**باسمه تعالی**

**وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكيتاريخ پرسشگري:............**

|  |
| --- |
| **پرسشنامه "ج " : مخصوص بررسي کلی سوابق رسیدگی(اقدامات پزشکی ) سرپایی به بیماری متوفی 1-59 ماهه** |
| کد متوفي: ............................................... | نام و نام خانوادگي متوفي: ............................................... |
| **آخرین مرکز مراجعه شده:**1- اورژانس بیمارستان آ موزشی ⬜ 2- اورژانس بیمارستان غیر آموزشی دولتی ⬜ 3- اورژانس بیمارستان خصوصی ⬜ 4- خانه بهداشت ⬜ 5- مرکز بهداشتی یا درمانی دولتی⬜ 6- مطب ومراکزخصوصی ⬜ |
| **نحوه پذیرش کودک:**1- مراجعه مستقیمتوسط والدین(یا سرپرست)⬜ 2- ارجاع از سایر مراکز⬜.......................3- سایر⬜................آياانتقال کودک توسط آمبولانس صورت گرفت؟ بله⬜ خیر⬜اگرخیر،علت؟..........................اگربلي،آیا اقدامات انتقال ،به طورمطلوب انجام شده است؟ بله⬜ خیر⬜-ا**گرخیر،** اقدامات نامطلوب : (امکانات،پرسنل،...)..................................... |
| 1 - زمان ورود کودک به مرکز/اورژانس.......(ساعتودقیقه) .../....../....13 | 2-زمان خروج/ فوت کودک از مرکز/ اورژانس: ......(ساعت ودقیقه)......./......./......13 |
| 3-آیا کودک بیش از2 ساعت درمرکز یا اورژانس بوده است؟1- بله ⬜ 2- خیر ⬜ اگربلی،علت:1-منتظرپذیرشازبخش یابیمارستان⬜ 2 - عدمامکاناتلازمجهتانتقال⬜ 3-- اقداماتتشخیصی درمانی طولکشیده⬜ 4-سایر⬜به تفكيك  |
| 1-4-کدام علامت خطر فوري را داشته است؟ قطع تنفس/سیانوزمرکزی/دیسترس تنفسی شدید ⬜ خونريزي⬜ شوك⬜ تشنج ⬜ كما⬜2-4-آیا نیاز به خون وفرآورده های خونی بود؟1- بله ⬜ 2- خیر ⬜ اگربلی ،آیا دردسترس بود؟1- بله ⬜ 2- خیر ⬜ اگرخیر،علت................3-4-آیا اقدامات اولیه احیا CABD))انجام شد؟1- بله ⬜ 2- خیر ⬜ اگرخیر،علت.................اگر بلی ، آیا اقدامات احیا انجام شده است ؟ 1- بله ⬜ 2- خیر ⬜ اگرخیر،علت.................4-4-آیا اقدام احیا ناموفق بود؟1- بله ⬜ 2- خیر ⬜5-4- آيا بعد از انجام اقدامات احياء ، کودک به بخش مراقبتهای ویژه منتقل شده بود ؟ بله⬜ خیر ⬜ اگر خير، علت ................ |
| 5-: آيا علايم حياتي بدو ورود در برگه شرح حال پرونده ثبت شده است؟1- بله ⬜ 2- خیر ⬜ اگرخیر،علت............ تعدادتنفس: تعداد نبض: درجه حرارت: |
| 6-آیا در بدو ورود نشانه های خطر داشته است؟1-بله ⬜ 2- خیر ⬜ اگربلی،کدامیک از نشانه ها؟1-عدم توانایی خوردن و نوشیدن ⬜ 2-خواب آلودگی یاکاهش هوشیاری⬜ 3-استفراغ باخوردن هرچیزی⬜ 4-تشنج درزمان این بیماری⬜ 5-سایر⬜......... اگربلی،آیا ثبت شده است ؟1-بله ⬜ 2- خیر ⬜ |
| 7-آیا ارجاع کودک به مرکز دیگری درخواست(توصیه) شده است؟1- بله ⬜ 2- خیر ⬜***اگر جواب،خیر بود به سوال 10 بروید*** |
| 8- آیا ارجاع به مرکز دیگری انجام شده است؟ 1- بله ⬜ 2- خیر ⬜ اگرخیر،علت رابنویسیدو ***به سوال 10 بروید*** |
| 9-آياانتقال کودک توسط آمبولانس صورت گرفت؟ بله⬜ خیر⬜اگرخیر،علت؟..........................اگربلي،آیا اقدامات انتقال ،به طورمطلوب انجام شده است؟ بله⬜ خیر⬜-**اگرخیر**، اقدامات نامطلوب : (امکانات،پرسنل،...)..................................... |
| 10-وضعیت خروج کودک از این مرکزسرپایی(اورژانس،مرکز درمانی ، مطب و....) چگونه بود؟1-ترخیص با دستورپزشک معالج ⬜ 2 - ترخیص با رضایت و خواست والدین ⬜ 3- انتقال به بخش⬜4- فوت ⬜ 5- اعزام/ارجاع⬜ 6- ساير⬜.... |
| 11- درصورت فوت درمرکز، تشخیص نهایی رابراساس گروه بندی ICD10 وزیر گروه های آن بنوسید:**گروه اصلی(ICD10):**حوادث وسوانح غيرعمدي⬜. ناهنجاريهاي مادرزادي وكروموزومي⬜بيماريهاي دستگاه تنفسي⬜بيماريهاي قلبي عروقي⬜.بيماريهاي عفوني وانگلي.⬜بيماريهاي دستگاه عصبي مركزي⬜. بيماريهاي دستگاه گوارش⬜بيماريهاي تغذيه ،غددومتابوليك⬜ سرطانها⬜بيماريهاي دستگاه ادراري⬜بيماريهاي رواني واختلالات رفتاري⬜.بيماريهاي خون ودستگاه خون ساز⬜بيماريهاي حول تولد⬜حالات بد تعريف شده ⬜.سایر علل⬜...................**زیر گروه:**........................................................................... **زیر گروه زیر گروه:**........................................................................... |
| نام خانوادگی پرسشگر : سمت: شماره تلفن تماس :  |