بسمه‌تعالی

خلاصه راهنما و دستورالعمل نظام مراقبت مرگ کودکان ۵۹-۱ ماهه در دانشگاه های علوم پزشکی کشور

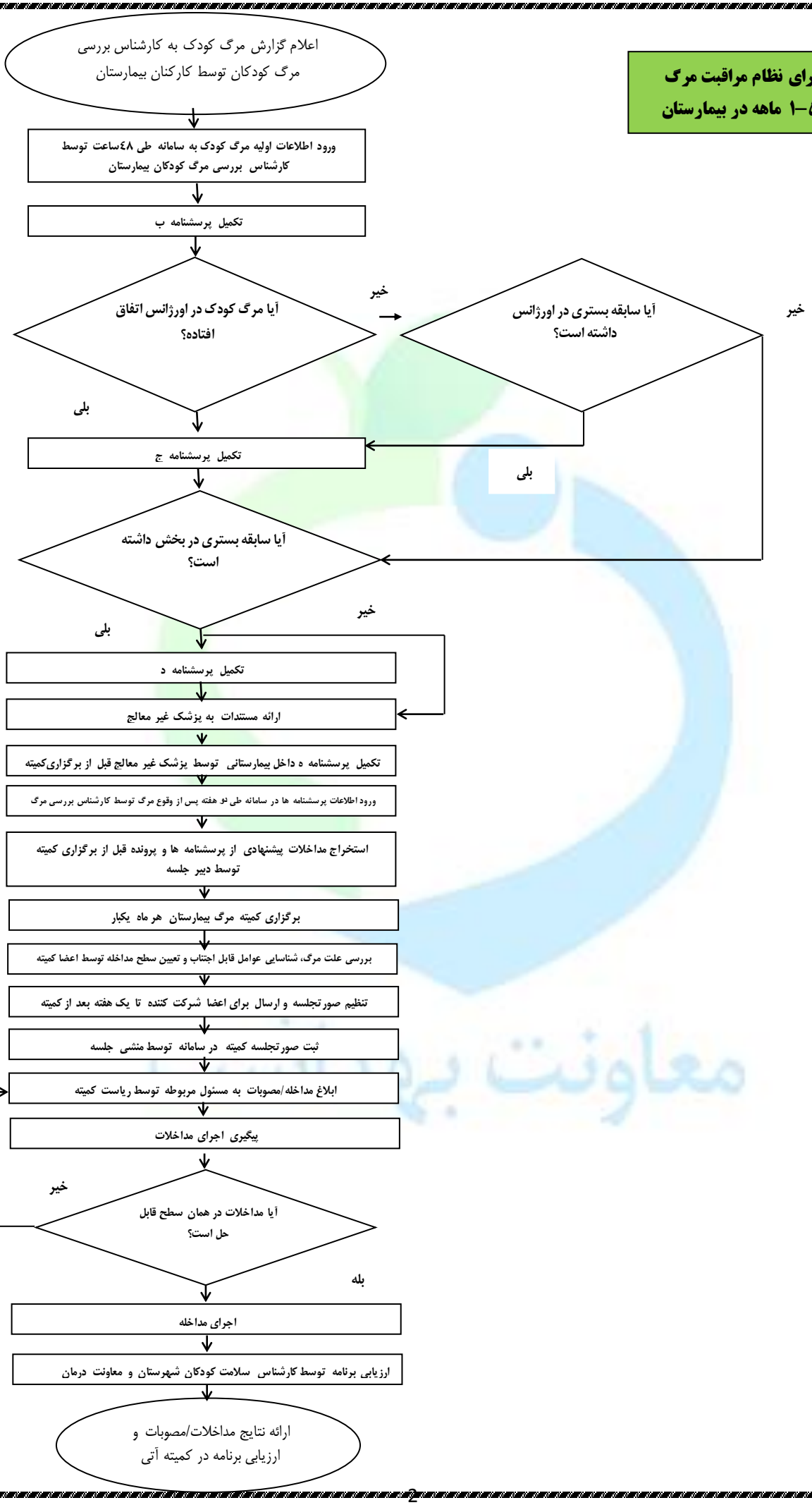
وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس
اداره سلامت کودکان
سال ۱۳۹۶

فهرست عناوین

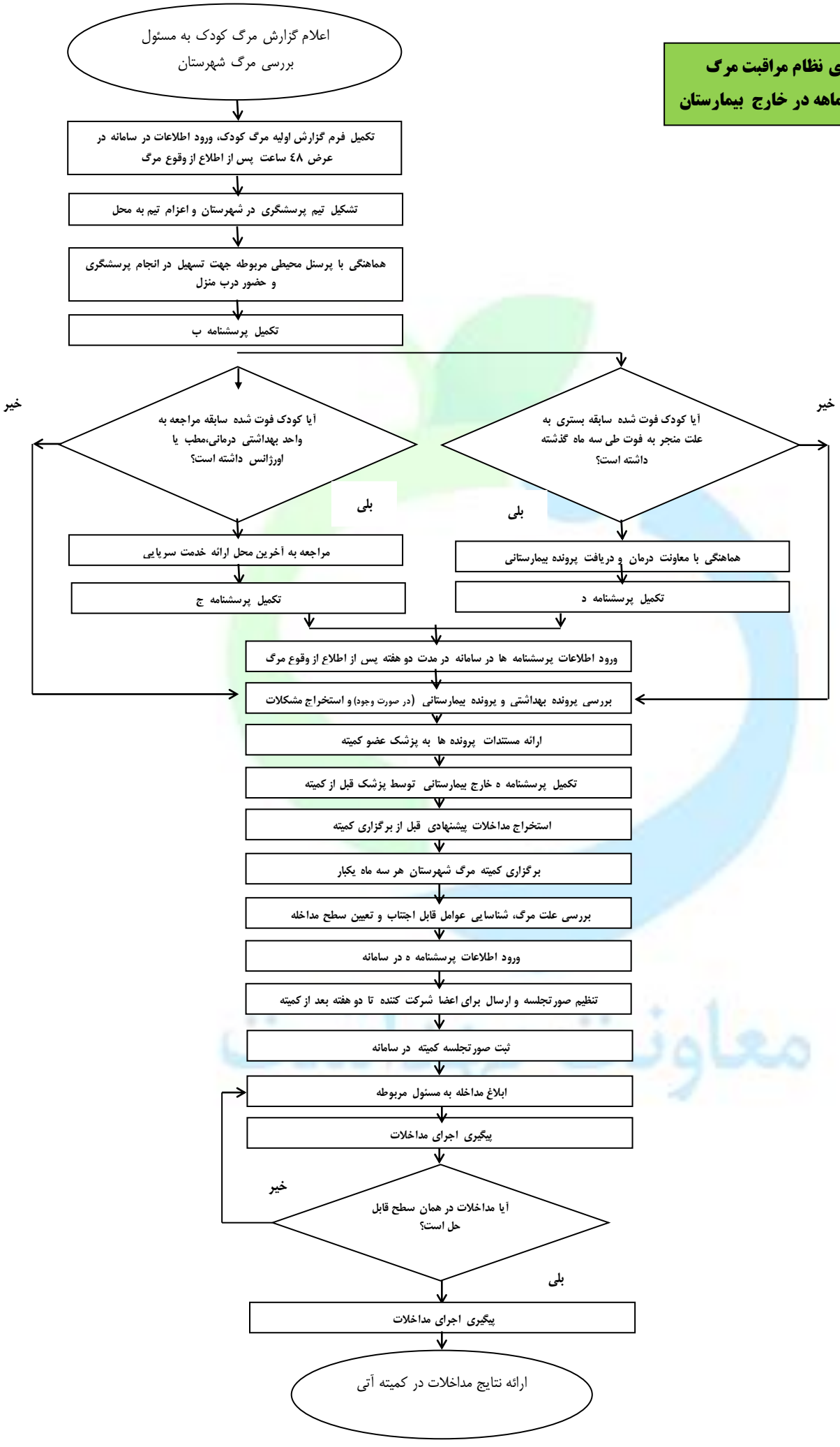
ردیف	عنوان	شماره صفحه
۱-	گردش کار نظام مراقبت مرگ کودکان در داخل بیمارستان	۲
۲-	گردش کار نظام مراقبت مرگ کودکان در خارج بیمارستان	۳
۳-	فرم گزارش ماهیانه آمار مرگ و میر کودکان ۵۹-۱ ماهه	۴
۴-	پرسشنامه های بررسی مرگ و میر کودکان ۵۹-۱ ماهه و دستورالعمل نحوه تکمیل آنها	۵ -۱۶
۵-	آشنایی مقدماتی با تعیین علت مرگ وطبقه بندی آن درنظام مراقبت مرگ کودکان ۱ تا۵۹ ماهه	۱۷ -۱۹
۶-	چک لیست پایش برنامه نظام مراقبت مرگ کودکان ۵۹-۱ ماهه داخل و خارج بیمارستانی	۲۰ -۲۷
۷-	ترکیب و شرح وظایف کمیته های بررسی مرگ کودکان ۵۹-۱ماهه	۲۸ -۴۰
۸-	نمونه پرسشنامه های سوانح و حوادث و ناهنجاری مادرزادی	۴۱ -۴۷

معاونت بهداشت

فرآیند اجرای نظام مراقبت مرگ کودکان ۵۹-۱ ماهه در بیمارستان



فرآیند اجرای نظام مراقبت مرگ
کودکان ۵۹-۱ ماهه در خارج بیمارستان



گزارش ماهیانه آمار مرگ و میر کودکان ۵۹-۱ ماهه

شهرستان: **ماه :** **تاریخ تکمیل :** **نام و نام خانوادگی تکمیل کننده :**

ردیف	نام و نام خانوادگی	جنس	سن متوفی	تاریخ تولد	تاریخ فوت	ملیت		محل سکونت		آدرس و تلفن	محل فوت	علت زمینه ای	علت اصلی	تاریخ گزارش	گزارش دهنده
						ایرانی	غیر ایرانی	شهر	روستا						

دعاونت بهداشت

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

معاونت بهداشت

باسمه تعالی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

نام پرسشگر:	**تاریخ گزارش:**	**تاریخ پرسشگری:**
کد ملی‌متوفی:	**پرسشنامه "ب": مخصوص بررسی مشخصات کلی خانواده و سوابق بیماری متوفی ۵۹-۱ ماهه**	شماره پرونده/ خانوار:.....

نام دانشگاه/دانشکده: .....نام شهرستان: .....نام بیمارستان.....کد ملی متوفی _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

۱- نام و نام خانوادگی متوفی:	۲- سن متوفیهنگام فوت (برحسب ماه): .....
۳- تاریخ تولد متوفی :...../...../.....۱۳	۴- زمان وقوع فوت :...../...../.....۱۳ ساعت.....
۵- جنس وملیت متوفی: ۱- پسر ☐ ۲- دختر ☐	۶- منطقه سکونت: ۱- شهری ☐ .....
۱- ایرانی ☐ ۲- غیرایرانی ☐	۲- روستایی ☐ .....۳- عشایر ☐

۷-وضعیت حضورمتوفی در خانواده: ۱ -زندگی با پدر و مادر ☐ ۲-زندگی با مادر ☐ ۳-زندگی با پدر ☐ ۴-زندگی با سایر افراد خانواده و بستگان ☐ ۵-مراکز نگهداری و حمایتی ☐ ۶-سایر☐.....

۸-میزان تحصیلات مادر/مراقب متوفی: ۱-بیسواد ☐ ۲-ابتدائی ☐ ۳-راهنمایی ☐ ۴-دبیرستان ☐ ۵-دانشگاهی ☐

۹-آیا مرگ کودک دراثرحادثه بوده است؟ ۱-بله ☐ ۲-خیر ☐ ***اگر مرگ در اثر حادثه نبود به سوال۱۲ بروید***

۱۰-زمان وقوع حادثه : .....(ساعت) ...../...../.....۱۳

۱۱-محل وقوع حادثه:۱-منزل ☐ ۲- حریم منطقه مسکونی ☐ ۳- جاده داخل منطقه مسکونی ☐ ۴- جاده خارج منطقه مسکونی ☐ ۵- سایر ☐.....

۱۲-کودک کدامیک از علائم زیر را (قبل از مراجعه) داشت ؟ زمان مشاهده اولین علامت ذیل : .....(ساعت) ...../...../.....۱۳

مشکل بودن تنفس ☐ عدم توانایی نوشیدن(شیر یا مایعات) ☐ تشنج در این بیماری ☐ استفراغ بدنبال خوردن هر چیزی ☐

خواب آلودگی یا کاهش هوشیاری ☐ خونریزی ☐ سایر ☐.....

۱۳- برای درمان کودک(آخرین بار قبل از وقوع فوت)بترتیب‌به چه کسی یا محلی مراجعه کردید؟(*درخانه مقابل هرگزینه انتخابی ترتیب مراجعه را ثبت نمایید*)

۱- بیمارستان ☐ ۲- مرکز بهداشتی یادرمانگاه دولتی ☐ ۳-مطب ومراکزخصوصی ☐ ۴-خانه بهداشت ☐ ۵-درمانگرهای سنتی ☐ ۶- به هیچ کجا☐

اگر جواب گزینه ۱ یا۲ یا۳ نباشد به سوال۲۱ بروید.

۱۴-زمان مراجعه به اولین مرکز درمانی قبل ازوقوع فوت: .....(ساعت) ...../...../.....۱۳

۱۵-آیا انتقال کودک توسط آمبولانس صورت گرفت؟ بله☐ خیر☐ **اگرخیر،علت؟عدم دسترسی فوری☐به نظرم نیازی نبود☐ سایر☐ .....**

اگربلی،آیا حین انتقال برای کودک سرم تزریق شده بود ؟ بله☐ خیر ☐ سایر اقدامات.....مدت زمان انتقال:.....

۱۶-آیا پس از ورود به مرکز درمانی یا بیمارستان ، کودک بلافاصله (کمتراز۵ دقیقه) توسط پزشک معاینه شده بود؟ بله ☐ خیر ☐

اگرخیر، علت؟ درآن زمان پزشک حضورنداشت☐ تعدادمراجعین به پزشک زیاد بود☐ سایر☐ .....

۱۷-آیا برای کودک، دستورات درمانی و تشخیصی توصیه شده بود ؟ بله ☐ خیر ☐ نمی داند☐ ***اگر جواب ، خیر ونمی داند بود به سوال ۲۰بروید***

۱۸-آیا پس ازویزیت، بلافاصله اقدامات درمانی و تشخیصی انجام شده است؟ بله ☐ خیر ☐ نمی داند ☐

۱۹- وضعیت خانواده در قبال دستورات درمانی و تشخیصی توصیه شده :

۱-۱۹- دسترسی به درمان و داروی توصیه شده بله ☐ خیر ☐ نمی داند ☐

۲-۱۹- دسترسی به آزمایشگاه و رادیولوژی توصیه شده بله ☐ خیر ☐ نمی داند ☐

۳-۱۹- مشکلات اقتصادی در راه تامین وانجام توصیه ها بله ☐ خیر ☐ نمی داند ☐

۲۰- آیادرخواست انتقال به مرکز دیگری توصیه شده بود؟ بله ☐ خیر ☐ نمی داند ☐

اگر بلی : آیا انتقال، انجام شده است ؟ بله ☐ خیر ☐ در صورت خیر ، علت راذکر کنید .....

۲۱-محل فوت:۱-بیمارستان ☐ ۲-منزل ☐ ۳-در راه انتقال ☐ ۴-در مراکز سرپایی ☐ ۵-در محل وقوع حادثه ☐ ۷-سایر☐.....

۲۲-آیا تاکنون فرزند دیگری در سن کمتراز۵ سال در خانواده فوت کرده است؟ بله ☐ خیر ☐ نمی داند ☐ اگر بلی :تعداد .....

-آیا مرگ فرزند/فرزندان قبلی مشابه مرگ این فرزند است؟ بله ☐ خیر ☐ نمی داند ☐ ..... سن متوفی. .... جنس ....

۲۳-داستان مرگ از زبان مادر یا سرپرست کودک:(توضیحات اضافه تر)

نام خانوادگی پاسخ دهنده: نسبت بامتوفی: آدرس یا شماره تلفن تماس :

پرسشنامه (ب): مخصوص بررسی مشخصات کلی خانواده و سوابق سلامت و بیماری متوفی ۵۹-۱ 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 **نام پرسشگر، تاریخ گزارش (**در موارد مرگ خارج بیمارستانی**) و تاریخ پرسشگری، شماره پرونده**(در بیمارستان) **یا شماره خانوار** (در پایگاه سلامت یا خانه بهداشت) وارد شود. در ردیف بعدی **نام دانشگاه یا دانشکده، نام شهرستان، نام بیمارستان** محل فوت (در صورتی که کودک در بیمارستان فوت کرده باشد) و **کد ملی متوفی** (اگر متوفی کد ملی نداشت کد ملی مادر) ثبت شود .

سوال ۱-**نام و نام خانوادگی متوفی:** ثبت شود.

سوال ۲- **سن متوفی هنگام فوت بر حسب ماه**: ثبت شود.

سوال ۳- **تاریخ تولد متوفی**: روز, ماه وسال ثبت شود.

سوال ۴ -**زمان وقوع مرگ**: بر حسب ساعت ، روز ، ماه و سال نوشته شود.

سوال ۵- **جنس و ملیت متوفی**

سوال ۶-**منطقه سکونت** دائم کودک ازنظر تقسیمات کشوری (شهر/ روستا/ عشایر) مشخص شده ودرمقابل کد مربوطه در محل مخصوص علامت زده می شود و نام شهر و روستا نوشته شود.

سوال ۷- **وضعیت حضور متوفی در خانواده:** ترکیب خانواده یا محلی است که کودک بطور دائم در آنجا زندگی میکند. و 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-**میزان تحصیلات مادر یا مراقب کودک متوفی** منظور 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 کود ک در اثر حادثه بوده است** یاخیر. در ادامه بر اساس پاسخ سوال ۹ ، اگر مرگ در اثر حادثه نبود به سوال ۱۴ بروید.

سوال۱۰-**زمان وقوع حادثه** برحسب ساعت و به تفکیک روز، ماه وسال نوشته می شود (اساس، گفته والدین است).

سوال۱۱- **محل وقوع حادثه**، بر اساس گفته والدین یکی ازگزینه ها انتخاب می شود: ۱- منزل: فقط داخل حریم منزل راشامل 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 راه خارج منطقه مسکونی را شامل می شود ۵-سایر : بقیه منطقه های که شامل موارد بالا نباشد مانند مناطق کشاورزی.

سوال ۱۲- این سوال مربوط به آخرین **علائم مشاهده شده در کودک قبل از مراجعه** به مرکز / قبل از فوت می باشد. در صورت داشتن علائمی غیر از موارد ذکر شده در بخش سایر نوشته شود.

سوال۱۳- **برای درمان کودک (آخرین بار قبل از وقوع فوت) به ترتیب به چه کسی و چه محلی مراجعه کرده است** نام محل مربوطه را علامت زده وترتیب آن را جلوی مربع مشخص کنید. در صورتی که گزینه های۱ یا ۲ یا ۳ انتخاب نشود به سوال ۲۱ بروید.

سوال۱۴-**زمان مراجعه کودک به اولین مرکزدرمانی**، پاسخدهی به این سوال منوط بر تکمیل بخش های ۱ یا ۲ یا ۳ سوال ۱۳ خواهد بود و با توجه به موارد ثبت شده و بر اساس گفته والدین بطور دقیق و بر حسب ساعت و به تفکیک روز، ماه وسال ثبت شود.

سوال ۱۵- اگر انتقال کودک توسط آمبولانس انجام نگرفته است ثبت علت عدم انجام آن ضروی است، در صورت انتقال با آمبولانس **وضعیت تزریق سرم و یا یک رگ باز برای کودک** بر اساس گزارش والدین مشخص وعلامت زده می شود و سایر اقدامات انجام گرفته درحین انتقال و مدت زمان انتقال ثبت می شود.

سوال ۱۶- این سوال به گزارش والدین در مورد **معاینه بلافاصله کودک(کمتراز 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 ۱۷- این سوال مربوط به گزارش والدین در مورد توصیه به انجام **اقدامات درمانی و تشخیصی برای کودک است**، چنانچه کودک فوت شده باشد گزینه موردی ندارد انتخاب و به سوال ۲۱ مراجعه خواهد شد.

سوال ۱۸- این سوال مربوط به گزارش والدین در مورد **انجام بلافاصله اقدامات درمانی و تشخیصی** می باشد. چنانچه کودک فوت شده باشد گزینه موردی ندارد انتخاب و به سوال ۲۱ مراجعه خواهد شد.

سوال ۱۹-(۱-۱۹ تا ۳-۱۹) 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 ۲۰- پرسش در مورد **درخواست انتقال به مراکز دیگر** است. اگر گزینه بلی باشد بخش دوم سوال در مورد **انجام شدن انتقال** تکمیل خواهد شد و درصورت انجام نشدن انتقال، علت آن ذکرشود.

سوال ۲۱- در این سوال **محل فوت** پرسیده می شود در صورتیکه فوت در محلی غیر از موارد ذکر شده باشد در قسمت سایر علامت زده شده و محل فوت ثبت می شود.

سوال ۲۲- **آیا تاکنون فرزند دیگری (کمتراز۵سال) در خانواده فوت کرده است**، در صورتی که جواب این سوال "بله" باشد، بخش دوم سوال تکمیل خواهد شد در این قسمت **علت فوت** فرزند قبلی پرسیده می شود که آیا مشابه با این فرزند بوده است یا خیر، در صورت پاسخ خیر یا بلی ، جنس و سن کودک فوت شده قبلی ثبت می گردد.

سوال ۲۳- 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 درمورد مرگ کودک و **درچه صورتی می توانست این اتفاق نیافتد و یا ازبروزآن جلوگیری شود** پرسیده شود ودر صورت نیاز، برگه های مستقل و اضافه ای با درج مشخصات کودک در بالای آن به این منظور استفاده و به پرسشنامه ضمیمه می شود

درآخرنام خانوادگی پاسخ دهنده، نسبت او با متوفی، آدرس و شماره تلفن تماس نوشته شود.

معاونت بهداشت

باسمه تعالی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

نام پاسخ دهنده : **سمت پاسخ دهنده:** **شماره تلفن پاسخ دهنده :** **تاریخ پرسشگری:**

پرسشنامه "ج" : مخصوص بررسی کلی سوابق رسیدگی (اقدامات پزشکی) سرپایی به بیماری متوفی ۵۹-۱ ماهه

کد ملی متوفی: .....

نام و نام خانوادگی متوفی: .....

آخرین مرکز مراجعه شده: ۱-اورژانس بیمارستان آموزشی ☐ ۲-اورژانس بیمارستان غیر آموزشی دولتی ☐ ۳-اورژانس بیمارستان خصوصی ☐ ۴-خانه بهداشت ☐ ۵-پایگاه / مراکز خدمات جامع سلامت ☐ ۶ -مطب و مراکز خصوصی ☐

نحوه پذیرش کودک: ۱-مراجعه مستقیم توسط والدین (یا سرپرست) ☐ ۲-ارجاع از سایر مراکز☐ ..... ۳..-سایر ☐ .....

آیاانتقال کودک توسط آمبولانس صورت گرفت؟ بله☐ خیر ☐ اگرخیر،علت؟.....

اگربلی،آیا اقدامات انتقال، به طورمطلوب انجام شده است؟ بله☐ خیر☐ -**اگرخیر،** اقدامات نامطلوب : (امکانات،پرسنل،...).....

۱ -زمان ورود کودک به مرکز/اورژانس .....(ساعتودقیقه) .../...../...۱۳

۲-زمان خروج/ فوت کودک از مرکز/ اورژانس: .....(ساعت ودقیقه)...../...../.....۱۳

۳-آیا کودک بیش از۲ ساعت درمرکز یا اورژانس بوده است؟۱-بله ☐ ۲-خیر ☐ اگربلی،علت:

۱-منتظر پذیرش از بخش یا بیمارستان☐ ۲ -عدم امکانات لازم جهت انتقال☐ ۳—اقدامات تشخیصی درمانی طول کشیده☐ ۴-سایر☐ به تفکیک:

۴-۱-کدام علامت خطر فوری را داشته است؟ قطع تنفس/سیانوزمرکزی/دیسترس تنفسی شدید ☐ خونریزی☐ شوک☐ تشنج ☐ کما ☐ هیچکدام ☐

۴-۲-آیا نیاز به خون وفرآورده های خونی بود؟ ۱-بله ☐ ۲- خیر ☐ اگربلی ،آیا دردسترس بود؟۱-بله ☐ ۲-خیر ☐ اگرخیر، علت.....

۴-۳-آیا اقدامات اولیه احیا (CABD) انجام شد؟ ۱-بله ☐ ۲-خیر ☐

اگر بلی، آیا اقدامات احیا انجام شده است ؟ ۱-بله ☐ ۲-خیر ☐ اگرخیر،علت.....

۴-۴-آیا اقدام احیا نا موفق بود؟۱-بله ☐ ۲-خیر ☐

۴-۵-آیا بعد از انجام اقدامات احیاء ، کودک به بخش مراقبتهای ویژه منتقل شده بود ؟ بله☐ خیر ☐ اگر خیر، علت .....

۵-: آیا علایم حیاتی بدو ورود در برگه شرح حال پرونده ثبت شده است؟ ۱-بله ☐ ۲-خیر ☐ اگرخیر، علت .....

تعدادتنفس: تعداد نبض: درجه حرارت:

۶-آیا در بدو ورود نشانه های خطر داشته است؟۱ -بله ☐ ۲- خیر ☐ اگربلی،کدامیک از نشانه ها؟۱-عدم توانایی خوردن و نوشیدن ☐ ۲-خواب آلودگی یاکاهش هوشیاری☐ ۳-استفراغ باخوردن هرچیزی☐ ۴-تشنج درزمان این بیماری☐ ۵-سایر☐..... اگربلی،آیا ثبت شده است ؟۱-بله ☐ ۲-خیر ☐

۷-آیا ارجاع کودک به مرکز دیگری درخواست(توصیه) شده است؟۱-بله ☐ ۲-خیر ☐ ***اگر جواب،خیر بود به سوال ۱۰ بروید***

۸-آیا ارجاع به مرکز دیگری انجام شده است؟ ۱-بله ☐ ۲-خیر ☐ اگرخیر،علت رابنویسید و ***به سوال ۱۰ بروید***

۹-آیا انتقال کودک توسط آمبولانس صورت گرفت؟ بله☐ خیر ☐ اگرخیر،علت؟.....

اگربلی، آیا اقدامات انتقال، به طورمطلوب انجام شده است؟ بله☐ خیر☐-**اگرخیر،** اقدامات نامطلوب : (امکانات،پرسنل،...).....

۱۰-وضعیت خروج کودک از این مرکزسرپایی (اورژانس، مرکز درمانی، مطب و....) چگونه بود؟

۱-ترخیص با دستور پزشک معالج ☐ ۲ -ترخیص با رضایت و خواست والدین ☐ ۳- انتقال به بخش☐ ۴- فوت ☐ ۵-اعزام/ارجاع ☐ ۶-سایر☐ .....

۱۱-در صورت فوت در مرکز، تشخیص نهایی را براساس گروه بندی ICD10 و زیر گروه های آن بنویسید:

گروه اصلی(ICD10):

حوادث وسوانح غیرعمدی☐ ناهنجاریهای مادرزادی وکروموزومی☐ بیماریهای دستگاه تنفسی☐ بیماریهای قلبی عروقی☐ بیماریهای عفونی وانگلی☐

بیماریهای دستگاه عصبی مرکزی☐ بیماریهای دستگاه گوارش ☐ بیماریهای تغذیه ،غددومتابولیک☐ سرطانها☐ بیماریهای دستگاه ادراری☐

بیماریهای روانی واختلالات رفتاری ☐ بیماریهای خون ودستگاه خون ساز☐ بیماریهای حول تولد☐ حالات بد تعریف شده ☐ سایر علل☐.....

زیر گروه:..... **زیر گروه زیر گروه:**.....

نام خانوادگی پرسشگر : سمت:

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

پرسشنامه ج مربوط به بررسی سوابق اقدامات پزشکی سرپایی 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 می گیرد و بدین طریق پاسخ سوالات پرسشنامه را استخراج می کند . **توجه کنید که همیشه نیازی به مراجعه به تمامی مراکزی 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 کد متوفی که در پرسشنامه ب درج شده است و 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 آ موزشی (بیمارستانهای آموزشی عبارتند از کلیه بیمارستانهایی که آموزش گروههای پزشکی و پیراپزشکی در آنها انجام می شود 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 ۱و۲ تعلق ندارند).

۴- خانه بهداشت

۵- پایگاه/ مراکز خدمات جامع سلامت

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

در ردیف سوم **نحوه پذیرش کودک:** دراین سوال مشخص می شودکه کودک متوفی چگونه و با چه وسیله ای به مرکز درمانی مراجعه کرده است.

سوال۱و۲- **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 و۲ 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 به هرکدام به سوالات ۱-۴ الی ۵-۴ جداگانه پاسخ دهید.

نکته : در بند ۳-۴ منظور انجام کلیه اقدامات احیاء طبق آخرین دستورالعمل می باشد.

سوال ۵- این سوال **علائم حیاتی کودک در بدو ورود اگر ثبت شده** باشد، درج می شود در غیر اینصورت 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. در صورت داشتن علائمی غیر از علائم ذکر شده سایر علامت زده شده و علائم ثبت شود.

سوال ۷- **آیا ارجاع بیمار به مرکز دیگری درخواست (توصیه) شده است؟** برحسب دستورات ثبت شده در پرونده پاسخ بله 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 ۱۰ بروید.

سوال ۸- **آیا ارجاع انجام شده است؟** بر اساس مندرجات پرونده و مدارک موجود بصورت بله، 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 باید به سوال ۱۰ بروید.

سوال ۹- 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 یاخیر. 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 ۱۰- **در این سوال نحوه خروج کودک بررسی می شود** که ترخیص با دستور پزشک معالج، ترخیص با رضایت و خواست والدین، انتقال به بخش، فوت، اعزام یا ارجاع شده است. اگر نحوه خروج کودک غیر از موارد ذکر شده باشد سایر را علامت زده و نحوه آن ثبت شود.

سوال ۱۱- درصورت فوت کودک در مرکز، **تشخیص نهایی را براساس گروه بندی ICD10** انتخاب و علامت بزنید و زیر گروه و زیر گروه زیر گروه آن را بنویسید.

در ردیف آخر نام خانوادگی پرسشگر و سمت نوشته شود.

معاونت بهداشت

بسمه تعالی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

پرسشنامه "د" مخصوص بررسی کلی سوابق رسیدگی (اقدامات پزشکی) در بخش بیمارستان متوفی ۵۹-۱ ماهه

کد ملی متوفی:	نام و نام خانوادگی متوفی:	تاریخ تکمیل: .....

نحوه پذیرش کودک:۱-اورژانس ☐ ۲-درمانگاه ☐ ۳-بخش دیگر☐.....۴-ارجاع از سایر مراکز☐..... ۵-سایر☐.....

۱ -زمان ورود کودک به بخش.....(ساعت ودقیقه) ...../...../.....۱۳	۲-زمان خروج یا فوت کودک: .....(ساعت ودقیقه)...../...../.....۱۳
۳ -زمان اولین دستورپزشک .....(ساعت ودقیقه) ...../...../.....۱۳	۴-زمان اولین اجرای دستور .....(ساعت ودقیقه) ...../...../.....۱۳

۵-وضعیت بیمار در بدو ورود به بخش در گزارش پرستاری چگونه ثبت شده است؟

۱-وضعیت عمومی مناسب☐ ۲-وضعیت عمومی خیلی بد: (قطع تنفس/سیانوزمرکزی/دیسترس تنفسی شدید ☐ خونریزی☐ شوک☐ تشنج ☐ کما☐) ۳-وضعیت عمومی نامناسب(نشانه های خطر)☐

کدامیک از نشانه ها؟ -عدم توانایی خوردن و نوشیدن ☐ -خواب آلودگی یا کاهش هوشیاری☐ -استفراغ با خوردن هرچیزی☐ -تشنج در زمان این بیماری☐- سایر☐ .....

۶-ایا علائم حیاتی کودک در بدو ورود به بخش ثبت شده است؟ ۱-بله☐ ۲- خیر ☐ اگر بلی:

تعدادتنفس: تعداد نبض: درجه حرارت: فشار خون:

۷- آیا تشخیص اولیه / احتمالی در پرونده نوشته شده است؟ ۱-بله☐ ۲-خیر ☐ اگربلی، نام ببرید.....

۸- آیا برگ شرح حال به صورت کامل نوشته شده است؟ ۱-بله☐ ۲-خیر ☐

۹-آیا سابقه بیماری مزمن وجود داشته است؟ ۱-بله ☐ ۲-خیر ☐ اگربلی،نام ببرید.....

۱۰-آیا طی مدت بستری در بخش، وزن کودک طبق روتین بخش یا دستور پزشک ثبت شده است؟ ۱-بله☐ ۲-خیر ☐ اگربلی ،وضعیت وزن گیری: ۱-افزایش☐ ۲-کاهش☐ ۳-بدون تغییر☐

آخرین وزن ثبت شده .....کیلوگرم

۱۱-چگونگی ثبت سیربیماری (توسط پزشک) از نظرحال عمومی،علائم حیاتی و معاینه کودک: ۱-کامل ☐ ۲- ناقص ☐ ۳-ثبت نشده است ☐

۱۲-آیا گزارش پرستاری در هر اجرای دستور از نظر اقدامات انجام شده ، ثبت شده است ؟ ۱-کامل ☐ ۲- ناقص ☐ ۳-ثبت نشده است ☐

۱۳-سیر بیماری کودک در طی بستری در بخش چگونه بوده است؟

۱-وضعیت ناپایداریا متغیر☐ ۲-وخیم شدن بیماری بصورت تدریجی☐ ۳-وخیم شدن بیماری بصورت ناگهانی☐

۱-۱۴-آیا برای کودک ،اقدامات درمانی درخواست شده است؟ بله☐ خیر☐اگربلی،آیا این اقدامات به طور کامل انجام شده بود؟ بله☐ خیر☐

۲-۱۴-آیا برای کودک ،اقدامات تشخیصی خاصی درخواست شده است؟ بله☐ خیر☐اگربلی،آیا این اقدامات به طور کامل انجام شده بود؟ بله☐ خیر☐

اگر جواب درانجام هر اقدام خیر است، علت:

۱-عدم دسترسی به درمان و داروی توصیه شده☐ ۲-عدم امکانات موردنیاز☐ ۳-مشکلات اقتصادی در راه انجام توصیه ها ☐ ۴-سایر☐.....

۱۵-آیا ارجاع کودک به مرکز یا بخش دیگری درخواست(توصیه) شده است؟۱-بله ☐ ۲-خیر ☐ ***اگر جواب، خیر بود به سوال ۱۷ بروید***

۱۶-آیا ارجاع انجام شده است؟ ۱-بله ☐ ۲-خیر ☐ اگرخیر،علت رابنویسید.....

۱۷-آیا کودک قبل از فوت یا خروج از بخش علائم خطر فوری داشته است؟ ۱-بله ☐ ۲-خیر ☐

۱-۱۷-اگر بله، کدام علامت؟ قطع تنفس/سیانوزمرکزی/دیسترس تنفسی شدید ☐ خونریزی☐ شوک/انتهاهای سرد ☐ تشنج ☐ کما☐

۲-۱۷-آیا نیاز به خون وفرآورده های خونی بود؟۱-بله ☐ ۲-خیر ☐ اگربلی ،آیا در دسترس بود؟۱-بله ☐ ۲-خیر ☐ اگرخیر،علت.....

۳-۱۷-آیا برای کودک اقدامات احیا به موقع انجام شد؟ :۱-بله ☐ ۲-خیر ☐ اگرخیر،علت.....

۴-۱۷-آیا دسترسی به وسایل اولیه احیا (اکسیژن، ساکشن، آمبوبک مناسب، داروهای احیا) مطلوب بود؟۱-بله ☐ ۲-خیر ☐ اگرخیر،علت.....

۵-۱۷-آیا نیاز به دستگاه الکتروشوک بود؟۱-بله ☐ ۲-خیر ☐ اگربلی ،آیا در دسترس بود؟۱-بله ☐ ۲-خیر ☐ اگرخیر،علت.....

۶-۱۷-آیا تمامی پرسنل احیاگر کارگاه استاندارد احیا را طی دو سال گذشته گذرانده اند ؟ ۱-بله ☐ ۲-خیر ☐

نام خانوادگی تکمیل کننده : شماره تلفن تماس :

پرسشنامه د : مخصوص بررسی کلی سوابق رسیدگی(اقدامات پزشکی) بستری در بیمارستان کودک متوفی

این پرسشنامه به منظور ثبت اطلاعات مربوط به بستری کودک تهیه شده است برای تکمیل آن در موارد فوت داخل بیمارستانی، از مستندات و مدارک و در صورت لزوم (برای بازخوانی و یافتن پاسخها در مستندات) از اظهارات شفاهی پرسنل بیمارستان استفاده می شود. مرجع این پرسشگری استخراج اطلاعات دفتر و پرونده های ثبت، گزارشات و نسخ موجود و در دسترس است (بطور خلاصه مستندات پزشکی مکتوب). لازم به ذکر است چنانچه کودک در خارج از بیمارستان فوت نماید و طی سه ماه گذشته سابقه بستری در بیمارستان با علت منجر به فوت را داشته باشد، پرسشنامه د پس از دریافت کپی پرونده از بیمارستان، توسط پزشک تیم پرسشگری/کارشناس مرگ خارج بیمارستانی تکمیل خواهد شد.

ابتدا کد ملی متوفی و نام و نام خانوادگی متوفی ثبت می شود.

نحوه پذیرش کودک: دراین سوال مشخص می شود که کودک متوفی ازکجا پذیرش شده است.

سوال۱و۲- **زمان ورود کودک به بخش و همچنین زمان خروج یا فوت کودک** بر اساس مستندات موجود در پرونده کودک متوفی بطور دقیق و بر حسب ساعت، دقیقه و به تفکیک روز، ماه و سال ثبت می شود.

سوال۳و۴-**زمان اولین دستور پزشک و همچنین زمان اولین اجرای دستور** بر اساس مستندات موجود در پرونده کودک متوفی بطور دقیق و بر حسب ساعت، دقیقه و به تفکیک روز، ماه و سال ثبت می شود.

سوال ۵- در این سوال **وضعیت عمومی متوفی در بدو ورود به بخش را** بر اساس مستندات موجود در گزارش پرستاری بررسی و یکی از گزینه ها انتخاب و علامت زده شود. اگرکودک یکی از علائم خطرفوری (قطع تنفس یا دیسترس شدید تنفسی، خونریزی شدید، تشنج، کما) را داشته باشد وضعیت عمومی خیلی بد علامت زده می شود در صورتی که یکی از نشانه های خطر (عدم توانایی خوردن و نوشیدن، خواب آلودگی یا کاهش هوشیاری، استفراغ با خوردن هرچیزی، تشنج در زمان این بیماری..) راداشته باشد وضعیت عمومی نامناسب علامت زده می شود و نوع آن نیز مشخص می شود.

سوال ۶- ثبت **علائم حیاتی کودک در بدو ورود به بخش**، اطلاعات این سوال بر اساس پرونده نوشته می شود.

سوال ۷- **تشخیص اولیه بیماری کودک** بطور دقیق از اطلاعات مندرج در پرونده و نتایج حاصل از پرسشگری استخراج و درج می شود.

سوال ۸- **برگ شرح حال کامل** شامل شکایت اصلی(CC)، سابقه بیماری(PH)، سابقه فامیلی (FH)، شرح کامل معاینه فیزیکی و ثبت علائم حیاتی کودک می باشد.

سوال ۹- در این سوال مشخص می شود **آیا قبل از فوت کودک، بیماری مزمن یا صعب العلاجی برای او تشخیص داشته شده است** یا خیر. در صورتی که جواب این سوال "بله" باشد، **نوع بیماری کودک** نوشته می شود.

سوال ۱۰- در این سوال اگر **طی مدت بستری در بخش، وزن کودک طبق روتین بخش** ثبت شده است علامت بلی زده شود و با توجه به روند **وضعیت وزن گیری متوفی طی مدت بستری در بخش**، یکی از گزینه ها انتخاب و در هرصورت **آخرین وزن کودک متوفی به کیلوگرم** بطور دقیق ثبت شود.

سوال ۱۱- اگر **ثبت سیر بیماری (توسط پزشک)** بصورت حداقل روزانه از نظر حال عمومی کودک، علائم حیاتی و معاینه کودک کامل در پرونده متوفی ثبت شده است گزینه کامل علامت زده می شود اگر ناقص باشد گزینه ناقص و در صورت عدم ثبت، گزینه ثبت نشده است انتخاب می شود.

سوال ۱۲-اگر **گزارش پرستاری در هر اجرای دستور پزشک** در همان ساعت که اقدام انجام گرفته است ثبت شده است گزینه کامل علامت زده می شود اگر در هر شیفت کاری گزارش اقدامات انجام شده ثبت شده است گزینه ناقص و در صورت ثبت نشدن، گزینه ثبت نشده است، علامت زده می شود.

سوال ۱۳- در این سوال **ثبت سیر بیماری کودک متوفی در طی بستری در بخش** از روی پرونده متوفی بررسی می شود و یکی از گزینه ها علامت زده می شود ۱-وضعیت ناپایداریا متغیر: وضعیتی را گویندکه وضعیت بیماری کودک در طی بستری بطور متناوب رو به وخامت و بهبودی گزارش شده است ۲- وخیم شدن بیماری بصورت تدریجی: وضعیتی را گویندکه وضعیت بیماری کودک در طی بستری بطور تدریجی رو به بدتر شدن گزارش شده است ۳- وخیم شدن بیماری بصورت ناگهانی: وضعیتی را گویند که وضعیت بیماری کودک در طی بستری بطور ناگهانی رو به وخامت گذاشته و به مرگ منتهی شده است.

سوالات ۱-۱۴ و ۲-۱۴- این سوال در مورد این که آیا **دستورات درمانی و تشخیصی برای کودک درخواست شده است؟** اگرجواب بلی است **انجام کامل اقدامات درمانی و یا تشخیصی** درخواست شده بررسی می شود، اگر جواب در هر بخش خیر است علت آن از بین گزینه ها انتخاب و علامت زده می شود.

سوال۱۵- **ارجاع بیمار به مرکز دیگری درخواست (توصیه) شده است** را بر حسب مندرجات پرونده پاسخ دهید (اگر جواب سوال "خیر" است به سوال ۱۷ بروید).

سوال۱۶- بر حسب مندرجات پرونده پاسخ داده شود **که ارجاع بیمار انجام شده است** یا خیر. اگر جواب خیر است علت آن نوشته شود.

سوال۱۷- در این سوال بر اساس اطلاعات مندرج در پرونده مشخص کنید که **کودک قبل از فوت یا خروج از بخش علائم خطر فوری** داشته است در صورت پاسخ بلی به هرکدام از سوالات ۱-۱۷ تا ۶-۱۷ جداگانه پاسخ داده شود. در سوالات ۲-۱۷ تا ۵-۱۷ در صورت پاسخ خیر به قسمت دوم سوال، علت عدم انجام آن در قسمت مربوطه ثبت گردد. **در ردیف آخر** نام و نام خانوادگی تکمیل کننده و شماره تلفن تماس نوشته شود.

باسمه تعالی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

نام پرسشگر.....	**تاریخ پرسشگری:.....**

پرسشنامه" ه" چک لیست تخصصی بررسی علل مرگ کودک ۱-۵۹ ماهه در بیمارستان

کد متوفی:	نام و نام خانوادگی متوفی: .....

۱-آیازمان مراجعه به بیمارستان مناسب بود؟ ۱-بله☐ ۲-خیر☐ ۳-نامعلوم ☐

اگر خیر،علت: ۱- تاخیر در تصمیم گیری توسط خانواده ☐ ۲- تاخیر در ارجاع به این بیمارستان ☐ ۳- تاخیر در تشخیص ودرمان ☐ ۴- سایر ☐.....

۲-آیا اجرای اقدامات احیای کودک (CPR) مناسب و کامل بوده است؟ ۱- بله☐ ۲- خیر ☐ ۳- مورد ندارد ☐

۳-آیا اجرای اقدامات احیای کودک (CPR) به موقع بوده است؟ ۱- بله☐ ۲- خیر ☐ ۳- مورد ندارد ☐

۴- آیا دستورات پزشک(با توجه به علائم و تشخیص بیماری متوفی) برای اقدامات تشخیصی مناسب و کامل بوده است؟۱- بله☐ ۲- خیر ☐

۵- آیا دستورات پزشک(با توجه به علائم و تشخیص بیماری متوفی) برای اقدامات درمانی مناسب و کامل بوده است؟۱- بله☐ ۲- خیر ☐

۶- آیا اجرای اقدامات تشخیصی به موقع بوده است؟ ۱- بله☐ ۲- خیر ☐

۷- آیا اجرای اقدامات درمانی به موقع بوده است؟ ۱- بله☐ ۲- خیر ☐

۸- آیا امکان اقدام تشخیصی دیگری برای بیمار وجود داشت؟ ۱- بله☐ ۲- خیر ☐ **اگر خیر به سوال ۱۰ برود**

۹- آیا این اقدام تشخیصی در بیمارستان محل وقوع فوت امکان پذیر یا در دسترس بود؟ ۱- بله☐ ۲- خیر ☐

۱۰- آیا امکان اقدام درمانی دیگری برای بیمار وجود داشت؟ ۱- بله☐ ۲- خیر ☐ **اگر خیر به سوال ۱۲ برود**

۱۱- آیا این اقدام درمانی در بیمارستان محل وقوع فوت امکان پذیر یا در دسترس بود؟ ۱- بله☐ ۲- خیر ☐

۱۲- آیا درخواست ارجاع بیمار به مرکز درمانی دارای امکانات بیشتر ضرورت داشته است؟ بله☐ خیر ☐

اگر بلی:آیا ارجاع صورت گرفته است؟بله☐ خیر ☐

در صورت خیر،علت : ۱- **عدم درخواست ارجاع**☐ ۲- ندادن پذیرش بیمارستان مقصد☐ ۳- عدم امکانات لازم جهت انتقال کودک☐

در صورت بلی:آیا اقدامات درمانی حمایتی قبل از ارجاع مناسب وکافی بوده است؟ بله☐ خیر☐

آیا اقدامات درمانی حمایتی حین ارجاع مناسب وکافی بوده است؟ بله☐ خیر☐

۱۳-آیا کودک قبل ازبستری،نیاز به مراقبت خاصی داشته است ؟ بله☐ خیر ☐ اگربلی،آیا مراقبت ها بدرستی انجام گرفته است؟ بله☐ خیر☐

۱۴- آیا تشخیص نهایی با توجه به علائم و یافته های بالینی و آزمایشگاهی صحیح بوده است؟ ۱- بله☐ ۲- خیر ☐

تشخیص نهایی رابراساس گروه بندی ICD10 وزیر گروه های آن بنویسید:

گروه اصلی(ICD10): حوادث وسوانح غیرعمدی☐. ناهنجاریهای مادرزادی وکروموزومی☐ بیماریهای دستگاه تنفسی☐ بیماریهای قلبی عروقی☐ .

بیماریهای عفونی وانگلی☐. بیماریهای دستگاه عصبی مرکزی☐ بیماریهای دستگاه گوارش☐ بیماریهای تغذیه ،غددومتابولیک☐

سرطانها☐ بیماریهای دستگاه ادراری ☐ بیماریهای روانی واختلالات رفتاری☐. بیماریهای خون ودستگاه خون ساز☐

بیماریهای حول تولد☐ حالات بد تعریف شده ☐. سایر علل☐.....

زیر گروه:..... **زیر گروه زیر گروه:**.....

۱۵- آیا عوارض خاصی (دارویی ،پزشکی، تشخیصی و...) درطی بستری گزارش شده است؟ ۱- بله☐ ۲- خیر☐

اگر بلی آیا اقدامات انجام شده برای برخورد با عوارض گزارش شده کامل و کافی بوده است؟۱- بله☐ ۲- خیر☐

چه توصیه هایی برای پیشگیری از موارد مشابه مرگ دارید؟

نام خانوادگی پزشک تکمیل کننده پرسشنامه : شماره تلفن تماس : شماره نظام پزشکی:

باسمه تعالی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

نام پرسشگر:	**تاریخ پرسشگری:.....**

پرسشنامه" ه" چک لیست تخصصی بررسی علل مرگ کودک ۵۹-۱ ماهه در خارج بیمارستان

کد متوفی:	نام و نام خانوادگی متوفی: .....

۱-آیا زمان مراجعه به مرکز درمانی مناسب بود؟ ۱-بله☐ ۲-خیر ☐ ۳-نامعلوم ☐ ۴-به هیچ مرکزی مراجعه نکرده ☐ ***(اگر جواب سوال، گزینه٤ است به سوال ۱۳ بروید)***

اگر خیر، علت : ۱-تاخیر در تصمیم گیری توسط خانواده ☐ ۲-تاخیر در ارجاع به این مرکز ☐ ۳-تاخیر درتشخیص و درمان ☐ ۴-سایر ☐.....

۲-آیا اجرای اقدامات احیای کودک (CPR) مناسب و کامل بوده است؟ ۱-بله ☐ ۲-خیر ☐ ۳-موردی ندارد ☐

۳-آیا اجرای اقدامات احیای کودک (CPR) به موقع بوده است؟ ۱-بله☐ ۲-خیر ☐ ۳-موردی ندارد ☐

۴-آیا دستورات پزشک (با توجه به علائم و تشخیص بیماری متوفی) برای اقدامات تشخیصی مناسب و کامل بوده است؟۱-بله☐ ۲-خیر ☐ ۳-موردی ندارد ☐

۵-آیا دستورات پزشک (با توجه به علائم و تشخیص بیماری متوفی) برای اقدامات درمانی مناسب و کامل بوده است؟۱-بله☐ ۲-خیر ☐ ۳-موردی ندارد ☐

۶-آیا اجرای اقدامات تشخیصی به موقع بوده است؟ ۱-بله☐ ۲-خیر ☐ ۳-موردی ندارد ☐

۷-آیا اجرای اقدامات درمانی به موقع بوده است؟ ۱-بله☐ ۲-خیر ☐ ۳-موردی ندارد ☐

۸-آیا امکان اقدام تشخیصی دیگری برای بیمار وجود داشت؟ ۱-بله☐ ۲-خیر ☐ **اگر خیر به سوال ۱۰ برود**

۹-آیا این اقدام تشخیصی در مرکز محل وقوع فوت امکان پذیر یا در دسترس بود؟ ۱-بله☐ ۲-خیر ☐

۱۰-آیا امکان اقدام درمانی دیگری برای بیمار وجود داشت؟ ۱-بله☐ ۲-خیر ☐ **اگر خیر به سوال ۱۲ برود**

۱۱-آیا این اقدام درمانی در مرکز محل وقوع فوت امکان پذیر یا در دسترس بود؟ ۱-بله☐ ۲-خیر ☐

۱۲-آیا درخواست ارجاع بیمار به مرکز درمانی دارای امکانات بیشتر ضرورت داشته است؟ بله☐ خیر ☐

اگر بلی:آیا ارجاع صورت گرفته است؟بله☐ خیر ☐

در صورت خیر، علت : ۱-عدم درخواست ارجاع ☐ ۲-ندادن پذیرش بیمارستان مقصد ☐ ۳-عدم امکانات لازم جهت انتقال کودک ☐

در صورت بلی: آیا اقدامات درمانی حمایتی قبل از انتقال مناسب وکافی بوده است؟ بله☐ خیر☐

آیا اقدامات درمانی حمایتی حین انتقال مناسب و کافی بوده است؟ بله☐ خیر☐

۱۳-آیا کودک نیاز به مراقبت خاصی داشته است ؟ بله☐ خیر ☐ اگربلی، آیا مراقبت ها بدرستی انجام گرفته است؟ بله☐ خیر☐

۱۴-آیا تشخیص نهایی با توجه به علائم و یافته های بالینی و آزمایشگاهی صحیح بوده است؟ ۱-بله☐ ۲-خیر ☐

تشخیص نهایی براساس گروه بندی ICD10 و زیر گروه های آن را بنویسید:

گروه اصلی(ICD10): حوادث وسوانح غیرعمدی☐. ناهنجاریهای مادرزادی وکروموزومی☐ بیماریهای دستگاه تنفسی☐ بیماریهای قلبی عروقی☐ .

بیماریهای عفونی وانگلی☐. بیماریهای دستگاه عصبی مرکزی☐. بیماریهای دستگاه گوارش☐ بیماریهای تغذیه ،غددومتابولیک☐

سرطانها☐ بیماریهای دستگاه ادراری ☐ بیماریهای روانی واختلالات رفتاری☐. بیماریهای خون ودستگاه خون ساز☐

بیماریهای حول تولد☐ حالات بد تعریف شده ☐. سایر علل☐.....

زیر گروه:..... **زیر گروه زیر گروه:**.....

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 تا۵۹ ماهه

این پرسشنامه برای تمام موارد مرگ **قبل از تشکیل کمیته** توسط حداقل یک پزشک متخصص (غیر از پزشک معالج) تکمیل می شود. (درصورت عدم دسترسی به پزشک متخصص در موارد خارج بیمارستانی می توانید در تکمیل پرسشنامه از پزشک عمومی کمک گرفته شود و درکمیته مورد بحث بیشتری قرارگیرد). 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 می دهد. 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 پیشگیری 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 در سطوح بالاتر مدیریتی نیز فراهم می شود.

همانطور که در پرسشنامه (**ه**) دیده می شود

ابتدا کد ملی و 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 را براساس گروه بندی ICD10 (طبق پیوست۲- ۱) **انتخاب** و علامت بزنید، زیر گروه و زیر گروه زیر گروه آن را بنوسید.

معاونت بهداشت

آشنایی مقدماتی با تعیین علت مرگ وطبقه بندی آن درنظام مراقبت مرگ کودکان ۱ تا۵۹ 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، به طوری 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 ازگواهی های فوت تنها یک علت مرگ را شامل می شود که به راحتی قابل طبقه بندی هستند. ولی در بسیاری از شرایط، دویا بیشتر، وضعیت هایی می باشند که در مرگ سهیم بوده اند و باید درگواهی فوت ثبت شوند. دراین چنین موارد از دیدگاه آمار حیاتی باید یک علت مرگ را انتخاب نمود و سپس آنرا طبقه بندی کرد. این علت واحد را علت اولیه و یا underlying cause of death می گویند.

مفهوم علت اصلی یا اولیه محور طبقه بندی مرگ و میراست. لذا براساس تعریف سازمان جهانی بهداشت علت اولیه عبارت است از:

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

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.

علت مرگ		زمان تقریبی بین شروع تامرگ
۱-آخرین بیماری یا وضعیتی که بلافاصله پیش از مرگ وجودداشت*	الف:(آخرین علت مرگ یاعل فوری)..... ب:(علت ماقبل آخریاعلت واسط)..... ج:(علت اولیه یااصلی).....	
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.

درمثال قبل گواهی فوت تکمیل شده به صورت زیر است:

الف:نارسایی قلبی ب: متاستازکارسینوم ج: سرطان کولون

برای طبقه بندی علت مرگ در آسیب ها (injuries) می بایست عوامل خارجی صدمات (external cause) بعنوان علت اولیه (UC) درنظرگرفته 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 درنظر گرفته شوند. این قواعد با یک قانون کلی آغازمی 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 باید 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 می‌شود

درحدود 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 درگواهی فوت ختم می شود وجود دارد، علت اولیه این سلسله ازعلت به عنوان علت اولیه انتخاب می شود.

مثال: شوک کاردیوژنیک – سکته قلبی– آنفولانزا در این مورد سکته قلبی به عنوان علت اولیه انتخاب می شود شوک کاردیوژنیک به علت سکته قلبی ایجاد شده ولی آنفولانزا نمی تواند علت بیماری سکته 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 دراین مورد لوسمی لنفاتیک مزمن به عنوان علت اولیه انتخاب می شود.

برونکوپنومونی انتخاب شده به وسیله قانون کلی و کم خونی ثانویه هر دو ازپیامدهای 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 حالتهای بد تعریف شده مانند: ایست قلبی –آمبولی ریه –نارسایی تنفسی-فشارخون-... گزارش شود در این حالات، علت اولیه را مجدد انتخاب کنید.

مثال: الف: ایست قلبی – ب: آرتریت روماتوئید دراین مورد آرتریت روماتوئید به عنوان علت اولیه انتخاب می شود.

قاعده B-شرایط خفیف وغیرکشنده:

در شرایطی که علت انتخاب شده مرگ یک حالت خفیف که احتمال آن برای ایجاد مرگ ضعیف است باشد و حالت شدیدتری درگواهی 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 ازعوارض 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 دراین مثال خونریزی درحین عمل جراحی به عنوان علت اولیه انتخاب می شود.

قاعده Linkage Rule-C

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 دراین مثال فتق ران با انسداد به عنوان علت اولیه انتخاب می شود.

قاعده Specificity-D

در صورتی که علت انتخاب شده یک وضعیتی را بطورکلی 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: مننژیت- سل دراین مثال مننژیت سلی به عنوان علت اولیه انتخاب می شود.

قاعده E- مرحله اولیه و نهایی بیماری

درصورتی که علت انتخاب شده مرحله اولیه یک بیماری است ولی درگواهی 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

درصورتی که علت انتخاب شده نوع اولیه یک وضعیت باشد که برای آن سیستم طبقه بندی یک طبقه مجزا"پیامداز" ارایه 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 هریک ازعلل 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 کروموزمی را به عنوان مادرزادی به حساب آورد؟ وقتی که واضح باشد که آن وضعیت از زمان تولد وجود داشته است.

معاونت بهداشت

چک لیست
پایش برنامه نظام مراقبت
مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه
داخل و خارج بیمارستانی

معاونت بهداشت

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی .....

چک لیست پایش برنامه نظام مراقبت مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه داخل بیمارستانی

نام شهرستان: **نام بیمارستان:** **تاریخ پایش:** **نام و نام خانوادگی تکمیل کننده:**

ردیف	عنوان فعالیت	امتیاز کسب شده	امتیاز مطلوب	توضیحات
۱	ابلاغ اعضای کمیته کاهش مرگ ومیر کودکان ۵۹-۱ ماهه موجود و برای اعضای جدید ابلاغ صادر شده است ؟		۲	کامل:۲ ناقص :۱ عدم وجود:۰
۲	اطلاعات اعضا کمیته مرگ بیمارستانی تکمیل و به سامانه انتقال داده شده است ؟		٤	انتقال اطلاعات :۴ عدم انتقال:۰
۳	مسئول بررسی مرگ ومیر کودکان ۵۹-۱ ماهه به تلفن مستقیم ،رایانه و اینترنت دسترسی دارد؟		۳	هر سه مورد :۳ دومورد :۲ یک مورد :۱ عدم دسترسی:
۴	تعداد مرگ های اتفاق افتاده در بیمارستان با تعداد مرگ های گزارش شده مطابقت دارد؟		٦	تعداد مواردتطابق:۶ عدم تطابق:۰
۴	کلیه اطلاعات اولیه مربوط به مرگ کودکان ۵۹-۱ ماهه توسط مسئول بررسی مرگ ومیر در کمتر از ۴۸ ساعت از وقوع مرگ تکمیل و به سامانه منتقل شده است ؟		٤	کمتراز ۴۸ ساعت :۴ بیشتر از ۴۸ ساعت :۰
۶	اطلاعات پرسشنامه بررسی مرگ کودکان حداکثر ظرف ۲ هفته بعد از وقوع مرگ تکمیل و به سامانه منتقل گردیده است؟		۱٤	کمتر از دو هفته :۱۴ بیشتر از دو هفته:۰
۷	اطلاعات پایش بخش بیمارستان به طور صحیح تکمیل و حداکثر یک هفته بعد از پایش به سامانه منتقل شده است؟		۵	صحیح و یک هفته :۵ ناقص و بیشتراز هفته :۰
۸	مداخلات پیشنهادی (از پرسشنامه ها و ارزیابی بخش و پرونده و...) قبل از برگزاری کمیته استخراج شده است ؟		۵	مشاهده لیست مداخلات :۵ عدم مشاهده لیست مداخلات: ۰
۹	کمیته بیمارستانی بررسی مرگ و میر کودکان ۵۹-۱ ماهه با حضور دو سوم اعضا هرماه یکبار برگزار شده است ؟		٦	به موقع کامل :۶ ناقص: ۰
۱۰	مداخلات استخراج شده از (ازپرسشنامه ها، ارزیابی بخش ، پرونده و ...) در کمیته های بررسی مرگ کودکان ۵۹-۱ ماهه بررسی و مصوبه مرتبط موجود می باشد؟		٦	وجود مصوبات :۶ عدم وجود مصوبات :۰
۱۱	لیست فعالیت های مربوط به هرکدام از مداخلات تعیین شده است؟ (مشاهده لیست فعالیت های تفضیلی در سامانه)		۸	کامل :۸ ناقص:۰
۱۲	صورتجلسه کمیته به سطوح و اعضای کمیته تا یک هفته پس از برگزاری کمیته ابلاغ شده است؟		٤	کامل :۴ ناقص :۰
۱۳	اجرای فعالیت های تصویب شده در کمیته ها توسط مسئول بررسی مرگ کودکان ۵۹-۱ ماهه پیگیری شده است؟		۷	کتبی و کامل:۷ کتبی و ناقص :۵ عدم گزارش:۰
۱۴	علت عدم اجرای مداخله، توسط مسئول بررسی مرگ و میر کودکان ۵۹-۱ ماهه پیگیری و جمع بندی شده است؟		٦	کتبی :۶ شفاهی :۲ عدم گزارش:۰
۱۵	گزارش اجرای مداخلات تصویب شده ی کمیته قبلی در کمیته حاضر ارائه شده است؟		۵	مشاهده گزارشات کتبی :۵ عدم مشاهده :۰
۱۶	گزارش کمیته بیمارستانی به همراه فرم فعالیت های تفضیلی طی مدت حداکثر یک ماه به سامانه منتقل گردیده است؟		۵	ثبت در سامانه :۵ عدم ثبت در سامانه:۰
۱۷	پرسشنامه های ناهنجاری وارد سامانه شده است؟		٦	ثبت در سامانه :۶ عدم ثبت در سامانه:۰
۱۸	آیا سناریوی های مرتبط با حوادث ترافیکی و غیر ترافیکی هرسه ماه به معاونت درمان ارسال شده است ؟		٤	ارسال کمتر ازسه ماه:۴ ارسال بیشتراز سه ماه :۱ عدم ارسال:۰
جمع امتیاز			۱۰۰	

دستورالعمل تکمیل چک لیست پایش برنامه نظام مراقبت مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه(داخل بیمارستانی)

سوال ۱- با توجه به دستورالعمل نظام مراقبت مرگ کودکان اعضای کمیته مشخص و برای اعضا ، مجزا ابلاغ صادر شده است. رویت ابلاغ کفایت می کند. (در ابلاغ های اعضاء مدت و زمان ذکر نشود و با جابجایی اعضاء و یا مسئولین فقط جهت اعضای جدید ابلاغ صادر شود).

سوال ۲- با توجه به خلاصه راهنمای نظام مراقبت مرگ کودکان ۵۹-۱ ماهه، اعضاء کمیته داخل بیمارستانی مشخص گردیده و اطلاعات اعضا کمیته (سالیانه) به سامانه انتقال داده شده باشد. درصورت انجام موارد فوق و مشاهده اعضا در سامانه ، نمره کامل گرفته و درصورت تکمیل ناقص یا عدم تکمیل مطابق جدول امتیاز داده می شود. لازم به ذکر است در صورت تغییر اعضاء، اطلاعات اعضاء جدید مجدداً در سامانه وارد گردد.

سوال ۳- دسترسی به تلفن مستقیم، رایانه و اینترنت الزامی است. در صورت نبود امکانات فوق امتیاز مطابق جدول امتیازدهی داده شود و مورد نیز ذکر شود.

سوال ۴- تعداد مرگ هایی که توسط مسئول بررسی مرگ کودکان گزارش شده است با مرگ های گزارش شده از واحد ثبت مرگ بیمارستان (با تعداد گواهی فوت و گزارش آمار واحد آمارو مدارک پزشکی)مطابقت داده شود.

سوال ۵- کلیه اطلاعات اولیه مربوط به مرگ کودکان ۱تا۵۹ ماهه توسط مسئول بررسی مرگ و میر در کمتر از ۴۸ ساعت پس از اطلاع از وقوع فوت به سامانه انتقال یابد، در صورت انتقال موارد مرگ در کمتر از ۴۸ ساعت امتیاز کامل و در غیر این صورت امتیازی کسب نخواهد شد. با توجه به اهمیت موضوع، اطلاعات اولیه مربوط به مرگ کودکان در کمتر از ۴۸ ساعت توسط کارشناسان بررسی مرگ بیمارستان ها و درصورت مرخصی توسط فرد جانشین تکمیل و وارد سامانه گردد.

در پایان هر ماه فرم جمع آوری ماهانه توسط کارشناسان بیمارستان به شبکه بهداشت و درمان شهرستان و معاونت درمان ارسال گردد.

☜ نکته ۱: در صورت عدم وقوع مرگ گزارش صفر ارسال گردد.

سوال۶- پرسشنامه های مربوط به مرگ های اتفاق افتاده (پرسشنامه ب ، ج ، د، ه) مطابق با دستورالعمل حداکثر تا دو هفته پس از اطلاع از وقوع مرگ تکمیل و به سامانه انتقال یابد. (جمعاً سه پرونده در هر دوره بررسی گردد، تکمیل هر پرسشنامه ۳ امتیاز خواهد داشت، ۱۲ امتیاز برای ۴ پرسشنامه منظور می شود و جهت مدت تکمیل و انتقال به سامانه در ظرف دو هفته ۲ امتیاز منظور خواهد شد، در غیر اینصورت امتیازی تعلق نخواهد گرفت).

☜ نکته ۲ : در صورتی که تعداد مرگ ها از ۳ مورد کمتر می باشد ، تعداد کل مرگ ها و پرسشنامه های مربوطه بررسی شده در صورت تکمیل صحیح و کامل موارد ، امتیاز کامل را کسب می نماید در غیر این صورت برای هر مرگ که شرایط فوق الذکر را داشته باشد ٤ امتیاز کسب می شود.

سوال ۷- اطلاعات پایش بخش بیمارستان به طور صحیح تکمیل و حداکثر یک هفته بعداز پایش به سامانه منتقل شده است در صورت تکمیل صحیح و انتقال ظرف یک هفته ۵ امتیاز منظور شود در غیر این صورت امتیازی تعلق نخواهدگرفت.

سوال ۸- مداخلات پیشنهادی براساس پرسشنامه های مرگ، ارزیابی بخش، پرونده های بیمارستانی کودک فوت شده مشاهده و پس از تایید، امتیاز کامل داده می شود و در غیر اینصورت امتیازی کسب نخواهد شد.

سوال ۹- در صورت وقوع مرگ یا وجود مداخلات قابل پیگیری، کمیته مرگ بطور ماهیانه و در غیر اینصورت هر سه ماه یکبار برگزار خواهد شد.

سوال ۱۰- مداخلات پیشنهادی سوال ۸، در کمیته مطرح و مواردی تصویب و در صورتجلسه عنوان گردد.

سوال ۱۱- لیست فعالیت های تفضیلی برای هریک از مداخلات مرتبط /مصوبات مرتبط کمیته، توسط کارشناس مربوطه به طور کامل در سامانه وارد شده باشد

سوال ۱۲- ضمن تدوین صورت جلسه کمیته ها بایستی مکاتبات لازم به منظور ابلاغ مصوبات/ مداخلات کمیته و فعالیت های مربوط به هر مداخله به سطوح مسئول/ و اعضای کمیته حداکثر یک هفته پس از برگزاری کمیته، انجام شده باشد. درصورت مشاهده مستندات، امتیاز کامل دریافت نموده و در غیر این صورت نمره ای تعلق نخواهد گرفت.

سوال ۱۳- جهت انجام کامل مصوبات، پیگیری لازم توسط مسئول بررسی مرگ در فاصله بین هر کمیته با کمیته بعدی به صورت مکتوب انجام شده باشد. در صورت مشاهده مکاتبات انجام شده و مستندات مربوط به روند اجرای تمامی مداخلات تا حصول نتیجه، نمره کامل و در غیر این صورت طبق جدول امتیاز بندی نمره داده می شود.

سوال ۱۴- در صورت عدم انجام مصوبه / مداخله، علت منطقی عدم انجام مداخله مشخص شده است. در صورت مشاهده مستندات نمره کامل و در غیر این صورت طبق جدول امتیاز بندی نمره داده می شود

سوال ۱۵- انجام مداخلات تصویب شده در جلسه قبلی کمیته مرگ کودکان پیگیری و در کمیته حاضر، گزارش روند اجرای مداخلات (نتایج حاصل) به صورت مکتوب مشخص شده و در جلسه قرائت گردد. در صورت مشاهده موارد فوق امتیاز کامل دریافت می کند.

سوال ۱۶- صورتجلسات کمیته های بررسی مرگ حداکثر یک ماه پس از برگزاری کمیته ها به سامانه انتقال داده شده باشد. در صورت مشاهده مستندات در سامانه ، نمره کامل و در غیر این صورت نمره ای تعلق نخواهد گرفت.

سوال ۱۷- گزارش پرسشنامه های ناهنجاری مادرزادی در سامانه مشاهده گردد. در صورت مشاهده و بررسی مستندات امتیاز کامل داده شود و در غیر این صورت مطابق جدول امتیاز بندی، نمره تعلق می گیرد.

سوال ۱۸- گزارش سناریوهای مرگ کودکان مشاهده گردد. در صورت مشاهده و بررسی مستندات ارسال شده، امتیاز کامل داده شود و در غیر این صورت مطابق جدول امتیاز بندی، نمره تعلق می گیرد.

معاونت بهداشت

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی .....

چک لیست پایش برنامه نظام مراقبت مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه خارج بیمارستانی

نام شهرستان: **تاریخ پایش:** **نام و نام خانوادگی تکمیل کننده:**

ردیف	عنوان فعالیت	امتیاز کسب شده	امتیاز مطلوب	نحوه امتیاز دهی	ملاحظات
۱	ابلاغ اعضای کمیته کاهش مرگ و میرکودکان ۱تا۵۹ ماهه موجود و برای اعضای جدید ابلاغ صادر شده است؟		۲	کامل=۲ ناقص=۱ عدم صدور ابلاغ=۰	
۲	اطلاعات اعضای کمیته مرگ شهرستان تکمیل و به سامانه انتقال داده شده است؟		۲	کامل:۲ ناقص یا عدم انتقال:۰	
۳	مسئول بررسی مرگ ومیر کودکان ۱تا۵۹ماهه به تلفن مستقیم، رایانه واینترنت دسترسی دارد؟		۳	هر۳مورد=۳ دومورد=۲ یک مورد=۱ عدم دسترسی=۰	
۴	تعداد مرگ های ۱تا۵۹ ماهه اتفاق افتاده با تعداد مرگ های ارسالی به واحد آمار هماهنگی دارد؟		۳	هماهنگی تمام موارد:۳ عدم هماهنگی:۰	
۵	کلیه اطلاعات اولیه مربوط به مرگ کودکان ۱تا۵۹ ماهه در کمتر از ۴۸ ساعت پس از اطلاع از وقوع به سامانه منتقل شده است؟		۵	انتقال کمتر از ۴۸ ساعت:۴ بیشتر ۴۸ ساعت:۰	
۶	اطلاعات پرسشنامه های برنامه نظام مراقبت مرگ کودکان بطور صحیح تکمیل شده است؟		۹	هر پرسشنامه کامل:۳ ناقص:۰	
۷	اطلاعات پرسشنامه های مرگ کودکان خارج بیمارستانی حداکثر دو هفته پس از اطلاع از وقوع مرگ تکمیل و به سامانه انتقال داده شده است؟		۵	انتقال کمتر از دو هفته :۳ انتقال بیشتر از دو هفته: ۰	
۸	چک لیست پایش بیمارستان توسط مسئول بررسی مرگ خارج بیمارستانی تکمیل شده و گزارش آن به بیمارستان ارسال شده است؟		۵	تکمیل چک لیست پایش هرشش ماه =۳ گزارش کمتر از ۱ هفته = ۲ تکمیل چک لیست پایش سالانه=۱ گزارش بیشتر از ۱ هفته =۱ عدم تکمیل و گزارش=۰	
۹	مداخلات پیشنهادی از (پرسشنامه ها، پایش و ارزشیابی برنامه های سلامت کودکان ، پرونده و...) قبل از برگزاری کمیته استخراج شده است؟		۵	مشاهده لیست مداخلات:۵ عدم مشاهده:۰	
۱۰	کمیته شهرستانی بررسی مرگ و میر کودکان ۱تا۵۹ ماهه با حضور دو سوم اعضای اصلی هر سه ماه یکبار و به موقع برگزارمی شود؟ (مشاهده صورتجلسات)		۵	کامل بودن اعضاء= ۲ هرسه ماه و به موقع =۳ کامل نبودن اعضاء و عدم تشکیل = ۰	
۱۱	مداخلات استخراج شده از (پرسشنامه ها، پایش و ارزشیابی و ...) در کمیته های مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه بررسی و مصوبه مرتبط موجود می باشد؟		۳	وجودمصوبه=۲ عدم وجود مصوبه =۰	
۱۲	لیست فعالیت های مربوط به هر کدام از مداخلات مرتبط تعیین شده است؟ (مشاهده لیست فعالیت های تفضیلی در سامانه)		۳	کامل:۳ ناقص یا عدم تعیین مداخله:۰	
۱۳	صورتجلسات (مداخلات ،فعالیت ها) کمیته های بررسی مرگ کودکان به سطوح مسئول و اعضای کمیته تا یک هفته پس از برگزاری کمیته ابلاغ شده است؟		۶	کامل=۶ عدم ابلاغ= ۰	
۱۴	اجرای فعالیت های تصویب شده در کمیته ها توسط مسئول بررسی مرگ کودکان ۱تا۵۹ ماهه پیگیری شده است؟		۵	کتبی وکامل:۵ کتبی وناقص: ۳ شفاهی:۱ عدم پیگیری:۰	
۱۵	مداخلاتی در سطح سازمان های خارج از شبکه بهداشت شهرستانطراحی / اجرا / و پیگیری شده است؟		۷	طراحی=۲ اجراو پیگیری=۵ عدم طراحی /عدم پیگیری=۰	
۱۶	علت عدم انجام مداخلات مشخص و جمع بندی شده است ؟		۵	کتبی=۵ شفاهی= ۳ عدم جمع بندی=۰	

۱۷	گزارش اجرای مداخلات تصویب شده کمیته بررسی مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه قبلی در کمیته حاضر ارائه شده است؟		۵	کتبی=۵ عدم ارائه=۰	
۱۸	گزارش کمیته شهرستانی طی مدت حداکثر دو ماه به سامانه ارسال شده است؟		۵	هردو ماه:۵ ۳تا۶ ماه:۳ ۶ ماه بیشتر=۰	
۱۹	پرسشنامه های ناهنجاری وارد سامانه شده است؟		۴	کامل:۴ عدم انجام: ۰	
۲۰	سناریوهای مرگ کودکان به معاونت بهداشتی ارسال شده است؟		۶	کامل:۶ ناقص: ۳ عدم انجام: ۰	
۲۱	شاخص ها و تحلیل نتایج اطلاعات مربوط به مرگ و میر کودکان شهرستان در پایان هر سال و استفاده ازنتایج فوق در بهبود برنامه ها استخراج شده است؟		۷	کامل = ۷ عدم استخراج=۰	
جمع امتیاز			۱۰۰		

معاونت بهداشت

دستورالعمل تکمیل چک لیست پایش برنامه نظام مراقبت مرگ کودکان ۵۹-۱ ماهه (خارج بیمارستانی)

سوال ۱- براساس خلاصه راهنمای نظام مراقبت مرگ کودکان ۵۹-۱ ماهه، اعضای کمیته مشخص و برای اعضاء ابلاغ موجود است. همچنین برای اعضاء جدید ابلاغ صادر شده است. در صورت وجود و مشاهده ابلاغ ها، امتیاز کامل دریافت نموده و در غیر این صورت مطابق با جدول امتیاز بندی، نمره داده شود.

سوال ۲- با توجه به خلاصه راهنمای نظام مراقبت مرگ کودکان ۵۹-۱ ماهه، اعضاء کمیته خارج بیمارستانی مشخص گردیده و اطلاعات اعضا کمیته (سالیانه) به سامانه انتقال داده شده باشد. درصورت انجام موارد فوق و مشاهده اعضا در سامانه ، نمره کامل گرفته و درصورت تکمیل ناقص یا عدم تکمیل مطابق جدول امتیاز داده می شود. لازم به ذکر است در صورت تغییر اعضاء، اطلاعات اعضاء جدید مجدداً در سامانه وارد گردد.

سوال ۳- دسترسی به تلفن مستقیم، رایانه و اینترنت الزامی است. در صورت نبود امکانات فوق امتیاز مطابق جدول امتیازدهی داده شود و مورد نیز ذکر شود.

سوال ۴- تعداد مرگ هایی که به مسئول بررسی مرگ کودکان گزارش شده است با مرگ هایی که به واحد آمار اعلام شده است، مقایسه گردد در صورت هماهنگی آمار، امتیاز کامل و در صورت عدم هماهنگی آمار امتیاز تعلق نمی گیرد. لازم به ذکر است مستندات مربوط به نحوه هماهنگی در واحد مذکور بایستی موجود باشد.

سوال ۵- کلیه اطلاعات اولیه مربوط به مرگ کودکان ۱تا۵۹ ماهه توسط مسئول بررسی مرگ و میر در کمتر از ۴۸ ساعت پس از اطلاع از وقوع فوت به سامانه انتقال یابد، در صورت انتقال موارد مرگ در کمتر از ۴۸ ساعت امتیاز کامل و در غیر اینصورت امتیازی کسب نخواهد شد.

سوال ۶- در این بند پرسشنامه های مربوط به ۳ مورد مرگ کودکان مورد بررسی قرار می گیرد. بایستی برای هر مرگ پرسشنامه های مربوطه (پرسشنامه ب، ج، د، ه) طبق دستورالعمل تکمیل گردد، همچنین کلیه سوالات مربوط به هر پرسشنامه نیز به طور صحیح و کامل تکمیل شده باشد (در این بند هم تکمیل پرسشنامه ها مطابق با دستورالعمل و هم تکمیل صحیح و دقیق هر پرسشنامه مدنظر قرار گرفته است) در صورت تکمیل موارد فوق الذکر برای هر مرگ ۳ امتیاز تعلق می گیرد.

☜نکته ۱ : در صورتی که تعداد مرگ ها از کمتر ۳ مورد می باشد ، تعداد کل مرگ ها و پرسشنامه های مربوطه بررسی شده، در صورت تکمیل صحیح و کامل موارد ، امتیاز کامل را کسب می نماید در غیر این صورت برای هر مرگ که شرایط فوق الذکر را داشته باشد ۳ امتیاز کسب می شود.

☜نکته۳ توجه داشته باشید در صورتی که کودک در مرکز سرپایی (مطب ، مرکز درمانی و....) فوت نماید، تیم پرسشگری شهرستان به منظور تکمیل پرسشنامه ج به آن مرکز مراجعه می کند.

سوال ۷- پرسشنامه های مربوط به مرگ های اتفاق افتاده (پرسشنامه ب ، ج ، د، ه) مطابق با دستورالعمل حداکثر تا دو هفته پس از اطلاع از وقوع مرگ تکمیل و به سامانه انتقال یابد. (امتیاز در این بند اهمیت زمان تکمیل و انتقال پرسشنامه ها را نشان می دهد)

سوال ۸- ضمن حضور مسئول بررسی مرگ خارج بیمارستانی در بیمارستان، بایستی چک لیست پایش برنامه نظام مراقبت مرگ کودکان ۵۹-۱ ماهه در بیمارستان هر شش ماه یکبار به طور کامل و دقیق تکمیل شده باشد و پسخوراند نتایج بازدید به بیمارستان ارسال و نسبت به رفع مشکلات، پیگیری انجام شده باشد. در صورت مشاهده مستندات نمره کامل و در غیر این صورت طبق جدول امتیاز بندی نمره داده می شود .

سوال ۹- مداخلات پیشنهادی استخراج شده بر اساس پرسشنامه های تکمیل شده، نتایج پایش و ارزشیابی برنامه های سلامت کودکان و پرونده های بهداشتی مراقبت از کودک فوت شده، مشاهده و پس از تایید، امتیاز کامل داده می شود و در غیر اینصورت امتیازی کسب نخواهد شد.

سوال ۱۰- کمیته های شهرستانی هر سه ماه و به موقع با حضور دو سوم اعضای اصلی برگزارشده باشد. در صورت مشاهده تدوین صورت جلسات مرتبط و مطابق با دستورالعمل امتیاز کامل و در غیر این صورت امتیاز طبق جدول امتیازات داده می شود.

سوال ۱۱- مداخلات پیشنهادی سوال ۹، در کمیته مطرح و مواردی تصویب و در صورتجلسه عنوان گردد.

سوال ۱۲- لیست مکتوب فعالیت های تفضیلی برای هریک از مداخلات مرتبط /مصوبات مرتبط کمیته، توسط کارشناس مربوطه به طور کامل در سامانه وارد شده باشد.

سوال ۱۳- ضمن تدوین صورت جلسه کمیته ها بایستی مکاتبات لازم به منظور ابلاغ مصوبات/ مداخلات کمیته و فعالیت های مربوط به هر مداخله به سطوح مسئول/ و اعضای کمیته حداکثر یک هفته پس از برگزاری کمیته، انجام شده باشد. درصورت مشاهده مستندات، امتیاز کامل دریافت نموده و در غیر این صورت نمره ای تعلق نخواهد گرفت.

سوال ۱۴- جهت انجام کامل مصوبات، پیگیری لازم توسط مسئول بررسی مرگ در فاصله بین هر کمیته با کمیته بعدی به صورت مکتوب انجام شده باشد. در صورت مشاهده مکاتبات انجام شده و مستندات مربوط به روند اجرای تمامی مداخلات تا حصول نتیجه نمره کامل و در غیر این صورت طبق جدول امتیاز بندی نمره داده می شود.

سوال ۱۵- با توجه به اهمیت هماهنگی های بین بخشی در کاهش مرگ و میر کودکان، بایستی در مرگ های مربوط به داخل و خارج بیمارستانی، مداخلاتی در سطوح مرتبط خارج سازمانی (بهزیستی، نیروی انتظامی، صداو سیما و...) طراحی شده باشد و نسبت به اجرای آنها پیگیری و هماهنگی لازم صورت گرفته باشد. در صورت مشاهده مستندات (مکاتبات انجام شده در این خصوص)، امتیاز کامل را کسب نموده و در غیر این صورت طبق جدول امتیاز بندی امتیاز تعلق می گیرد.

سوال ۱۶- در صورت عدم انجام مصوبه / مداخله، علت منطقی عدم انجام مداخله مشخص شده است. در صورت مشاهده مستندات نمره کامل و در غیر این صورت طبق جدول امتیاز بندی نمره داده می شود.

سوال ۱۷- انجام مداخلات تصویب شده در جلسه قبلی کمیته مرگ کودکان پیگیری و در کمیته حاضر، گزارش روند اجرای مداخلات (نتایج حاصل) به صورت مکتوب مشخص شده و در جلسه قرائت گردد. در صورت مشاهده موارد فوق امتیاز کامل دریافت می کند.

سوال ۱۸- صورتجلسات کمیته های بررسی مرگ حداکثر دو ماه پس از برگزاری کمیته ها به سامانه انتقال داده شده باشد. در صورت مشاهده مستندات در سامانه ، نمره کامل و در غیر این صورت طبق جدول امتیاز بندی نمره داده می شود.

سوال ۱۹- گزارش پرسشنامه های ناهنجاری مادرزادی در سامانه مشاهده گردد. در صورت مشاهده و بررسی مستندات امتیاز کامل داده شود و در غیر این صورت مطابق جدول امتیاز بندی، نمره تعلق می گیرد.

سوال ۲۰- گزارش سناریوهای مرگ کودکان مشاهده گردد. در صورت مشاهده و بررسی مستندات ارسال شده، امتیاز کامل داده شود و در غیر این صورت مطابق جدول امتیاز بندی، نمره تعلق می گیرد. سناریوها مربوط به حوادث میباشد.

سوال ۲۱- با توجه به نتایج گزارشات مربوط به نظام مراقبت از مرگ کودکان (فرم اطلاعات اولیه مرگ، پرسشنامه ها و...)، شاخص های مرگ کودکان به صورت سالانه محاسبه شده و براساس آنالیز اطلاعات، تحلیل نتایج شاخص ها در برنامه عملیاتی تدوین گردیده و به واحد های مربوطه ارسال گردد. درصورت مشاهده مستندات امتیاز کامل داده شود و در غیر این صورت نمره تعلق نمی گیرد.

معاونت بهداشت

ترکیب و شرح وظایف
کمیته های بررسی مرگ و میر
کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه

معاونت بهداشت

ترکیب و شرح وظایف کمیته بیمارستانی کاهش مرگ و میر کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه

اعضاء کمیته :

۱- ریاست بیمارستان
۲- مدیر بیمارستان
۳- مسوول فنی بیمارستان
۴- مدیر خدمات پرستاری (مترون)
۵- سوپروایزرآموزشی
۶- سرپرستار بخش کودکان
۷- رییس بخش کودکان یایک نفر متخصص کودکان
۸- کارشناس مسوول بررسی مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه بیمارستان
۹- نماینده دفتر بهبود کیفیت
۱۰- مسوول فنی/ ایمنی
۱۱- کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار

روش انجام کار :

۱- جلسات کمیته باید بطور مرتب و هر ۱ ماه یک بار تشکیل گردد.
۲- ریاست کمیته را ریاست بیمارستان عهده دار خواهد بود.
۳- دبیر کمیته توسط ریاست بیمارستان و از بین اعضاء جلسه (ترجیحا مدیر خدمات پرستاری (مترون))انتخاب خواهد شد.

تبصره ۱- در صورت وقوع مرگ، کمیته مرگ بیمارستانی بطور **ماهیانه** و در صورت عدم وقوع مرگ **هر سه ماه یکبار** برگزار گردد.

تبصره ۲ – 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 :

۱- برگزاری جلسات کمیته به صورت فعال و پویا همراه با تدوین مصوبات و مداخلات موثر در راستای کاهش موارد مرگ و میر این گروه سنی
۲- بحث و بررسی لیست پیشنهادی مداخلات استخراج شده از بررسی پرونده کودک متوفی و اطلاعات بدست آمده از پرسشنامه ها
۴- مصوب کردن مداخلات بر اساس اطلاعات بدست آمده
۵- تعیین بخش یا سطح مداخله کننده و سقف زمانی برای اجرای مداخله
۶- ابلاغ اجرای مداخله به سطح تعیین شده.
۷- تعیین مسئولین پیگیری و نظارت بر نحوه اجرای مداخلات تصویب شده در کمیته
۸- ارائه پیشنهاد مداخلات تصویب شده در کمیته به سایر سطوح خارج بیمارستان(معاونت درمان و کمیته شهرستانی کاهش مرگ و میر برای اجرای مداخلات تصویب شده در سطح شهرستان)
۹- نظارت بر پیگیری مصوبات توسط واحد بهبود کیفیت

تبصره ۱ – دبیر کمیته، مداخلات استخراج شده از پرونده بیمارستانی و پرسشنامه ها را در گروه کاری بیمارستان که با مسوولیت مترون بیمارستان تشکیل می شود بررسی کرده و لیست پیشنهادی مداخلات مرگ کودکان را برای دستور جلسه در کمیته آماده می کند.
تبصره ۲ – در صورتیکه در سه ماه گذشته مرگ کودکی اتفاق نیفتاده است یا مداخلاتی از مرگ های اتفاق افتاده، استخراج نمی شود لیست پیشنهادی مداخلات باید براساس اطلاعات پایش و ارزیابی بخش کودکان و اورژانس بیمارستان استخراج شود.

وظایف رئیس کمیته:

۱- صدور ابلاغ اعضا

۲- اداره جلسات کمیته

۳- تقسیم کار و تعیین وظایف اعضاء کمیته

۴- تشکیل کمیته های فرعی کارشناسی

۵- تایید صورتجلسه کمیته و ابلاغ آن

۶- تعیین دبیر کمیته

وظایف دبیرکمیته :

۱- تهیه دستور جلسه با هماهنگی ریاست کمیته

۲- ارسال دعوت نامه ها، پیگیری برای تشکیل جلسات و ارسال صورتجلسات

۳- فراهم نمودن تدارکات لازم و مورد نیاز برای تشکیل جلسه کمیته

۴- گزارش حضور و غیاب اعضاء به ریاست جلسه

۵- پیگیری مصوبات کمیته و وظایفی که برای اعضاء کمیته تعیین شده است

۶- ارائه لیست مداخلات پیشنهادی در گروه کاری بیمارستان و آماده سازی دستور کار کمیته بر اساس پیشنهادات تأیید شده

۷- ارسال گزارش فصلی مصوبات کمیته و مداخلات صورت گرفته به مسوول بررسی مرگ شهرستان

معاونت بهداشت

شرح مراحل گردش کار بررسی مرگ کودک در شهرستان:

۱. 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 ۱تا۵۹ ماهه شهرستان تحویل داده می شود.

۲. فوت کودک در روستا توسط بهورز، پزشک مرکز خدمات جامع سلامت روستا یا اهالی روستا و از طریق فرم گزارش فوری مرگ کودک یا تلفنی به نزدیک ترین مرکزخدمات جامع سلامت یا مرکز بهداشت شهرستان اطلاع داده می شود. فوت کودک در شهر توسط بیمارستان، مطب خصوصی، سازمان های مختلف و افراد غیر رسمی از طریق تکمیل فرم گزارش فوری مرگ یا تلفنی به نزدیک ترین مرکز خدمات جامع سلامت یا مرکز بهداشت شهرستان اطلاع داده می شود.

۳. مسئول بررسی مرگ کودکان ۱تا۵۹ ماهه شهرستان پس از دریافت لیست کودکان فوت شده آن را به مسئول بررسی مرگ کودکان ۱تا۵۹ ماهه معاونت بهداشتی ارسال می نماید.

۴. مسوول تیم پرسشگری درشهرستان، مسوول سلامت خانواده شهرستان می باشد که اعضایی که مناسب برای پرسشگری می باشد را 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 وهمچنین این افراد علاوه بر توانمندی های علمی، بایستی قدرت ارتباطات برای پرس و جوی لازم و بررسی همه جانبه داشته باشند.

۵. تیم پرسشگری شهرستان به منظور تکمیل پرسشنامه به منزل متوفی و هر یک از واحدهای بهداشتی- درمانی که مرگ درآنجا اتفاق افتاده است مانند بیمارستان یا مطب مراجعه کرده، پرسشنامه را تکمیل می کند. تیم پرسشگری شهرستان باید **پرسشنامه های ب ،ج و ه** را مطابق با دستورالعمل نحوه تکمیل آن برای هرکودک متوفی حداکثر طی مدت ۱۵ روزتکمیل کند.

۶. بعداز انجام پرسشگری و تکمیل پرسشنامه های مربوطه، اطلاعات جمع آوری شده توسط مسوول بررسی مرگ کودکان درشهرستان وارد **نرم افزار** می شود سپس **گروه کاری در** شهرستان **با مسوولیت سلامت خانواده شهرستان** تشکیل می شود و مداخلات استخراج شده و اطلاعات بدست آمده از پرسشنامه ها، نتایج پایش و ارزشیابی برنامه های سلامت کودکان و پرونده های بهداشتی مراقبت از کودک فوت شده را بررسی کرده و لیست پیشنهادی مداخلات مرگ کودکان و همچنین لیست مشکلات بدست آمده را برای دستور جلسه در کمیته آماده می کنند.

مسوول گروه کاری درشهرستان، مسوول سلامت خانواده شهرستان می باشد که اعضای مناسب برای گروه کاری را انتخاب می کند. حداقل اعضای کار گروه شهرستان شامل مسوول سلامت خانواده، یک نماینده از واحد بیماری ها، یک پزشک فعال درتیم بررسی مرگ ، کارشناس برنامه کودکان و کارشناس مسوول بررسی مرگ می باشد.

مسوول تشکیل کمیته درشهرستان، رییس شبکه بهداشت ودرمان شهرستان می باشد که اعضای مناسب برای کمیته را انتخاب و ابلاغ آن را صادرمی کند. شرح وظایف کمیته شهرستانی و لیست حداقل افرادی که باید درکمیته حضور فعال داشته باشند در ادامه مشخص شده است.

در صورتیکه مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه طی مدت ذکر شده برای تشکیل کمیته در شهرستان‌اتفاق نیافتاده است یا لیست مداخلاتی از مرگ های اتفاق افتاده، استخراج نشده است اطلاعات باید براساس پایش وارزیابی برنامه های کودکان و پرونده های بهداشتی مراقبت از کودک فوت شده درشهرستان استخراج شود ودر کمیته مطرح گردد.

۷. لیست پیشنهادی مداخلات توسط **مسوول سلامت خانواده** برای اعضای کمیته قرائت شود و اعضای کمیته لازم است که آن را مورد بحث و بررسی قرار دهند و درصورت 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 ازشهرستان‌است، مراتب باید در اسرع وقت به مسوول بررسی مرگ کودکان معاونت بهداشتی گزارش گردد.

۸. پس از مصوب شدن مداخلات و تعیین مسوول اجرای آن درکمیته، باید به هربخش یا سطحی که متولی مداخله شناخته شده است ابلاغ و با امضای رییس کمیته ارسال گردد.

۹. هربخش یا سطحی که متولی مداخله شناخته شده است باید فعالیت های اجرایی مداخله مصوب شده را مشخص و در موعد مقرر به کمیته تحویل دهد.

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

۱۱. 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 تفضیلی وارد شود.

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

۱۳. نتیجه فعالیت های انجام شده همراه با نتایج حاصل از پایش و ارزیابی در آغاز هر جلسه کمیته باید توسط **مسوول سلامت خانواده** خوانده شود.

۱۴. **مسوول بررسی مرگ کودکان شهرستان باید حداقل** هر ۶ ماه ازکلیه بیمارستانهای تابعه شهرستان یک بازدید با چک لیست پایش بیمارستان داشته باشد و عملکرد تیم پرسشگری بیمارستان را براساس اطلاعات جمع آوری شده در پرسشنامه ارزیابی کرده و پسخوراند حاصل از ارزیابی را درفرآیند های بعدی اعمال نماید.

ترکیب و شرح وظایف کمیته شهرستانی کاهش مرگ و میر کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه

اعضاء کمیته:

۱- ریاست شبکه بهداشت و درمان شهرستان
۲- ریاست مرکز بهداشت شهرستان
۳- مسوول بهداشت خانواده
۴- یک نفر متخصص کودکان
۵- حداقل یک نفر از مترون بیمارستانهای تابعه شهرستان
۶- کارشناس مسوول بررسی مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه شهرستان
۷- مسوول واحد آمار شهرستان
۸- مسوول گسترش شبکه برحسب نیاز
۹- رئیس کمیته های بیمارستانی برحسب نیاز
۱۰-مسوول مبارزه بابیماریها برحسب نیاز
۱۱-مسوول سازمان‌های خارج دانشگاه بر حسب نیاز

روش انجام کار :

۱- جلسات کمیته باید بطور مرتب و حداقل هر **۳** ماه یک بار تشکیل گردد.
۲- ریاست کمیته را رئیس شبکه بهداشت و درمان شهرستان عهده دار خواهد بود.
۳- دبیر کمیته توسط رئیس شبکه و از بین اعضاء جلسه (ترجیحاً مسوول سلامت خانواده) انتخاب خواهد شد.
۴- 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 ۱- 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 :

۱- بحث و بررسی لیست پیشنهادی مداخلات مرگ کودکان۱ تا ۵۹ ماهه شهرستان که بر اساس پرسشنامه های تکمیل شـده، نتـایج پایش و ارزشیابی برنامه های سلامت کودکان و پرونده های بهداشتی مراقبت از کودک فوت شده استخراج شده و ارائه پیشنهاد ها و گزارشات ارسال شده از بیمارستان ها.

۲- مصوب کردن مداخلات بر اساس اطلاعات بدست آمده.

۳- تعیین بخش یا سطح مداخله کننده و سقف زمانی برای اجرای مداخله.

۴- ابلاغ اجرای مداخله به سطح تعیین شده.

۵- تعیین مسئول پیگیری و نظارت بر نحوه اجرای مداخلات تصویب شده در شهرستان.

۶- ارائه پیشنهاد به کمیته معاونت بهداشتی بررسی مرگ و میرکودکان برای پیگیری مداخلات شهرستانی در سطح معاونت و در صورت نیاز ارائه در کمیته دانشگاه

۷- نظارت بر تشکیل و حسن اجرای وظایف کمیته های بیمارستانی بررسی مرگ و میر کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه .

۸- جلب همکاری های بین بخشی

وظایف رئیس کمیته :

۱- صدور ابلاغ اعضا

۲- اداره جلسات کمیته

۳- تقسیم کار و تعیین وظایف اعضاء کمیته

۴- تشکیل کمیته های فرعی کارشناسی

۵- تایید صورتجلسه کمیته و ابلاغ آن

۶- تعیین دبیر کمیته

وظایف دبیر کمیته :

۱- تهیه دستور جلسه با هماهنگی ریاست کمیته

۲- ارسال دعوت نامه ها، پیگیری برای تشکیل جلسات و ارسال صورتجلسات

۳- فراهم نمودن تدارکات لازم و مورد نیاز برای تشکیل جلسه کمیته

۴- گزارش حضور و غیاب اعضاء به ریاست جلسه

۵- پیگیری مصوبات کمیته و وظایفی که برای اعضاء کمیته تعیین شده است

۶- ارائه لیست مداخلات پیشنهادی در گروه کاری شهرستان و آماده سازی دستور کار کمیته بر اساس پیشنهادات تأیید شده

معاونت بهداشت

شرح مراحل گردش کار بررسی مرگ کودک در دانشگاه:

۱. **مسئول بررسی مرگ کودکان ۱تا۵۹ ماهه دانشگاه** گزارش فعالیت ها و نتیجه مداخلات انجام شده در شهرستان ها و معاونت ها (معاونت درمان و بهداشت) راهمراه با نتایج حاصل از پایش و ارزیابی در پایان هر فصل جمع بندی می کند و یک نسخه از اطلاعات جمع بندی شده را به مسوول بررسی مرگ کودکان داخل بیمارستانی و یک نسخه دیگر را به مسوول بررسی مرگ کودکان خارج بیمارستانی تحویل می دهد.

2. **مسوول بررسی مرگ کودکان داخل بیمارستانی** مداخلات استخراج شده و اطلاعات بدست آمده ازشهرستانها را به کمک گروه کاری در معاونت درمان مورد بررسی قرارداده و لیست پیشنهادی مداخلات مرگ کودکان داخل بیمارستانی و همچنین لیست مشکلات بدست آمده را برای دستور جلسه در کمیته معاونت درمان آماده می کند.

۳. **مسوول بررسی مرگ کودکان خارج بیمارستانی** مداخلات استخراج شده از نرم افزار و اطلاعات بدست آمده از شهرستانها را به کمک **گروه کاری در معاونت** بهداشتی مورد بررسی قرارداده و لیست پیشنهادی مداخلات مرگ کودکان خارج بیمارستانی و همچنین لیست مشکلات بدست آمده را برای دستور جلسه در کمیته معاونت بهداشتی آماده می کند.

۴. **مسوول بررسی مرگ کودکان دانشگاه** مداخلات و اطلاعات بدست آمده ازشهرستانها و معاونت ها را به کمک گروه کاری(مسولین بررسی مرگ داخل وخارج بیمارستانی) مورد بررسی قرارداده و لیست پیشنهادی مداخلات مرگ کودکان دانشگاه و همچنین لیست مشکلات بدست آمده را برای دستور جلسه در کمیته دانشگاه آماده می کند.

معاون درمان دانشگاه مسوول کمیته بررسی مرگ کودکان درمعاونت درمان است.

معاون بهداشت دانشگاه مسوول کمیته بررسی مرگ کودکان درمعاونت بهداشت است.

رییس دانشگاه، مسوول کمیته دانشگاهی بررسی مرگ کودکان است.

۵. لیست پیشنهادی مداخلات توسط مسوول بررسی مرگ برای اعضای کمیته قرائت شود و اعضای کمیته لازم است که آن را، مورد بحث و بررسی قرار دهند و درصورت تصویب نوع مداخله، بخش یا سطح مداخله کننده و سقف زمانی برای اجرای مداخله را مشخص نمایند در صورتی که پس از بررسی مشخص شود که یکی از سطوح مداخله کننده خارج ازسطح معاونت است، مراتب باید در اسرع وقت به مسوول بررسی مرگ کودکان دانشگاه گزارش گردد و اگر در کمیته دانشگاهی مشخص شود که یکی از سطوح مداخله کننده خارج ازسطح استان است، مراتب باید در اسرع وقت به مسوول کشوری بررسی مرگ کودکان گزارش گردد.

۶. پس از مصوب شدن مداخلات وتعیین مسوول اجرای آن درکمیته، باید به هربخش یا سطحی که متولی مداخله شناخته شده است ابلاغ و با امضای رییس کمیته ارسال گردد.

۷. هربخش یا سطحی که متولی مداخله درون سازمانی(یا پیگیری های مداخله های خارج سازمانی) شناخته شده است باید فعالیت های اجرایی مداخله مصوب شده را مشخص ودر موعد مقرر به کمیته تحویل دهد.

۸. 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 جهت ارائه به کمیته ارسال شود.

۹. در طول اجرا، برنامه باید مورد پایش و ارزیابی قرار گیرد تا میزان موفقیت و نقاط ضعف احتمالی آن مشخص شود

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

۱۱. نتیجه فعالیت های انجام شده همراه با نتایج حاصل از پایش و ارزیابی در آغاز جلسات کمیته باید توسط مسوول بررسی مرگ خوانده شود.

۱۲ . **مسوول بررسی مرگ کودکان داخل بیمارستانی** باید **سالی ۱ بار** از کلیه بیمارستانهای تابعه شهرستان و مرکز استان براساس چک لیست پایش بیمارستان بازدید داشته باشد و عملکرد بررسی مرگ در بیمارستان ها را ارزیابی کرده و پسخوراند حاصل از ارزیابی را درفرآیند های بعدی اعمال نمایند.

۱۳. **مسوول بررسی مرگ کودکان خارج بیمارستانی** باید **سالی ۲ بار** از کلیه شهرستان ها براساس چک لیست پایش شهرستان بازدید داشته باشد و عملکرد بررسی مرگ درشهرستان ها را ارزیابی کرده و پسخوراند حاصل از ارزیابی را درفرآیند های بعدی اعمال نمایند.

۱۴. مسوول بررسی مرگ کودکان دانشگاه باید حداقل ۱ بازدید سالانه از بیمارستانها و شهرستانها با چک لیست پایش بیمارستان و شهرستان داشته باشد و عملکرد بررسی مرگ در شهرستان ها و بیمارستان ها را ارزیابی کرده و پسخوراند حاصل از ارزیابی را درفرآیند های بعدی اعمال نمایند.

ترکیب و شرح وظایف کمیته معاونت درمان بررسی مرگ و میر کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه

اعضاء کمیته :

۱- معاون درمان دانشگاه
۲- مدیر نظارت و اعتبار بخشی
۳- مدیر اقتصاد درمان، استانداردها و فن‌آوری سلامت(یا نماینده تام الاختیار)
۴- مدیر حوادث و فوریتهای پزشکی(یا نماینده تام الاختیار)
۵- مدیر/ رئیس اداره پرستاری
۶- رئیس اداره مامایی
۷- رئیس اداره ارتقاء خدمات درمانی
۸- کارشناس بررسی مرگ داخل بیمارستانی کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه
۹- ۲ نفر متخصص کودکان (از اعضاء هیات علمی گروه اطفال با معرفی مدیر گروه)
۱۰- یک نفر متخصص زنان و زایمان (از اعضاء هیات علمی گروه زنان و زایمان با معرفی مدیر گروه)
۱۱- کارشناس بررسی مرگ دانشگاهی کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه
۱۲- رئیس کمیته های بیمارستانی برحسب نیاز
۱۳- یک نفر از مترون بیمارستانهای تابعه شهرستان برحسب نیاز
۱۴- مسوول نظارت برآزمایشگاهها برحسب نیاز
۱۵- مسوول تجهیزات پزشکی برحسب نیاز

*** اعضای مهمان بر اساس دستور جلسات تعیین و به اعضاء اضافه می شوند.**

روش انجام کار :

۱- جلسات کمیته باید بطور مرتب و حداقل هر **۶ ماه** یک بار تشکیل گردد.
۲- ریاست کمیته را معاون درمان دانشگاه عهده دار خواهد بود .
۳- دبیر کمیته توسط معاون درمان دانشگاه و از بین اعضاء جلسه انتخاب خواهد شد.

تبصره۱ – 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 است .

وظایف اعضاء کمیته :

۱- بررسی شاخص های دانشگاهی، بیمارستانی، گزارشات و پیشنهادات ارسال شده از بیمارستان ها و طراحی مداخلات

۲- مصوب کردن مداخلات بر اساس اطلاعات بدست آمده

۳- تعیین بخش یا سطح مداخله کننده و سقف زمانی برای اجرای مداخله

۴- ابلاغ اجرای مداخله به سطح تعیین شده

۵- تعیین مسوول پیگیری و نظارت بر نحوه اجرای مداخلات تصویب شده

۶- ارائه پیشنهاد به کمیته دانشگاهی بررسی مرگ و میرکودکان برای اجرای مداخلات تصویب شده در سطح دانشگاه

۷- نظارت بر تشکیل و حسن اجرای وظایف کمیته های بیمارستانی بررسی مرگ و میر کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه

۸- جلب همکاری های بین بخشی

وظایف رئیس کمیته :

۱- صدور ابلاغ اعضا

۲- اداره جلسات کمیته

۳- تقسیم کار و تعیین وظایف اعضاء کمیته

۴- دستور تشکیل کمیته های فرعی کارشناسی

۵- تایید صورتجلسه کمیته و ابلاغ آن

۶- تعیین دبیر کمیته

وظایف دبیر کمیته :

۱- تهیه دستور جلسه با هماهنگی ریاست کمیته

۲- ارسال دعوت نامه ها، پیگیری برای تشکیل جلسات و ارسال صورتجلسات

۳- فراهم نمودن تدارکات لازم و مورد نیاز برای تشکیل جلسه کمیته

۴- گزارش حضور و غیاب اعضاء به ریاست جلسه

۵- پیگیری مصوبات کمیته و وظایفی که برای اعضاء کمیته تعیین شده است

۶- تهیه و ارسال گزارش مصوبات کمیته و مداخلات صورت گرفته هر ۶ ماه یکبار به ستاد مرکزی

معاونت بهداشت

ترکیب و شرح وظایف کمیته معاونت بهداشت بررسی مرگ و میر کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه

اعضاء کمیته :

۱- معاون بهداشتی دانشگاه

۲- معاون فنی

۳- معاون اجرایی

۴- مدیرگروه سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

۵- مدیر گروه گسترش شبکه

۶- کارشناس مسوول واحد سلامت کودکان معاونت بهداشتی

۷- کارشناس مسوول واحد آمار معاونت بهداشتی

۸- مسوول بررسی مرگ خارج بیمارستانی کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه

۹- کارشناس بررسی مرگ دانشگاهی کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه

۱۰-مدیرگروه بیماریها برحسب نیاز

۱۱-مدیرگروه یا مسوول بهداشت محیط و حرفه ای برحسب نیاز

۱۲-رئیس کمیته های مرگ کودکان شهرستان برحسب نیاز

۱۳-یک نفر متخصص کودکان برحسب نیاز

۱۴-مسوول سازمان‌های خارج دانشگاه بر حسب نیاز

روش انجام کار :

۱- جلسات کمیته باید بطور مرتب و حداقل هر ۶ ماه یک بار تشکیل گردد.

۲- ریاست کمیته را معاون بهداشتی دانشگاه عهده دار خواهد بود.

۳- دبیر کمیته توسط معاون بهداشتی دانشگاه و از بین اعضاء جلسه (ترجیحاً کارشناس بررسی مرگ کودکان خارج بیمارستانی) انتخاب خواهد شد.

تبصره ۱ – 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 :

۱- بررسی شاخص های دانشگاهی، شهرستانی، گزارشات و پیشنهادات ارسال شده از شهرستانها و طراحی مداخلات

۲- مصوب کردن مداخلات بر اساس اطلاعات بدست آمده

۳- تعیین بخش یا سطح مداخله کننده و سقف زمانی برای اجرای مداخله

۴- ابلاغ اجرای مداخله به سطح تعیین شده

۵- تعیین مسوول پیگیری و نظارت بر نحوه اجرای مداخلات تصویب شده

۶- ارائه پیشنهاد به کمیته دانشگاهی بررسی مرگ و میرکودکان برای اجرای مداخلات قابل اجرا در سطح دانشگاه

۷- نظارت بر تشکیل و حسن اجرای وظایف کمیته های شهرستانی بررسی مرگ و میر کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه

۸- جلب همکاری های بین بخشی

وظایف رئیس کمیته :

۱- صدور ابلاغ اعضا
۲- اداره جلسات کمیته
۳- تقسیم کار و تعیین وظایف اعضاء کمیته
۴- تشکیل کمیته های فرعی کارشناسی
۵- تایید صورتجلسه کمیته و ابلاغ آن
۶- تعیین دبیر کمیته

وظایف دبیر کمیته :

۱- تهیه دستور جلسه با هماهنگی ریاست کمیته
۲- ارسال دعوت نامه ها، پیگیری برای تشکیل جلسات و ارسال صورتجلسات
۳- فراهم نمودن تدارکات لازم و مورد نیاز برای تشکیل جلسه کمیته
۴- گزارش حضور و غیاب اعضاء به ریاست جلسه
۵- پیگیری مصوبات کمیته و وظایفی که برای اعضاء کمیته تعیین شده است .
۶- تهیه و ارسال گزارش مصوبات کمیته و مداخلات صورت گرفته هر ۶ ماه یکبار به ستاد مرکزی

معاونت بهداشت

ترکیب و شرح وظایف کمیته دانشگاهی بررسی مرگ و میر کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه

اعضاء کمیته :

۱- ریاست دانشگاه (ریاست کمیته)

۲- معاون درمان دانشگاه

۳- معاون بهداشتی دانشگاه

۴- معاون فنی مرکز بهداشت استان

۵- معاون آموزشی دانشگاه

۶- رئیس دانشکده پزشکی

۷- رئیس دانشکده پرستاری و مامایی

۸- مدیر گروه کودکان دانشگاه

۹- مدیر امور بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی

۱۰-رئیس اداره پرستاری

۱۱-رئیس اداره مامایی

۱۲-رئیس دانشکده بهداشت

۱۳-مدیرگروه سلامت خانواده (معاونت بهداشتی)

۱۴-کارشناس بررسی مرگ خارج بیمارستانی کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه

۱۵-کارشناس بررسی مرگ داخل بیمارستانی کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه

۱۶- یک نفر فوق تخصص نوزادان (از اعضاء هیات علمی گروه کودکان با معرفی مدیر گروه و تأیید رئیس دانشکده)

۱۷- یک نفر متخصص کودکان (از اعضاء هیات علمی گروه کودکان با معرفی مدیر گروه و تأیید رئیس دانشکده)

۱۸- یک نفر متخصص زنان و زایمان (از اعضاء هیات علمی گروه زنان با معرفی مدیر گروه و تأیید رئیس دانشکده)

روش انجام کار :

۱- جلسات کمیته باید بطور مرتب و حداقل هر ۶ ماه یک بار تشکیل گردد.

۲- ریاست کمیته را ریاست دانشگاه عهده دار خواهد بود .

۳- دبیر کمیته توسط ریاست دانشگاه و از بین اعضاء جلسه (ترجیحاً یکی از معاونین) انتخاب خواهد شد.

تبصره ۱- جلسه با حضور بیش از دو سوم اعضاء رسمیت پیدا می‌کند.

تبصره۲ – 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 است .

وظایف اعضاء کمیته :

۱- بررسی شاخص های دانشگاهی، شهرستانی، گزارشات و پیشنهادات ارسال شده از معاونت ها، شهرستانها و طراحی مداخلات

۲- تعیین بخش یا سطح مداخله کننده و سقف زمانی برای اجرای مداخله

۳- ابلاغ اجرای مداخله به سطح تعیین شده

۴- تعیین مسوول پیگیری و نظارت بر نحوه اجرای مداخلات تصویب شده

۵- ارائه پیشنهاد به کمیته کشوری بررسی مرگ و میرکودکان برای بررسی مداخلات تصویب شده در سطح ستاد دانشگاه ها

۶- نظارت بر تشکیل و حسن اجرای وظایف کمیته های شهرستانی و بیمارستانی بررسی مرگ و میر کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه
۷- جلب همکاری های بین بخشی

وظایف رئیس کمیته :

۱- صدور ابلاغ اعضا
۲- اداره جلسات کمیته
۳- تقسیم کار و تعیین وظایف اعضاء کمیته
۴- تشکیل کمیته های فرعی کارشناسی
۵- تایید صورتجلسه کمیته و ابلاغ آن
۶- تعیین دبیر کمیته

وظایف دبیر کمیته :

۱- تهیه دستور جلسه با هماهنگی ریاست کمیته
۲- ارسال دعوت نامه ها، پیگیری برای تشکیل جلسات و ارسال صورتجلسات
۳- فراهم نمودن تدارکات لازم و مورد نیاز برای تشکیل جلسه کمیته
۴- گزارش حضور و غیاب اعضاء به ریاست جلسه
۵- پیگیری مصوبات کمیته و وظایفی که برای اعضاء کمیته تعیین شده است
۶- تهیه و ارسال گزارش مصوبات کمیته و مداخلات صورت گرفته هر ۶ ماه یکبار به ستاد مرکزی

معاونت بهداشت

نمونه پرسشنامه های سوانح و حوادث

و ناهنجاری مادرزادی

معاونت بهداشت

باسمه تعالی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

سناریوی مرگ کودکان زیر ۵ سال ناشی از حوادث ترافیکی

نام و نام خانوادگی :	نام پدر :	نام مادر :	
تاریخ تولد :	تاریخ فوت :	سن کودک به ماه :	کد ملی کودک :
سن پدر :	تحصیلات پدر :	سن مادر :	تحصیلات مادر :
شهرستان‌محل سکونت :	منطقه (شهر / روستا) :		
آدرس محل سکونت :	تلفن تماس :		
وضعیت زندگی با والدین :			
الف) زندگی با پدر و مادر	ب) زندگی با مادر	ج) زندگی با پدر	
د) زندگی با سایر افراد خانواده و بستگان	ذ) مراکز نگهداری و حمایتی	ر) سایر (با ذکر نام)	
۱) تاریخ وقوع حادثه :	۲) ساعت وقوع :		
۳) مکان وقوع حادثه :			
الف) خیابان و معابر داخل شهر	ب) بزرگراه داخل شهری		
ج) جاده بین شهری	د) بزرگراه خارج شهر		
ذ) معابر داخل روستا	ر) جاده روستایی		
ز) سایر (با ذکر نام)			
۴) وضعیت فرد در زمان وقوع حادثه :			
الف) عابر پیاده	ب) سرنشین صندلی جلو بدون همراه		
ج) سرنشین صندلی جلو در آغوش مادر یا فرد بزرگسال	د) سرنشین صندلی جلو با بستن کمربند ایمنی یا قرار گرفتن در صندلی ایمن		
ذ) سرنشین صندلی پشت‌بدون همراه	ر) سرنشین صندلی عقب در آغوش مادر یا‌فرد بزرگسال		
ز) سرنشین صندلی عقب با بستن کمربند ایمنی یا قرار گرفتن در صندلی ایمن	ژ) سرنشین در پشت کامیون –وانت		
س) سرنشین موتورسیکلت	ش) سایر (با ذکر نام)		
۵) نوع وسیله نقلیه :			
الف) دوچرخه	ب) موتورسیکلت	ج) سواری (با ذکر نام)	
د) وانت	ذ) کامیون	ر) تراکتور	
ز) مینی بوس	ژ) اتوبوس	س) سایر با ذکر نام	

۶) نوع حادثه :

الف –عابر پیاده	تصادف در سواره‌روی بزرگراه یا جاده خارج شهر	تصادف در سواره روی خیابانهای معمولی	تصادف در پیاده رو یا حاشیهٔ خیابان یا جاده
	سایر (شرح داده شود)	نمی داند	
ب - راکب دو چرخه یا موتور	سقوط از روی دوچرخه یا موتور به دلیل مشکلات وسیله ، اشکال جاده یا عدم دقت راننده(وسیله در حال حرکت باشد)	برخورد با دیوار یا وسیله ثابت در مقابل	برخورد با یک وسیله متحرک
	سقوط یا برخورد در زمان انجام عملیات نمایشی	وسیله ثابت بوده ولی یک وسیله متحرک دیگر با آن تصادف کرده	سایر (شرح داده شود)
	نمی‌داند		
ج - مسافر (سه چرخ، چهارچرخ و بالاتر)	خروج از جاده به علت عیب وسیله یا جاده یا عدم دقت / سرعت غیرمجاز	برخورد با دیوار یا وسیله ثابت در مقابل	برخورد با یک وسیله متحرک از روبرو
	افتادن از درون وسیله متحرک به بیرون	چپ شدگی، وارونگی یا قیچی کردن در درون جاده	وسیله ثابت بوده ولی یک وسیله متحرک دیگر با آن برخوردکرده
	سایر حالات	نمی‌داند	

۷) مکان فوت را مشخص نمایید:			
الف) هنگام حادثه	ب) در راه انتقال	ج) در مراکز درمانی	د) سایر (با ذکر نام)

۸) چگونگی بروز حادثه بطور مختصر شرح داده شود.

۹) درصورتی که کودک عابر بوده است آیا هنگام بروز حادثه کسی همراه او بوده است؟	الف) بلی	ب) خیر
۱۰) در صورت بلی این فرد بزرگسال بوده است؟	الف) بلی	ب) خیر

۱۱) در صورتی که پاسخ سوال قبل بلی است فرد بزرگسال چه نسبتی با کودک داشته است؟				
الف) مادر	ب) پدر	ج) خواهر یا برادر	د) مراقب کودک	ه) سایر (با ذکر نام)

۱۲) نحوه خروج فرد مصدوم از محل بروز حادثه :			
الف) توسط گروه آموزش دیده امداد و نجات	ب) سرنشین سایرخودروها	ج) خود فرد (خانواده)	د) سایر (با ذکر نام)

۱۳) مدت زمان طی شده برای انتقال فرد به اولین مرکز درمانی (از زمان وقوع حادثه تا رسیدن به اولین واحد درمانی به ساعت و دقیقه)		
۱۴) آیا مادر یا مراقب اصلی در خصوص نحوه پیشگیری از سوانح و حوادث ترافیکی در کودکان آموزش دیده اند؟	بلی	خیر

۱۵) در صورت دریافت، آموزش از چه طریقی بوده است؟				
الف) صدا و سیما	ب) بهورز	ج) مراقب سلامت بجز بهورز	د) جراید ، مجله و...	ه) سایر (با ذکر نام)

۱۶) آیا این کودک قبلا نیز دچار حادثه ای **(ترافیکی یا غیرترافیکی)** شده که منجر به دریافت اقدامات در مراکز بهداشتی درمانی یا بیمارستان شده باشد؟ ذکر نام حادثه؟ **(در صورتی که کودک سابقه مشکلات رفتاری داشته که در بروز حادثه موثر بوده است در این سوال عنوان شود)**

۱۷) آیا در این خانوار تا کنون به جز این کودک، کودک دیگری نیز دچار حادثه **(ترافیکی یا غیرترافیکی)** شده که منجر به دریافت اقدامات در مرکز بهداشتی درمانی یا بیمارستانی شود؟ ذکر نام حادثه؟ **(در صورت وجود سابقه مشکلات رفتاری پدر و مادر که در بروز حادثه برای کودکانشان موثر بوده است در این سوال عنوان شود)**

۱۸) از نظر شما عامل بروز حادثه چه بوده است؟		
الف) تخلف راننده خودرو	ب) تخلف راننده مقابل	ج) نقص فنی اتومبیل
د) مشکلات خیابان یا جاده (وجود دست انداز ، دید ناکافی ، باریک بودن جاده ، نامناسب بودن پیاده رو)		ه) سایر (با ذکر نام)

۱۹) آیا اقدامات اولیه انجام شده در محل بروز حادثه کامل بوده است؟ **(منظور رفتار خانواده و اطرافیان از نظر زمانی و نیز از نظر نوع اقدام است)**	
بلی	خیر **(همراه با توضیح)**

۲۰) آیا اقدامات اولیه انجام شده در محل بروز حادثه صحیح بوده است؟ **(منظور رفتار خانواده و اطرافیان از نظر زمانی و نیز از نظر نوع اقدام است)**	
بلی	خیر **(همراه با توضیح)**

۲۱) کودک، دچار چه آسیبهایی بوده است؟			
الف) شکستگی جمجمه	ب) شکستگی استخوانهای صورت	ج) شکستگی ستون فقرات	د) سایر (با ذکر نام)

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده : **سمت :** **تاریخ تکمیل :**

در تکمیل پرسشنامه فوق توجه به نکات ذ ضروری است :

۱) سوالات به نحوی تدوین شده است که پاسخ سوالات ۱۷-۱ بر اساس نظرات مصاحبه شونده و سوالات ۲۱-۱۸ بر اساس نظرات مصاحبه کننده تکمیل می شود.

۲) پرسشگر در پاسخ به سوالات ۱۶ و ۱۷ ضمن ثبت نظرات مصاحبه شونده، بر اساس اطلاعات کسب کرده می تواند به وجود مشکلات رفتاری خاص در کودکان مانند بیش فعالی یا سابقه مشکلات رفتاری والدین شبیه کودک آزاری اشاره نماید.

۳) ملاک قضاوت در مورد صحیح و کامل بودن اقدامات انجام شده در سوالات ۱۹ و ۲۰، براساس رفرنس های آموزشی احیای پایه کودکان و شیرخواران (برای پرسنل بهداشتی، درمانی و مراقبین بهداشتی) و بوکلت چارت کودک مصدوم خواهد بود.

۴) این پرسشنامه در موارد مرگ داخل بیمارستانی توسط کارشناس نظام مرگ بیمارستان و در موارد مرگ خارج بیمارستانی توسط کارشناس سلامت کودکان شهرستان تکمیل می گردد، لازم است فایل پرسشنامه تکمیل شده به معاونت های درمان (مرگ های داخل بیمارستانی) و بهداشت (مرگ های خارج بیمارستانی) ارسال شود. سپس اطلاعات جمع بندی شده دانشگاه توسط ایشان، به صورت فصلی بر روی سامانه بارگذاری گردد.

معاونت بهداشت

باسمه تعالی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

سناریوی مرگ کودکان زیر ۵ سال ناشی از حوادث غیر ترافیکی

نام و نام خانوادگی :	نام پدر :	نام مادر :	
تاریخ تولد :	تاریخ فوت :	سن کودک به ماه :	کد ملی کودک :
سن پدر :	تحصیلات پدر :	سن مادر :	تحصیلات مادر :
شهرستان‌محل سکونت :	منطقه (شهر / روستا) :		
آدرس محل سکونت :	تلفن تماس :		

وضعیت زندگی با والدین :

الف) زندگی با پدر و مادر	ب) زندگی با مادر	ج) زندگی با پدر
د) زندگی با سایر افراد خانواده و بستگان	ذ) مراکز نگهداری و حمایتی	ر) سایر (با ذکر نام)

۱) نوع حادثه : سقوط □ سوختگی □ مسمومیت □ غرق شدگی □ خفگی □ برخورد جسم خارجی □ سایر با ذکر نام □

۲) تاریخ وقوع حادثه :	۳) ساعت وقوع :

۴) مکان وقوع حادثه :

الف) داخل محل مسکونی محل زندگی کودک	ب) داخل محل مسکونی غیر از محل زندگی کودک
ج) محیط آموزشی یا نگهداری موقت کودک (مهد کودک و...) با ذکر نام مکان.	د) در محیط تفریحی (پارک، رستوران، باشگاه، سینما، استخر و .....) با ذکر محل وقوع . . . . .
ذ) در رودخانه و دریا با ذکر محل وقوع	ر) در سایر محیط ها با ذکر نام مکان.....

۵) در هنگام حادثه کودک چه فعالیتی داشته است؟	الف) هنگام بازی	ب) استراحت	ج) سایر (با ذکر نام)
۶) در هنگام بروز حادثه کسی حضور داشته است؟	الف) بلی	ب) خیر	
۷) در صورت بلی این فرد بزرگسال بوده است؟	الف) بلی	ب) خیر	

۸) در صورتی که پاسخ سوال قبل بلی است فرد بزرگسال چه نسبتی با کودک داشته است؟

الف) مادر	ب) پدر	ج) خواهر یا برادر	د) مراقب کودک	ه) سایر (با ذکر نام)

۹) چگونگی بروز حادثه بطور مختصر شرح داده شود؟

۱۰) اولین اقدامات انجام شده برای کودک حادثه دیده چه بوده است؟

۱۱) نحوه خروج فرد مصدوم از محل بروز حادثه :

الف) توسط گروه آموزش دیده امداد و نجات	ب) افراد عادی	ج) خود فرد (خانواده)	د) بستگان	ه) سایر (با ذکر نام)

۱۲) در صورت خروج مصدوم توسط گروه امداد و نجات، حضور آنان در محل چند دقیقه پس از کسب خبر بوده است؟

۱۳) مکان فوت را مشخص نمایید :

الف) در محل حادثه	ب) در راه انتقال	ج) در مرکز درمانی	د) منزل	ه) سایر (با ذکر نام)

۱۴) آیا مادر یا مراقب اصلی در خصوص نحوه پیشگیری از سوانح و حوادث در کودکان آموزش دیده اند؟	بلی	خیر

۱۵) در صورت دریافت آموزش از چه طریقی بوده است؟

الف) صدا و سیما	ب) بهورز	ج) کارمند بهداشتی بجز بهورز	د) جراید ، مجله و...	ه) سایر (با ذکر نام)

۱۶) آیا این کودک قبلا نیز دچار حادثه ای **(سقوط ، سوختگی ، مسمومیت و...)** شده که منجر به دریافت اقدامات در مراکز بهداشتی درمانی یا بیمارستانی شده باشد؟ ذکر نام حادثه ؟ **(در صورتی که کودک سابقه مشکلات رفتاری داشته که در بروز حادثه موثر بوده است در این سوال عنوان شود)**

۱۷) آیا در این خانوار تاکنون به جز این کودک ، کودک دیگری نیز دچار حادثه **(سقوط ، سوختگی ، مسمومیت و...)** شده که منجر به دریافت اقدامات در مرکز بهداشتی درمانی یا بیمارستانی شود؟ ذکر نام حادثه؟ **(در صورت وجود سابقه مشکلات رفتاری پدر و مادر که در بروز حادثه برای کودکانشان موثر بوده است در این سوال عنوان شود)**

۱۸) از نظر شما عامل بروز حادثه چه بوده است؟

الف) عدم وجود ایمنی فضای داخل منزل	ب) عدم وجود ایمنی فضای اطراف منزل	ج) عدم وجود ایمنی در محیط تفریحی
د) بی توجهی مراقب کودک	ه) سایر (با ذکر نام)	

۱۹) آیا اقدامات اولیه انجام شده در محل بروز حادثه کامل بوده است؟ **(منظور رفتار خانواده و اطرافیان از نظر زمانی و نیز از نظر نوع اقدام است برای مثال اقدام در مورد مسمومیتها یا غرق شدگی)**

بلی	خیر **(با ذکرتوضیح)**

۲۰) آیا اقدامات اولیه انجام شده در محل بروز حادثه صحیح بوده است؟ **(منظور رفتار خانواده و اطرافیان از نظر زمانی و نیز از نظر نوع اقدام است برای مثال اقدام در مورد مسمومیتها یا غرق شدگی)**

بلی	خیر **(با ذکرتوضیح)**

۲۱) کودک، دچار چه آسیبهایی بوده است؟

الف) شکستگی	ب) خونریزی	ج) سوختگی	د) خفگی	ه) سایر (با ذکر نام)

۲۲) نواقص محل زندگی، بازی، محیط آموزشی و... کودک در رابطه با این حادثه چه بوده است؟ **(فیزیکی و ایمن ساختن محل نگهداری، استراحت و بازی کودک)**

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده : **سمت :** **تاریخ تکمیل :**

در تکمیل پرسشنامه فوق توجه به نکات ذیل ضروری است :

۱) سوالات به نحوی تدوین شده است که پاسخ سوالات ۱۷-۱ بر اساس نظرات مصاحبه شونده و سوالات ۲۲-۱۸ بر اساس نظرات مصاحبه کننده تکمیل می شود.

۲) پرسشگر در پاسخ به سوالات ۱۶ و ۱۷ ضمن ثبت نظرات مصاحبه شونده، بر اساس اطلاعات کسب کرده می تواند به وجود مشکلات رفتاری خاص در کودکان مانند بیش فعالی یا سابقه مشکلات رفتاری والدین شبیه کودک آزاری اشاره نماید.

۳) ملاک قضاوت در مورد صحیح و کامل بودن اقدامات انجام شده در سوالات ۱۹ و ۲۰، براساس رفرنس های آموزشی احیای پایه کودکان و شیرخواران (برای پرسنل بهداشتی، درمانی و مراقبین بهداشتی) و بوکلت چارت کودک مصدوم خواهد بود.

۴) در سوال ۲۱ ضمن ثبت نوع آسیب وارده به کودک، جزئیات آسیب وارد شده نیز بر حسب مورد ثبت گردد.

۵) این پرسشنامه در موارد مرگ داخل بیمارستانی توسط کارشناس نظام مراقبت مرگ بیمارستان و در موارد مرگ خارج بیمارستانی توسط کارشناس سلامت کودکان شهرستان تکمیل می گردد، لازم است فایل پرسشنامه تکمیل شده به معاونت های درمان (مرگ های داخل بیمارستانی) و بهداشت (مرگ های خارج بیمارستانی) ارسال شود. سپس اطلاعات جمع بندی شده دانشگاه بر اساس نوع حادثه توسط ایشان، به صورت فصلی بر روی سامانه بارگذاری گردد.

پرسشنامه مرگ به علت ناهنجاری مادرزادی

سال : . . . . . .

نام دانشگاه : . . . . . .

نام شهرستان: . . . . . .

نام بیمارستان : . . . . . .

نام و نام خانوادگی : **سن :** **کد ملی :**
محل فوت :

۱) آیا مادر در دوران بارداری آزمایشات ژنتیک، رادیولوژیک و ... تأیید کننده ناهنجاری مادرزادی را انجام داده است ؟

بلی ☐ خیر ☐ نامعلوم ☐

۲) آیا ناهنجاری مادرزادی در کودک فوت شده قابل مشاهده است ؟ **(وضعیت ظاهری و ...)**

بلی ☐ خیر ☐ نامعلوم ☐

۳) کدام یک از وضعیت های تشخیصی زیر، علت فوت ناهنجاری مادرزادی تعیین شده است ؟

علائم بالینی و ظاهری ☐ پاراکلینیک (تصویر برداری ، سونوگرافی ، **MRI** ، **CT scan** ، اکوکاردیوگرافی ، کالبد شکافی بیمار) ☐

آزمایشگاهی و بررسی ژنتیکی ☐

٤) آیا ناهنجاری مادرزادی مورد نظر به خودی خود کشنده است ؟ **(به دلیل بیماری اضافه شده به ناهنجاری مربوطه فوت نکرده باشد)**

بلی ☐ خیر ☐ نامعلوم ☐

در تکمیل پرسشنامه فوق توجه به نکات ذیل ضروری است :

این پرسشنامه در مواردی که مرگی بر اثر ناهنجاری بوده است در داخل بیمارستان توسط کارشناس نظام مراقبت مرگ بیمارستان و در موارد مرگ خارج بیمارستان، توسط کارشناس سلامت کودکان شهرستان تکمیل شده و توسط ایشان در سامانه بارگذاری خواهد شد.