم انجام علت ذکر شده باشد) هر ماه يك بار به مسئول بررسی مرگ کودکان 1-59 ماهه شهرستان. انتظار است 15 روز بعد از پایان هر ماه ارسال شده باشد.