**باسمه تعالي**

**وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي** تاريخ پرسشگري:............

|  |  |
| --- | --- |
| **پرسشنامه" ه" : چک ليست تخصصی بررسي علل مرگ کودک 1-59 ماه در بیمارستان** | |
| کد متوفي: .............................................. | نام و نام خانوادگي متوفي: ............................................... |
| 1-آیازمان مراجعه به بیمارستان مناسب بود؟ 1-بله ⬜ 2-خير ⬜ 3-نامعلوم ⬜  **اگر خیر،علت :** 1- تاخیردرتصمیم گیری توسط خانواده ⬜ 2- تاخیردرارجاع به این بیمارستان ⬜ 3- تاخیردرتشخیص ودرمان ⬜ 4- ساير ⬜................ | |
| 2-آيا اجراي اقدامات احياي كودك(‍CPR) مناسب و كامل بوده است؟ 1- بله⬜ 2- خیر ⬜ 3- مورد ندارد ⬜ | |
| 3-آيا اجراي اقدامات احياي كودك(‍CPR) به موقع بوده است؟ 1- بله⬜ 2- خیر ⬜ 3- مورد ندارد ⬜ | |
| 4- آيا دستورات پزشک( با توجه به علائم و تشخیص بیماری متوفی) برای اقدامات تشخیصی مناسب و کامل بوده است؟1- بله⬜ 2- خیر ⬜ | |
| 5- آيا دستورات پزشک( با توجه به علائم و تشخیص بیماری متوفی ) برای اقدامات درمانی مناسب و کامل بوده است؟1- بله⬜ 2- خیر ⬜ | |
| 6- آیا اجرای اقدامات تشخیصی به موقع بوده است؟ 1- بله⬜ 2- خیر ⬜ | |
| 7- آیا اجرای اقدامات درمانی به موقع بوده است؟ 1- بله⬜ 2- خیر ⬜ | |
| 8- آيا امکان اقدام تشخیصی ديگری براي بيمار وجود داشت؟ 1- بله⬜ 2- خیر ⬜ **اگر خير به سوال 10 برود** | |
| 9- آيا اين اقدام تشخیصی در بيمارستان محل وقوع فوت امکان پذیر یا در دسترس بود؟ 1- بله⬜ 2- خیر ⬜ | |
| 10- آيا امکان اقدام درمانی ديگری براي بيمار وجود داشت؟ 1- بله⬜ 2- خیر ⬜ **اگر خير به سوال 12 برود** | |
| 11- آيا اين اقدام درمانی در بيمارستان محل وقوع فوت امکان پذیر یا در دسترس بود؟ 1- بله⬜ 2- خیر ⬜ | |
| 12- آيا درخواست ارجاع بيمار به مرکز درماني داراي امکانات بيشتر ضرورت داشته است؟ بله⬜ خیر ⬜  اگر بلی:آیا ارجاع صورت گرفته است؟بله⬜ خیر ⬜  **در صورت خیر،علت** : 1- عدم درخواست ارجاع⬜ 2- ندادن پذیرش بیمارستان مقصد⬜ 3- عدم امکانات لازم جهت انتقال کودک⬜  **در صورت بلی:**آيا اقدامات درماني حمايتي قبل ازانتقال مناسب وكافي بوده است؟بله⬜ خیر⬜  آيا اقدامات درماني حمايتي حین انتقال مناسب وكافي بوده است؟بله⬜ خیر⬜ | |
| 13-آیا کودک قبل ازبستری،نیاز به مراقبت خاصی داشته است ؟ بله⬜ خیر ⬜ اگربلی،آيا مراقبت ها بدرستی انجام گرفته است؟ بله⬜ خیر⬜ | |
| 14- آیا تشخیص نهایی با توجه به علائم و یافته های بالینی و آزمایشگاهی صحیح بوده است؟ 1- بله⬜ 2- خیر ⬜  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:**........................................................................... | |
| 15- آیا عوارض خاصی (دارویی ،پزشکی، تشخیصی و...) درطی بستری گزارش شده است؟ 1- بله⬜ 2- خیر⬜  اگر بلی آیا اقدامات انجام شده برای برخورد با عوارض گزارش شده کامل و کافی بوده است؟1- بله⬜ 2- خیر⬜ | |
| چه توصیه هایی برای پیشگیری از موارد مشابه مرگ دارید؟ | |
| نام خانوادگی تکمیل کننده پرسشنامه : شماره تلفن تماس : شماره نظام پزشکی: | |