|  |  |
| --- | --- |
| **پرسشنامه مرگ بدليل ناهنجاريهاي مادرزادي** | |
|  | سال |
|  | نام دانشگاه \* |
|  | نام شهرستان \* |
|  | نام بيمارستان |
|  | نام ونام خانوادگی متوفی |
|  | کدملی متوفی \* |
| بلي🗌 خير 🗌 نامعلوم 🗌 | 1. آيا مادر در دوران بارداري آزمايشات ژنتيك، راديولوژيك و ....تاييد كننده ناهنجاري‌هاي مادرزادي را انجام داده است؟ \* |
| بلي🗌 خير 🗌 نامعلوم 🗌 | 2.آيا ناهنجاري مادرزادي در كودك فوت شده قابل مشاهده است(وضعيت ظاهري و ...)؟ \* |
| علایم بالینی و ظاهری 🗌  پاراکینیک(تصویربرداری، سونوگرافی، CT scan ، MRI اکوکاردیوگرافی، کالبد گشایی بیمار) 🗌  آزمایشگاهی و بررسی ژنتیکی 🗌  هيچكدام🗌 | 3. با كدام يك از وضعيت‌هاي تشخيصي زير علت فوت، ناهنجاري مادرزادي تعيين شده است؟ \* |
| بلي🗌 خير 🗌 نامعلوم 🗌 | 4. آیا ناهنجاری مادرزادی مورد نظر به خودی خود کشنده است؟ |