



مجموعه دستورالعملهای نظام مراقبت مرک و میر کودکان



تهیه و تنظیم: کارشناس مرگ و میر کودکان معاونت بهداشتی

مهر ماه ۱۳۹۳

بسمه تعالی

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی - معاونت سلامت

دفتر سلامت خانواده و جمعیت

اداره سلامت کودکان

کمیته ارتقای سلامت کودکان

خلاصه راهنما و دستورالعمل نظام مراقبت مرگ کودکان ۱-۵۹ ماهه در دانشگاه

۱۳۸۸

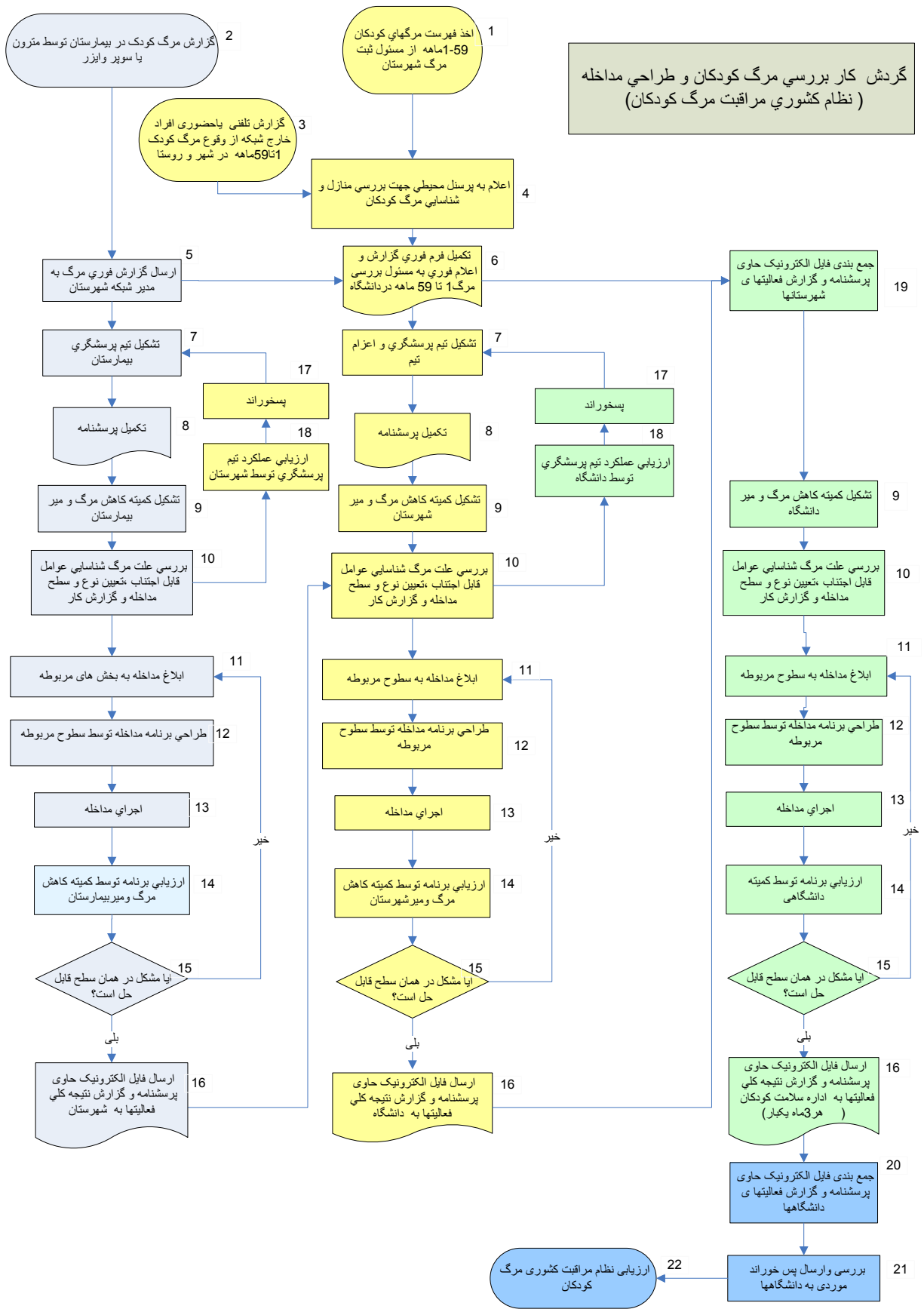
فهرست عناوین

گردش کار بررسی نظام مراقبت مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه در دانشگاه

شرح مراحل گردش کار بررسی مرگ کودک در دانشگاه

- پیوست ۱: فرم گزارش فوری مرگ کودک
- پیوست ۲: پرسشنامه های بررسی مرگ کودک و دستورالعمل تکمیل آن
- پیوست ۱-۲: گروه بندی بیماری ها بر اساس ICD10 و آشنایی مقدماتی با تعیین علت مرگ
- پیوست ۲-۲: دستورالعمل نرم افزار فایل CSO
- پیوست ۳: فرم لیست مداخلات استخراج شده از اطلاعات نظام مراقبت کودکان خارج بیمارستانی
 - فرم لیست مداخلات استخراج شده از اطلاعات نظام مراقبت کودکان داخل بیمارستانی
 - فرم لیست مداخلات استخراج شده از اطلاعات نظام مراقبت کودکان دانشگاه
- پیوست ۴: ترکیب اعضا و شرح وظایف کمیته معاونت درمان بررسی مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه
 - ترکیب اعضا و شرح وظایف کمیته معاونت بهداشتی بررسی مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه
 - ترکیب اعضا و شرح وظایف کمیته دانشگاهی بررسی مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه
- پیوست ۵: فلوچارت اجرای نظام مراقبت کودکان در دانشگاه
- پیوست ۶: فرم جدول فعالیت تفصیلی مداخلات تعیین شده
- پیوست ۷: چک لیست پایش برنامه نظام مراقبت مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه در بیمارستان و دستورالعمل آن
 - چک لیست پایش برنامه نظام مراقبت مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه در شهرستان و دستورالعمل آن

گردش کار بررسی مرگ کودکان و طراحی مداخله
(نظام کشوری مراقبت مرگ کودکان)



۱. مسئول بررسی مرگ کودکان تا ۵۹ ماهه دانشگاه پس از دریافت گزارش فوری مرگ (پیوست ۱) اطلاعات آن را در سایت www.gehd.org درمنوی ورود سیستم در قسمت مرگ کودکان تا ۵۹ ماهه دانشگاه وارد می نمایند. (لازم است تعداد مرگ کودکان با مسوول ثبت مرگ دانشگاه و همچنین ثبت احوال کنترل شود) و اطلاعات فایل ارسالی مرگ کودکان شهرستانها را نیز در نرم افزار CSO دانشگاه انتقال می دهد ، و همچنین گزارش فعالیت هاو 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 دهد.
۲. **مسوول بررسی مرگ کودکان داخل بیمارستانی** مداخلات استخراج شده از نرم افزار و اطلاعات بدست آمده از شهرستانها را به کمک **گروه کاری در معاونت درمان** مورد بررسی قرار داده 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 قرار داده و لیست پیشنهادی مداخلات مرگ کودکان خارج بیمارستانی و همچنین لیست مشکلات بدست آمده (مانند فرم ۱۰۱ پیوست ۳) را برای دستور جلسه در کمیته معاونت بهداشتی آماده می کند.
۴. **مسوول بررسی مرگ کودکان دانشگاه** مداخلات استخراج شده از نرم افزار و اطلاعات بدست آمده از شهرستانها و معاونت ها را به کمک **گروه کاری** (مسولین بررسی مرگ داخل و خارج بیمارستانی و مسولین بررسی مرگ دانشگاه های منطقه) مورد بررسی قرار داده و لیست پیشنهادی مداخلات مرگ کودکان دانشگاه و همچنین لیست مشکلات بدست آمده را برای دستور جلسه در کمیته دانشگاه آماده می کند.
۵. **معاون درمان دانشگاه مسوول کمیته بررسی مرگ کودکان در معاونت درمان می باشد** که شرح وظایف کمیته معاونت درمان و لیست حداقل افرادی که باید در کمیته حضور فعال داشته باشند در **پیوست ۴** درج شده است.
۶. **معاون بهداشت دانشگاه، مسوول کمیته بررسی مرگ کودکان در معاونت بهداشتی می باشد** که شرح وظایف کمیته معاونت بهداشتی و لیست حداقل افرادی که باید در کمیته حضور فعال داشته باشند در **پیوست ۴** درج شده است.
۷. **رییس دانشگاه ، مسوول کمیته دانشگاهی بررسی مرگ کودکان می باشد** که شرح وظایف کمیته دانشگاهی و لیست حداقل افرادی که باید در کمیته حضور فعال داشته باشند در **پیوست ۴** درج شده است.
۸. حداقل زمان برای برگزاری کمیته های مرگ و میر کودکان در دانشگاه و معاونت های بهداشتی و درمانی هر ۶ ماه یکبار می باشد.
۹. 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 در صورت تصویب نوع مداخله، بخش یا سطح مداخله کننده و سقف زمانی برای اجرای مداخله را مشخص نمایند. همچنین، مسئولین اجرای پایش و ارزیابی باید در کمیته بررسی مرگ کودکان تعیین شود. در صورتی که پس از بررسی مشخص شود که یکی از سطوح مداخله کننده خارج از سطح 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 از سطح استان است، مراتب باید در اسرع وقت به مسوول کشوری بررسی مرگ کودکان گزارش گردد.
۱۰. پس از مصوب شدن مداخلات و تعیین مسوول اجرای آن در کمیته ، باید به هر بخش یا سطحی که متولی مداخله شناخته شده است ابلاغ با امضای رییس کمیته صادر و ارسال گردد .
۱۱. هر بخش 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 و در موعد مقرر به کمیته تحویل دهد.

۱۲. برنامه باید طبق جدول فعالیت های تدوین شده و زمانبندی مقرر به اجرا درآید و گزارش پیشرفت و عدم انجام فعالیت ها در زمان مقرری باید به مسوول بررسی مرگ جهت ارائه به کمیته ارسال شود.
۱۳. 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.
۱۴. در صورت وجود مشکل در اجرا یا اثر بخش نبودن مداخلات، باید در کمیته علت آن بررسی و در جهت رفع آن برنامه ریزی شود و همچنین راهکار دیگری به سطوح مربوطه ابلاغ کند. تا در نهایت نتیجه مطلوب حاصل گردد.
۱۵. نتیجه فعالیت های انجام شده همراه با نتایج حاصل از پایش و ارزیابی در آغاز هر جلسه کمیته باید توسط مسوول بررسی مرگ خوانده شود. ولیست مداخلات پیشنهادی (پیوست ۳)، جدول فعالیت های تفضیلی، صورتجلسه کمیته ها و فایل CSO «حاوی اطلاعات مرگ کودکان» باید هر ۶ ماه یک بار به مسئول کشوری بررسی مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه (آخر فروردین - آخرمهرماه) درستاد مرکزی ارسال شود.
۱۶. **مسوول بررسی مرگ کودکان داخل بیمارستانی باید سالی ۱ تا ۳ بار از کلیه بیمارستانهای تابعه شهرستان و مرکز استان براساس چک لیست پایش بیمارستان داشته باشد و عملکرد بررسی مرگ در بیمارستان ها را ارزیابی کرده و پس خواند حاصل از ارزیابی را در فرآیند های بعدی اعمال نمایند.**
۱۷. **مسوول بررسی مرگ کودکان خارج بیمارستانی باید سالی ۲ تا ۳ بار از شهرستان براساس چک لیست پایش شهرستان داشته باشد و عملکرد بررسی مرگ در شهرستان ها را ارزیابی کرده و پس خواند حاصل از ارزیابی را در فرآیند های بعدی اعمال نمایند.**
۱۸. **مسوول بررسی مرگ کودکان دانشگاه باید حداقل ۲ بازدید ماهیانه از بیمارستانهای و شهرستان ها با چک لیست پایش بیمارستان و شهرستان داشته باشد و عملکرد بررسی مرگ در شهرستان ها و بیمارستان ها را ارزیابی کرده و پس خواند حاصل از ارزیابی را در فرآیند های بعدی اعمال نمایند.**

پرسشنامه های بررسی مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه

و

دستورالعمل نحوه تکمیل آنها

باسمه تعالی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

تاریخ پرسشگری:.....

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

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

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

کد متوفی:

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

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

۱- زمان ورود کودک به بخش: (ساعت و دقیقه) ۱۳...../...../..... ۲- زمان خروج یا فوت کودک: (ساعت و دقیقه) ۱۳...../...../.....

۲- زمان اولین دستوریزشک: (ساعت و دقیقه) ۱۳...../...../..... ۴- زمان اولین اجرای دستور (ساعت و دقیقه) ۱۳...../...../.....

۵- علت بستری در بخش:

علل جراحی: ۱- عمل جراحی اورژانس ۲- عمل جراحی الکتیو ۳- تحت نظر

علل داخلی: عدم توانایی نوشیدن (شیر یا مایعات) تشنج در این بیماری استفراغ هرچیزی خواب آلودگی یا کاهش هوشیاری کما خونریزی درد شکم سرفه یا تنفس مشکل اسهال بیقراری تب اختلال رشد سایر

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

۱- وضعیت عمومی مناسب ۲- وضعیت عمومی خیلی بد (علائم خطر فوری) ۳- وضعیت عمومی نامناسب (نشانه های خطر) کدامیک از نشانه ها؟ - عدم توانایی خوردن و نوشیدن - خواب آلودگی یا کاهش هوشیاری - استفراغ یا خوردن هرچیزی - تشنج در زمان این بیماری - سایر

۷- علائم حیاتی کودک در بدو ورود به بخش: تعداد تنفس: تعداد نبض: درجه حرارت: BP:

۸- آیا تشخیص اولیه / احتمالی در پرونده نوشته شده است؟ ۱- بله ۲- خیر اگر بله، نام ببرید:

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

۱۰- آیا سابقه بیماری مزمن یا صعب العلاجی وجود داشته است؟ ۱- بله ۲- خیر اگر بله، نام ببرید:

۱۱- وضعیت تغذیه، واکسیناسیون و وزن کودک در بدو ورود به بخش در پرونده ثبت شده است؟ ۱- بله ۲- خیر وضعیت تغذیه: واکسیناسیون: ۱- کامل ۲- ناقص ۳- عدم انجام ۴- نامعلوم وزن هنگام بستری: کیلوگرم

۱۲- آیا وضعیت رشد کودک قبل از بستری (با توجه با کارت رشد) در پرونده ثبت شده است؟ ۱- بله ۲- خیر اگر بله، روند رشد کودک طی دو مراقبت اخیر (قبل از بستری) چگونه بوده است؟ ۱- نزولی ۲- صعودی ۳- بدون تغییر ۴- نامعلوم

۱۳- آیا طی مدت بستری در بخش، وزن کودک روزانه ثبت شده است؟ ۱- بله ۲- خیر اگر بله، وضعیت وزن گیری: ۱- افزایش ۲- کاهش ۳- بدون تغییر آخرین وزن ثبت شده: کیلوگرم

۱۴- چگونگی ثبت سیر بیماری (پزشک) از نظر حال عمومی، علائم حیاتی و معاینه کودک: ۱- کامل ۲- ناقص ۳- ثبت نشده است

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

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

۱- وضعیت ناپایدار یا متغیر ۲- وخیم شدن بیماری بصورت تدریجی ۳- وخیم شدن بیماری بصورت ناگهانی

۱۷- آیا برای کودک، اقدامات درمانی درخواست شده است؟ بله خیر اگر بله، آیا این اقدامات به طور کامل انجام شده بود؟ بله خیر

آیا برای کودک، اقدامات تشخیصی خاصی درخواست شده است؟ بله خیر اگر بله، آیا این اقدامات به طور کامل انجام شده بود؟ بله خیر

اگر جواب در انجام هر اقدام خیر است، علت:

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

۱۸- آیا ارجاع کودک به مرکز دیگری درخواست (توصیه) شده است؟ ۱- بله ۲- خیر **اگر جواب خیر بود به سوال ۲۰ بروید**

۱۹- آیا ارجاع انجام شده است؟ ۱- بله ۲- خیر ۳- نامعلوم اگر خیر، علت را بنویسید:

۲۰- آیا کودک قبل از فوت یا خروج از بخش علائم خطر فوری داشته است؟ ۱- بله ۲- خیر اگر بله، ۱-۲۰۰۱ تا ۲۰۰۶ را تکمیل کنید

۲۰۰۱- کدام علامت؟ قطع تنفس/سیانوز مرکزی/دیسترس تنفسی شدید خونریزی شوک/انتهاهای سرد تشنج کما

۲۰۰۲- آیا نیاز به خون و فرآورده های خونی بود؟ ۱- بله ۲- خیر اگر بله، آیا در دسترس بود؟ ۱- بله ۲- خیر اگر خیر، علت:

۲۰۰۳- آیا برای کودک اقدامات احیا انجام شد؟ ۱- بله ۲- خیر اگر خیر، علت:

۲۰۰۴- آیا دسترسی به وسایل اولیه احیا (اکسیژن، ساکشن، آمیوبک مناسب، داروهای احیا) مطلوب بود؟ ۱- بله ۲- خیر اگر خیر، علت:

۲۰۰۵- آیا نیاز به دستگاه الکتروشوک بود؟ ۱- بله ۲- خیر اگر بله، آیا در دسترس بود؟ ۱- بله ۲- خیر اگر خیر، علت:

۲۰۰۶- آیا تمامی پرسنل احیاگر کارگاه دو روزه احیاء را طی یک سال گذشته گذرانده اند؟ ۱- بله ۲- خیر

۲۱- وضعیت خروج کودک از بخش چگونه بود؟ ۱- با دستوریزشک معالج ۲- با رضایت و خواست والدین ۳- فوت ۴- انتقال به بیمارستان دیگر

۲۲- در صورت فوت در بخش تشخیص نهایی را بر اساس گروه بندی ICD10 وزیر گروه های آن بنویسید:

حوادث و سوانح غیر عمدی ناهنجاریهای مادرزادی و کروموزومی بیماریهای دستگاه تنفسی

بیماریهای قلبی عروقی بیماریهای عفونی و انگلی بیماریهای دستگاه عصبی مرکزی

بیماریهای دستگاه گوارش بیماریهای تغذیه، غدد متابولیک بیماریهای خون و دستگاه خون ساز

سرطانها بیماریهای دستگاه ادراری بیماریهای روانی و اختلالات رفتاری

بیماریهای حول تولد حالات بد تعریف شده سایر علل

شماره تلفن تماس:

نام خانوادگی تکمیل کننده:

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

نام و نام خانوادگی متوفی:	کد متوفی:
<p>۱- آیا زمان مراجعه به بیمارستان مناسب بود؟ <input type="checkbox"/> ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> ۳- نامعلوم</p> <p>اگر خیر، علت: ۱- تاخیر در تصمیم گیری توسط خانواده <input type="checkbox"/> ۲- تاخیر در ارجاع به این بیمارستان <input type="checkbox"/> ۳- تاخیر در تشخیص و درمان <input type="checkbox"/> ۴- سایر <input type="checkbox"/></p>	
<p>۲- آیا اجرای اقدامات احیای کودک (CPR) مناسب و کامل بوده است؟ <input type="checkbox"/> ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> ۳- مورد ندارد <input type="checkbox"/></p>	
<p>۳- آیا اجرای اقدامات احیای کودک (CPR) به موقع بوده است؟ <input type="checkbox"/> ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> ۳- مورد ندارد <input type="checkbox"/></p>	
<p>۴- آیا دستورات پزشک (با توجه به علائم و تشخیص بیماری متوفی) برای اقدامات تشخیصی مناسب و کامل بوده است؟ <input type="checkbox"/> ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/></p>	
<p>۵- آیا دستورات پزشک (با توجه به علائم و تشخیص بیماری متوفی) برای اقدامات درمانی مناسب و کامل بوده است؟ <input type="checkbox"/> ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/></p>	
<p>۶- آیا اجرای اقدامات تشخیصی به موقع بوده است؟ <input type="checkbox"/> ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/></p>	
<p>۷- آیا اجرای اقدامات درمانی به موقع بوده است؟ <input type="checkbox"/> ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/></p>	
<p>۸- آیا امکان تشخیصی دیگری برای بیمار وجود داشت؟ <input type="checkbox"/> ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> اگر خیر به سوال ۱۰ برود</p>	
<p>۹- آیا این اقدام تشخیصی در بیمارستان محل وقوع فوت امکان پذیر یا در دسترس بود؟ <input type="checkbox"/> ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/></p>	
<p>۱۰- آیا امکان اقدام درمانی دیگری برای بیمار وجود داشت؟ <input type="checkbox"/> ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> اگر خیر به سوال ۱۲ برود</p>	
<p>۱۱- آیا این اقدام درمانی در بیمارستان محل وقوع فوت امکان پذیر یا در دسترس بود؟ <input type="checkbox"/> ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/></p>	
<p>۱۲- آیا درخواست ارجاع بیمار به مرکز درمانی دارای امکانات بیشتر ضرورت داشته است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>در صورت خیر، علت: ۱- عدم درخواست ارجاع <input type="checkbox"/> ۲- ندادن پذیرش بیمارستان مقصد <input type="checkbox"/> ۳- عدم امکانات لازم جهت انتقال کودک <input type="checkbox"/></p> <p>در صورت بله: آیا اقدامات درمانی حمایتی قبل از انتقال مناسب و کافی بوده است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>آیا اقدامات درمانی حمایتی حین انتقال مناسب و کافی بوده است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p>	
<p>۱۳- آیا کودک قبل از بستری، نیاز به مراقبت خاصی داشته است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> اگر بله، آیا مراقبت ها بدرستی انجام گرفته است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p>	
<p>۱۴- آیا تشخیص نهایی با توجه به علائم و یافته های بالینی و آزمایشگاهی صحیح بوده است؟ <input type="checkbox"/> ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/></p> <p>تشخیص نهایی را بر اساس گروه بندی ICD ۱۰ وزیر گروه های آن بنویسید:</p> <p>حوادث و سوانح غیر عمدی <input type="checkbox"/> ناهنجاریهای مادرزادی و کروموزومی <input type="checkbox"/> بیماریهای قلبی عروقی <input type="checkbox"/> بیماریهای عفونی و انگلی <input type="checkbox"/> بیماریهای دستگاه عصبی مرکزی <input type="checkbox"/> بیماریهای دستگاه گوارش <input type="checkbox"/> بیماریهای تغذیه، غدومتابولیک <input type="checkbox"/> بیماریهای خون و دستگاه خون ساز <input type="checkbox"/> سرطانات <input type="checkbox"/> بیماریهای دستگاه ادراری <input type="checkbox"/> بیماریهای روانی و اختلالات رفتاری <input type="checkbox"/> بیماریهای حول تولد <input type="checkbox"/> حالات بد تعریف شده <input type="checkbox"/> سایر علل <input type="checkbox"/></p>	
<p>۱۵- آیا عوارض خاصی در طی بستری گزارش شده است؟ <input type="checkbox"/> ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/></p> <p>اگر بله آیا اقدامات انجام شده برای برخورد با عوارض گزارش شده کامل و کافی بوده است؟ <input type="checkbox"/> ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/></p>	
<p>چه توصیه هایی برای پیشگیری از موارد مشابه مرگ دارید؟</p>	
شماره نظام پزشکی:	شماره تلفن تماس:
نام خانوادگی تکمیل کننده پرسشنامه:	

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

این پرسشنامه ها که به بررسی مشخصات کلی خانواده و سوابق سلامت و بیماری متوفی می پردازد، برای همه کودکان متوفی و از طریق پرسشگری از خانواده کودکان متوفی (والدین، سرپرست، یا سایر افراد درجه اول خانواده) تکمیل می شود.

ابتدا نام پرسشگر و تاریخ پرسشگری نوشته سپس **کد متوفی** (کد متوفی که رایانه مشخص می کند گذاشته شود) و **شماره پرونده** (در بیمارستان) یا **شماره خانوار** (در مراکز) وارد شود و 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 سرپرست خانوار ثبت کنید و در صورت عدم دسترسی به کد ملی سرپرست خانوار، کد متوفی که در رایانه مشخص شده و تارسیدن تعداد ارقام به ۱۰ رقم عدد ۹ در سمت چپ آن وارد کنید بطور مثال: اگر کد متوفی ۱۲۱۰۹۱۱ باشد کد ملی ۹۹۹۱۲۱۰۹۱۱ 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 و سال ثبت شود. سوال ۴: زمان وقوع مرگ: بر حسب ساعت، روز، ماه و سال نوشته شود.

سوال ۵- جنس و ملیت متوفی (در صورت غیر ایرانی نام کشور را ثبت کنید)

سوال ۶- منطقه سکونت دائم کودک از نظر تقسیمات کشوری (شهر، روستا و عشایر) مشخص شده و در مقابل کد مربوطه در محل مخصوص علامت زده می شود و نام شهر و روستا نوشته شود.

سوال ۷- 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 کودک در اثر حادثه بوده است یا خیر. در ادامه بر اساس پاسخ سوال ۹، اگر مرگ در اثر حادثه نبود به سوال ۱۴ بروید.

سوال ۱۰: زمان وقوع حادثه بر حسب ساعت و به تفکیک روز، ماه و سال نوشته می شود (اساس گفته والدین است).

سوال ۱۱: محل وقوع حادثه را نیز باید بر اساس گفته والدین یکی از گزینه ها انتخاب می شود: ۱- منزل: فقط داخل حریم منزل را شامل می شود ۲- حریم منطقه مسکونی: تمام منطقه های مسکونی از قبیل پارک ها، محل بازی و... را شامل می شود ولی داخل منزل و خیابان و جاده داخل منطقه مسکونی را شامل نمی شود ۳- جاده داخل منطقه مسکونی: فقط خیابان و جاده داخل منطقه مسکونی را شامل می شود ۴- جاده خارج منطقه مسکونی: فقط جاده های راه که خارج منطقه مسکونی را شامل می شود ۵- سایر: بقیه منطقه های که شامل موارد بالا نباشد مانند مناطق کشاورزی.

سوال ۱۲: نوع حادثه را نیز باید بر اساس گفته والدین یکی از گزینه ها انتخاب شود.

سوال ۱۳: نحوه خروج کودک حادثه دیده از محل وقوع حادثه از زبان والدین یا سرپرست نوشته می شود.

سوال ۱۴: این سوال مربوط به علائم کودک قبل از مراجعه کودک به مرکزی باشد. و به عبارتی دیگر علائم اصلی مراجعه کودک به مرکز چه بوده. در صورت داشتن علائمی غیر از موارد ذکر شده علامت مشاهده شده ثبت شود.

سوال ۱۵: برای درمان کودک (آخرین بار قبل از وقوع فوت) به ترتیب به چه کسی و محلی مراجعه کرده است نام محل مربوطه را علامت زده و ترتیب آن را جلوی مربع مشخص کنید. در صورتی که گزینه های ۱ یا ۲ یا ۳ انتخاب نشود به سوال ۲۳ بروید.

سوال ۱۶: زمان مراجعه کودک به اولین مرکز درمانی، نیز باید بر اساس گفته والدین بطور دقیق و بر حسب ساعت و به تفکیک روز، ماه و سال ثبت شود.

سوال ۱۷: مربوط به نحوه انتقال کودک به مرکز درمانی است. اگر انتقال کودک توسط آمبولانس انجام گرفته است در مورد وضعیت تزریق سرم و یا یک رگ باز برای کودک براساس گزارش والدین مشخص و علامت بزنیید و سایر اقدامات انجام گرفته در حین انتقال و مدت زمان انتقال نوشته شود در غیر این صورت (انتقال توسط آمبولانس انجام نگرفته است) علت آن را مشخص و ثبت کنید.

سوال ۱۸: این سوال به گزارش والدین در مورد معاینه بلافاصله کودک (کمتر از ۵ دقیقه) توسط پزشک مربوط می شود. اگر جواب این سوال خیر است علت آن انتخاب شود، اگر گزینه سایر انتخاب شده است علت نوشته شود.

سوال ۱۹: این سوال در مورد این که آیا دستورات درمانی و تشخیصی برای کودک توصیه شده است؛ اگر جواب خیر و نمی داند باشد به سوال ۲۲ بروید.

سوال ۲۰: این سوال به گزارش والدین در مورد انجام بلافاصله اقدامات درمانی و تشخیصی می باشد.

سوال ۲۱: (۱-۲۱ تا ۳-۲۱) در این سوال وضعیت خانواده در قبال دستورات تشخیصی و درمانی که در مرکز درمانی به آنها توصیه شده است مشخص می شود. جواب والدین برای هر یک از حالات مختلف سوال، جداگانه علامت زده شود.

سوال ۲۲: پرسش در مورد درخواست انتقال به مراکز دیگر است. که اگر گزینه بلی باشد سوال دیگر در مورد انجام شدن انتقال می باشد که در صورت انجام نشدن انتقال، علت آن ذکر شود

سوال ۲۳: در این سوال مشخص می شود آیا قبل از فوت کودک، بیماری مزمن یا صعب العالاجی برای او تشخیص داشته شده است یا خیر. در صورتی که جواب این سوال "بله" باشد، نوع بیماری کودک نوشته می شود

سوال ۲۴: در این سوال سن متوفی بررسی می شود اگر کمتر از ۲۴ ماه بود در مورد تغذیه با شیر مادر سوال می شود در صورت جواب بلی مدت آن ثبت می شود.

سوال ۲۵: 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 ۲۶: آیا فرزند دیگری (کمتر از ۵ سال) نیز در خانواده کودک متوفی، فوت کرده است یا خیر. در صورتی که جواب این سوال "بله" باشد، علت فوت فرزندان قبلی، جنس و سن ثبت می گردد.

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

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 محل های مورد نظر برای ارائه این خدمات هستند. نحوه استخراج کلی اطلاعات پرسشنامه به این شرح است که پرسشگر پس از هماهنگی با مسئول مرکز مربوطه و کسب اجازه لازم، به مطالعه مستندات موجود و لازم (بر حسب سوالات) پرداخته و در صورت لزوم از کمک کارکنان (برای بازخوانی و یافتن پاسخها در مستندات) بهره میگیرد و بدین طریق پاسخ سوالات پرسشنامه را استخراج میکند. توجه کنید که همیشه نیازی به مراجعه به تمامی مراکز که کودک قبل از فوت در آنجا بوده است نیست. از آخرین مرکزی که مرگ در آنجا اتفاق افتاده است و یا کودک درست قبل از مرگ در آنجا بوده است، پرسشگری را آغاز کنید.

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

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

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

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

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

۴- خانه بهداشت

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

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

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

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

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

سوال ۴: در این سوال بر اساس اطلاعات مندرج در پرونده مشخص کنید که کودک در بدو ورود علائم خطر فوری داشته است. در صورت پاسخ بلی سوالات ۱-۴ الی ۸-۴ به هر کدام جداگانه پاسخ دهید.

نکته: در بند ۳-۴ منظور از اقدامات بموقع 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 این صورت علت عدم ثبت نوشته می شود.

سوال ۶: در این سوال اگر در بدو ورود به مرکز یا اورژانس کودک نشانه های خطر داشته است پاسخ بلی علامت زده می شود و بر اساس مستندات موجود در مرکز نشانه های خطری که وجود داشته است علامت زده می شود. در صورت داشتن علائمی غیر از علائم ذکر شده سایر علامت زده شده و علائم ثبت شود.

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

سوال ۸: آیا ارجاع بیمار به مرکز دیگری درخواست (توصیه) شده است؟ بر حسب دستورات ثبت شده در پرونده پاسخ 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 ۱۱ بروید.

سوال ۹: 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 ۱۱ بروید.

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

سوال ۱۱: این سوال که آیا پرسنل کادر درمان مرکز، کارگاه آموزشی یا باز آموزی مانا را طی ۲ سال گذشته گذرانده اند را می توان به اظهارات شفاهی کارکنان مرکز مربوطه رجوع کرد. کارکنان مراکز مورد نظر عبارت هستند از: ۱- پزشک: پزشک معالج مستقیم کودک ۲- پرستار یا بهیار: بیشتر در مورد مراکز درمانی بیمارستانی یا درمانگاهها مصداق دارد ۳- کارمند بهداشتی غیر پزشک: بیشتر در مورد مراکز بهداشتی و درمانی و خانه بهداشت مصداق دارد که شامل بهورز، کاردان و کارشناس بیماریها، کاردان یا کارشناس مادر و کودک و یا مامایی می باشد. مانا (مراقبت های ادغام یافته ناخوشهای اطفال): مجموعه ای است که پرسنل را جهت اقدامات سرپایی کودک بیمار راهنمایی می کند که شامل دو مجموعه پزشک و غیرپزشک می باشد و دوره کارگاه تئوری آن حداقل ۳ روز و کددار می باشد و CD خودآموز آن برای آموزش غیر حضوری پزشکان موجود می باشد.

سوال ۱۲: 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 غیرا ز موارد ذکر شده باشد سایر را علامت زده و نحوه آن ثبت شود.

سوال ۱۳: در صورت فوت کودک در مرکز، تشخیص نهایی را بر اساس گروه بندی ICD ۱۰ (پیوست ۲- ۱) یکی را انتخاب و علامت بزنید وزیر گروه و زیر گروه زیر گروه آن را بنویسید. و در ردیف آخر نام خانوادگی پاسخ دهنده، سمت و شماره تلفن تماس نوشته شود.

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

این پرسشنامه به منظور ثبت اطلاعات مربوط به بستری کودک در بیمارستان تهیه شده و برای تکمیل آن 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).

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

نحوه پذیرش کودک: در این سوال مشخص می شود که کودک متوفی از کجا پذیرش شده است.

سوال ۱ و ۲: 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.

سوال ۳ و ۴: 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: علت بستری بر حسب مندرجات پرونده به صورت علل جراحی یا داخلی و عواملی که سبب بستری کودک شده است علامت زده می شود در صورتی که گزینه سایر انتخاب شود علت آن نوشته می شود.

سوال ۶: در این سوال وضعیت عمومی متوفی در بدو ورود به بخش را بر اساس مستندات موجود در گزارش پرستاری بررسی و یکی از گزینه های را انتخاب و علامت زده شود. اگر کودک یکی از علائم خطر فوری (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 یا خوردن هر چیزی، تشنج در زمان این بیماری...) را داشته باشد وضعیت عمومی نامناسب علامت زده می شود و نوع آن را نیز مشخص کنید.

سوال ۷: این سوال علائم حیاتی کودک در بدو ورود به بخش بر اساس پرونده نوشته می شود.

سوال ۸: تشخیص اولیه بیماری کودک بطور دقیق از اطلاعات مندرج در پرونده و نتایج حاصل از پرسشگری استخراج و درج می شود. سوال ۹: 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 ۱۰: در این سوال مشخص می شود آیا قبل از فوت کودک، بیماری مزمن یا صعب العالاجی برای او تشخیص داشته شده است یا خیر. در صورتی که جواب این سوال "بله" باشد، نوع بیماری کودک نوشته می شود

سوال ۱۱: وضعیت وزن، واکسیناسیون و تغذیه کودک در صورت ثبت شدن هر گزینه در پرونده، گزینه بلی علامت زده شود. و وزن به کیلوگرم، وضعیت واکسیناسیون به صورت کامل، ناقص و عدم انجام نوشته شود. و همچنین وضعیت تغذیه کودک در بدو ورود به بخش یکی از گزینه های تغذیه فقط با شیر مادر، تغذیه فقط با شیر مصنوعی (شیر خشک/شیر دام/غذای کمکی)، تغذیه توأم (شیر مادر و شیر مصنوعی)، شیر مادر و غذای کمکی، شیر مادر و غذای معمولی، غذای معمولی، تغذیه وریدی و سایر انتخاب شود.

سوال ۱۲: اگر وضعیت رشد کودک قبل از بستری (با توجه با کارت رشد) در پرونده ثبت شده است علامت بلی زده شود و با توجه به وضعیت روند رشد وزنی کودک متوفی طی دو مراقبت قبلی بررسی و یکی از گزینه ها انتخاب و علامت زده می شود.

سوال ۱۳: 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 علامت زده می شود.

در هر صورت آخرین وزن کودک متوفی به کیلوگرم بطور دقیق ثبت شود.

سوال ۱۴: اگر ثبت سیر بیماری (پزشک) بصورت حداقل روزانه از نظر حال عمومی کودک، علائم حیاتی و معاینه کودک کامل در پرونده متوفی ثبت شده است گزینه کامل را علامت زده می شود اگر ناقص باشد گزینه ناقص، و در صورت عدم ثبت، گزینه ثبت نشده است را انتخاب شود.

سوال ۱۵: اگر گزارش پرستاری در هر اجرای دستور پزشک در همان ساعت که اقدام انجام گرفته است ثبت شده است گزینه کامل را 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 ۱۶: در این سوال 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 ناپایداری متغیر: وضعیتی را گویند که کودک در طی بستری بطور متناوب رو به وخامت و بهبودی گزارش شده است ۲- وخیم شدن بیماری بصورت تدریجی: وضعیتی را گویند که کودک در طی بستری بطور تدریجی رو به بدتر شدن وضعیت بیماری گزارش شده است ۳- وخیم شدن بیماری بصورت ناگهانی: وضعیتی را گویند که کودک در طی بستری بطور ناگهانی وضعیت بیماری رو به وخامت و مرگ منتهی شده است

سوال ۱۷: این سوال در مورد این که آیا دستورات درمانی و تشخیصی برای کودک درخواست شده است؟ اگر جواب بلی است در مورد انجام بلافاصله و کامل اقدامات درمانی و یا تشخیصی درخواست شده بررسی می شود که اگر جواب خیر است علت آن را از بین گزینه های انتخاب و علامت زده می شود.

سوال ۱۸: اگر ارجاع بیمار به مرکز دیگری درخواست (توصیه) شده است بر حسب مندرجات پرونده پاسخ دهید (اگر جواب سوال "خیر" است به سوال ۲۰ بروید).

سوال ۱۹: بر حسب مندرجات پرونده پاسخ داده شود که ارجاع بیمار انجام شده است یا خیر. اگر جواب خیر است علت آن نوشته شود

سوال ۲۰: 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 سوالات ۱- ۲۰ تا ۲۰- را به هر کدام جداگانه پاسخ داده شود.

سوال ۲۱: وضعیت خروج کودک از بخش چگونه بوده است؟ بر حسب مندرجات پرونده یکی از گزینه ها را انتخاب شود بدیهی است در بیمارستانی که فوت در آن اتفاق افتاده است گزینه ۳ انتخاب می شود.

سوال ۲۲: در صورت فوت کودک در بخش، تشخیص نهایی را بر اساس گروه بندی ICD۱۰ (طبق پیوست ۱) یکی را انتخاب و علامت بزئید وزیر گروه وزیر گروه زیر گروه آن را بنویسید.

در ردیف آخر نام خانوادگی تکمیل کننده و شماره تلفن تماس نوشته شود.

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

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

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

لازم به ذکر است تشخیص نهایی که بر اساس گروه بندی ICD۱۰ (طبق پیوست ۲- ۱) یکی را انتخاب و علامت بزئید وزیر گروه وزیر گروه زیر گروه آن را بنویسید.

بیماریهای عفونی واکنشی	Certain infectious and parasitic diseases
عفونت های روده ای	Intestinal infectious diseases(وباختیوئید-سالمونلا-شیگللا-آمیب-عفونت ویرال-سایر عفونت های روده ای)
سل	Tuberculosis(سل ریوی-سل سیستم عصبی-سل سایر ارگانها)
سایر بیماریهای باکتریال	Other bacterial diseases(کزاز-دیفتری-سیاه سرفه-مننگوکوک-سپتی سمی-سایر باکتریال)
عفونت های ویرال سیستم عصبی	Viral infections of the central nervous system(ویروسی-مننژیت ویروسی)
هپاتیت ویرال	Viral hepatitis(سایر هپاتیت های حاد-هپاتیت مزمن B- هپاتیت A-هپاتیت)
سایر بیماریهای ویرال	Other viral diseases(سایتو مگالو ویروس-اوریون-مونوکلوز عفونی-هرپس-سرخک-سایر ویرال)
سایر بیماریهای عفونی	Other infectious diseases(کالا آزار-مالاریا-سایر بیماریهای عفونی)
سرطانها	Neoplasms
سرطانها غیر خونی و لنفی	Malignant neoplasms except of lymphoid, haematopoietic(سرطان عصبی-سرطان گوارشی-سرطان تنفسی-سرطانهای اداری)
سرطانها خونی و لنفی	Malignant neoplasms,lymphoid, haematopoietic (لوسمی-لنفوم)
سایر سرطانها	Other neoplasms
بیماریهای سیستم خونساز و دستگاه ایمنی	Diseases of the blood and disorders involving the immune mechanism
انمی تغذیه ای	Nutritional anaemias(انمی فقر آهن-انمی مگالوبلاستیک-سایر انمی تغذیه ای)
انمی های همولتیک	Haemolytic anaemias(اختلال آنزیم)فاویسم-(تالاسمی-سیکل سل-سایر انمی های همولتیک)
انمی آپلاستیک و سایر انمی ها	Aplastic and other anaemias(اریترو بلاستوپنی-سایر آپلاستیک-سایر انمی ها)
اختلالات انعقادی و خونریزی دهنده	Coagulation defects, purpura and other haemorrhagic conditions(هموفیلی-سایر DIC-)
سایر بیماریهای خونساز	Other diseases of blood and blood-forming organs(اگر آنولوژیستونز-انوزینوفیلی-سایر)
اختلالات دستگاه ایمنی	Certain disorders involving the immune mechanism(سایر CVID-SCID-هیپوگاماگلوبینومی)
بیماریهای غدد، تغذیه و متابولیک	Endocrine, nutritional and metabolic diseases
اختلالات غدد تیروئید	Disorders of thyroid gland(هیپوتیروئیدی-تیروئیت و توکسیکوز-تیروئیدیت-سایر)
دیابت میلنئوس	Diabetes mellitus(دیابت وابسته به انسولین-دیابت غیر وابسته به انسولین)
سایر اختلالات غدد اندوکرین	Disorders of other endocrine glands(هیپوپاراتیروئیدی-هیپرپاراتیروئیدی-هیپوپیتوئریسم-دیابت اینسپید)
سوء تغذیه	Malnutrition(کواشیورکور-مارسموس-مارسموس کواشیورکور-سایر)
سایر اختلالات تغذیه ای	Other nutritional deficiencies(کمبود ویتامین آ- کمبود ویتامین د-کمبود کلسیم-کمبود روی)
اختلالات متابولیک	Metabolic disorders(اختلال اسید آمینه-اختلال سیکل اوره-بیماری ذخیره گلیکوژن-سیستیک فیبروزیس-سایر)
اختلالات روانی و رفتاری	Mental and behavioural disorders
اختلالات جسمی روانی در نتیجه سوء مصرف مواد	Mental disorders due to psychoactive substance use(استفاده الکل-مواد مخدر-سایر داروها)
عقب ماندگی ذهنی	Mental retardation(عقب ماندگی ذهنی)
سایر اختلالات روانی	Other mental disorder
بیماریهای سیستم عصبی	Diseases of the nervous system
بیماریهای التهابی سیستم عصبی مرکزی	Inflammatory diseases of the central nervous system(مننژیت-انسفالیت-آبسه مغز-سایر)
بیماریهای دمیالینه سیستم عصبی مرکزی	Demyelinating diseases of the central nervous system(مولتیپل اسکلروز)
اختلالات حمله ای و پاروکسیسمال	Episodic and paroxysmal disorders(صرع-استاتیک ایپی لپسی-میگرن-سایر سندرم های سردرد)
پلی نوروپاتی	Polyneuropathies and other disorders of the peripheral nervous system(پلی نوروپاتی)
بیماریهای جانکشال و عضلانی	Diseases of myoneural junction and muscle(میاستنی گراو-دیسترفوی عضلانی-میوپاتی-سایر)
فلج مغزی	Cerebral palsy and other paralytic syndromes(فلج مغزی-همی پلژی-تتراپلژی)
سایر بیماریهای سیستم عصبی	Other disorders of the nervous system
بیماریهای سیستم قلبی عروقی	Diseases of the circulatory system
تب روماتیسمی حاد	Acute rheumatic fever(تب روماتیسمی بدون گرفتاری قلبی-تب روماتیسمی با درگیری قلب)
بیماریهای مزمن روماتیسم قلبی	Chronic rheumatic heart diseases(بیماری روماتیسمی درجه میترال-آنورت-تری کوسپید-سایر)
بیماریهای فشار خون	Hypertensive diseases(فشار خون اولیه-فشار خون ثانویه-هیپرتانسیون قلبی-هیپرتانسیون کلیوی)
بیماریهای ایسکمیک قلبی	Ischaemic heart diseases(آنژین قلبی-انفارکتوس قلبی)
سایر بیماریهای قلبی	Other forms of heart disease(پری کاردیت-میوکار دیت-اندوکار دیت-میوکار دیوپاتی-خار سابی قلبی-سایر)
بیماریهای عروق مغزی	Cerebrovascular diseases(خونریزی ساب آراکنوئید-خونریزی داخل مغزی-انفارکتوس مغزی)
بیماریهای سیستم تنفسی	Diseases of the respiratory system

عفونت های حاد تنفس فوقانی	Acute upper respiratory infections(نازوفارنژیت-سینوزیت-فارنژیت-تونسلیت-لارنژیت-اپیگلوتیت-سایر)
انفولانزا و پنومونی	Influenza and pneumonia(انفولانزا و پنومونی به علل مختلف)
سایر عفونت های حاد تنفس تحتانی	Other acute lower respiratory infections(برونشیت-برونکولیت)
بیماریهای مزمن تنفس تحتانی	Chronic lower respiratory diseases(برونشیت مزمن-بیماریهای انسداد مزمن ریوی-آسم-سایر)
سایر بیماریهای سیستم تنفسی	Other diseases of the respiratory system
بیماریهای سیستم گوارشی	Diseases of the digestive system
بیماریهای مری، معده، دئودنوم	Diseases of oesophagus, stomach and duodenum(ازوفاژیت-ریفلاکس مری-زخم معده و دئودنوم)
بیماریهای آپاندیس	Diseases of appendix(آپاندیسیت حاد و سایر انواع)
هرنی	Hernia(فتق اینگوینال-فمورال-شکمی-دیافراگماتیک-سایر)
بیماریهای کبد	Diseases of liver(NEC کبدتوکسیک-نارسایی کبد-فیروزوسیروز-کبدی-سایر بیماریهای التهابی کبد)
سایر بیماریهای سیستم گوارشی	Other diseases of the digestive system
بیماریهای سیستم ادراری تناسلی	Diseases of the genitourinary system
بیماریهای گلو مروز لار	Glomerular diseases(سندرم نفریتیک-سندرم نفروتیک-نفروپاتی ها)
بیماریهای توبولوانترسیتیل	Renal tubulo-interstitial diseases(نفریت اینترسیتیل توبولار-اروپاتی انسدادی وریفلاکس)
نارسایی کلیوی	Renal failure(نارسایی کلیه حاد-نارسایی کلیه مزمن)
سایر بیماریهای سیستم ادراری تناسلی	Other disorders of genitourinary tract
حالات معین با منشاء حول تولد	Certain conditions originating in the perinatal period
اختلال جنین و نوزاد متأثر از فاکتورهای مادری	Fetus and newborn affected by maternal factors (عوارض حاملگی-جفت-دارو)
ترومای جنینی	Birth trauma(خونریزی داخل کرانیال-صدمه به سر-صدمه به اسکلت-صدمه به اعصاب)
اختلال تنفس و قلبی عروقی مختص به حول تولد	Respiratory and cardiovascular disorders specific to the perinatal period(اسفکسی)
عفونتهای اختصاصی دوره حول تولد	Infections specific to the perinatal period(بیماریهای ویرال-مادزادی-سپس باکتریال نوزاد)
سایر اختلالات با منشاء حول تولد	Other disorders originating in the perinatal period
ناهنجاریهای مادرزادی و کروموزومی	Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities
ناهنجاریهای مادرزادی سیستم عصبی	Congenital malformations of the nervous system(آنانسفال-میکروسفال-هیدروسفال-آنسفالوسل)
ناهنجاریهای مادرزادی سیستم قلبی عروقی	Congenital malformations of the circulatory system(آنومالی دیواره قلبی-دریچه قلبی-عروقی)
ناهنجاریهای مادرزادی سیستم تنفسی	Congenital malformations of the respiratory system(لارنکس-برونش-ریه)
لب شکری و شکاف کام	Cleft lip and cleft palate
ناهنجاریهای مادرزادی سیستم گوارشی	Other congenital malformations of the digestive system(آنومالی دستگاه گوارش و کبد)
ناهنجاریهای مادرزادی سیستم ادراری	Congenital malformations of the urinary system(آرنژی کلیه-کلیه پلی کستیک-نقص انسدادی)
ناهنجاریهای مادرزادی سیستم اسکلتی عضلانی	Congenital malformations and deformations of the musculoskeletal system(CDH)
سایر ناهنجاریهای مادرزادی	Other congenital malformations
علل خارجی مرگ و میر(حوادث)	External causes of morbidity and mortality
حوادث حمل و نقل	Transport accidents(وسيله نقلیه باعابر-دوچرخه و موتورپاوسيله نقلیه-تصادف باوسيله نقلیه سنگین)
سقوط	Falls(سقوط از روی سطح یخی-لغزنده-ولچر-تخت-صندلی-زردبان-پلکان-داربست-بام-درخت-صخره-شجره زدن-سایر)
برخورد بانبروهای مکانیکی بیجان	Exposure to inanimate mechanical forces(برخورد با اجسام پرتاب شده-قرار گرفتن بین دوشی-اشیاء نیز)
برخورد بانبروهای مکانیکی جاندار	Exposure to animate mechanical forces(لگد، شاخ و ضربه حیوانات-فشار جمعیت یا گله-گاز گرفتگی)
غرق شدن	Accidental drowning and submersion(غرق شدگی دروان-حوض یا استخر-منابع آب طبیعی)
سایر حوادث انسداد تنفسی	Other accidental threats to breathing(خفگی در بستر-حلق آویز-آسپیره محتویات معده/مواد غذایی)
برخورد با جریان برق-اشعه و فشار هوای مصنوعی	Exposure to electric current, radiation and extreme ambient air temperature
در معرض دود و شعله آتش	Exposure to smoke, fire and flames(آتش سوزی ساختمان و غیره-سوختگی بامواد اشتعال زا-دود)
تماس با آب داغ و حرارت	Contact with heat and hot substances(با مواد خوراکی داغ-با آب شیر داغ-با آب جوشیده روی اجاق-بخار)
تماس با حیوانات و گیاهان سمی	Contact with venomous animals and plants(عقرب-عنکبوت زهر دار-هزارپایگان سمی)
در معرض بلا یا و نیروهای طبیعت	Exposure to forces of nature(صاعقه-زلزله-سیل-طوفان-سایر)
مسمومیت	Accidental poisoning by and exposure to noxious substances(دارو ها-مواد نفتی-حشره کش)
محرومیت یا افزایش نیاز	Overexertion, travel and privation(بی غذایی-بی آبی-سایر اشکال محرومیت)
سایر فاکتورهای حوادث	Accidental exposure to other and unspecified factors
صدمه عمدی به خود	Intentional self-harm
نجاوز-خسونت	Assault
مداخلات قانونی و جنگ	Legal intervention and operations of war
عوارض درمان طبی و جراحی	Complications of medical and surgical care(عوارض دارو ها-عوارض جراحی-عوارض ابزار تشخیصی)

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

قانون اول:

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

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

قانون دوم:

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

قانون سوم:

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

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

قاعده A - حالت های بد تعریف شده:

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

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

قاعده B - شرایط خفیف و غیر کشنده:

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

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

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

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

قاعده C - Linkage Rule:

در صورتی که علت انتخاب شده به یک یا بیش از یک وضعیت دیگر در گواهی فوت مرتبط باشد، باید طبقه بندی ترکیبی را انجام داد. (ترکیب در صورتی

انجام پذیر است که رابطه علت و معلول بیان شده است یا بتوان آنرا استنباط کرد)

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

قاعده D - Specificity:

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

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

قاعده E - مرحله اولیه و نهایی بیماری:

در صورتی که علت انتخاب شده مرحله اولیه یک بیماری است ولی در گواهی فوت مرحله نهایی همان بیماری نیز گزارش شده است مرحله پیشرفته بیماری را به عنوان علت اولیه انتخاب کنید.

مثال: سفلیس اولیه-سفلیس ثالثیه در این مثال سفلیس ثالثیه به عنوان علت اولیه انتخاب می شود.

قاعده F-پیامد

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

مثال: فیبروز ریوی-سل ریوی قدیمی

دوره زمانی

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

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

- ۱- این فایل برای جمع‌آوری اطلاعات مورد نیاز مرگ پره‌ناتال، مرگ کودکان (۱-۵۹ ماهه) در قالب کمیته و برنامه، پایش و ارزیابی و گزارش مرگ طراحی شده است.
- ۲- برای استفاده از این فایل باید در رایانه شما نرم افزار access۲۰۰۷ نصب شده باشد. این برنامه با access۲۰۰۳ قابل استفاده نیست.
- ۳- ابتدا فایل را در رایانه خود (در هر درایو یا فولدر دلخواه) کپی کنید.
- ۴- اگر نسخه‌های قبلی فایل در رایانه شما موجود باشد و به اینترنت دسترسی داشته باشید می‌توانید پس از باز کردن فایل روی آی‌کون سایت نظام مراقبت مرگ کودکان که در گوشه پایین سمت چپ پنجره صفحه اصلی قرار دارد کلیک نمایید، سایت نظام مراقبت مرگ کودکان باز می‌شود و می‌توانید نسخه جدید فایل را دانلود نمایید.
- ۵- در صورتی که فایل برای اولین بار در access۲۰۰۷ باز می‌شود مراحل زیر را انجام دهید:
 - یک نوار ابزار security warning بالای پنجره صفحه اصلی دیده می‌شود، آن را به این طریق غیرفعال کنید:
 - در قسمت جلوی این اخطار بر روی دکمه option کلیک کنید پنجره Security Alert باز می‌شود
 - دکمه Enable this content را کلیک و سپس در قسمت پایین و سمت چپ پنجره Security Alert روی Open the Trust Center کلیک کنید پنجره Trust Center باز می‌شود.
 - در قسمت سمت چپ پنجره Trust Center، عنوان Macro Settings را انتخاب کنید و آخرین گزینه، Enable all macros... را انتخاب کنید و در نهایت دکمه OK همه پنجره‌ها را کلیک نمایید.

Security warning

Options

○ Enable this content

open this trust center → trust center

Macro settings

○ Enable all macros

OK

- ۶- پس از باز کردن فایل پنجره انتخاب موقعیت را می‌بینید، ۲ قسمت دارد. با توجه به سطح کاربر مراحل زیر را طی کنید:
 - a. در ابتدا در قسمت بالا سال را انتخاب کنید.
 - b. در قسمت سمت راست: نام دانشگاه را انتخاب کنید.
 - c. اگر در سطح دانشگاه، داخل یا خارج بیمارستانی مسئول هستید، بر حسب مسئولیت خود دکمه مربوط را انتخاب نمایید.
 - d. اگر در سطح شهرستان مسئول هستید، بعد از انتخاب نام دانشگاه، در قسمت وسط، نام شهرستان را انتخاب و سپس دکمه "مسئول بررسی مرگ شهرستان" را کلیک کنید.اگر در سطح بیمارستان مسئول هستید، بعد از انتخاب نام دانشگاه و شهرستان، در قسمت سمت چپ نام بیمارستان را نیز انتخاب و سپس روی دکمه "مسئول بررسی مرگ بیمارستان" کلیک نمایید.



• بالای نوار آبی:

- عنوان Iranian Child Health Surveillance System
- انتقال کلیه اطلاعات به (C:\CSO(VER1.2

• روی نوار آبی:

- تغییر کاربر
- انتقال کلیه اطلاعات به (C:\CSO(VER1.1
- انتقال اطلاعات اولیه مرگ کودکان به سایت

• پایین نوار آبی صفحاتی با عناوین:

- کمیته و برنامه
- پایش و ارزیابی
- گزارش مرگ کودکان

نکته : (عناوین سمت راست صفحه اصلی بدون نیاز به اینترنت، قابلیت اجرا دارد ولی عناوین سمت چپ صفحه اصلی و انتقال اطلاعات به سایت قبل از کلیک روی دکمه مورد نظر بایستی به اینترنت دسترسی داشته باشید)

نظام مراقبت مرگ کودکان

صفحه اصلی

Iranian Children Health Surveillance System

انتقال کلیه اطلاعات به C:\CSO(VER1.2)

تغییر کاربر بررسی مرگ

انتقال کلیه اطلاعات به C:\CSO(VER1.1)

گزارش مرگ کودکان | پایش و ارزیابی | کمیته و برنامه

گزارش و اصلاح اطلاعات اولیه مرگ کودکان 1 تا 59 ماهه بیمارستان On Line

گزارش و اصلاح اطلاعات اولیه مرگ کودکان 1 تا 59 ماهه بیمارستان On Line

گزارش و اصلاح اطلاعات اولیه مرگ کودکان 1 تا 59 ماهه دانشگاه On Line

گزارش و اصلاح بررسی تکمیلی مرگ On Line

دریافت کلیه اطلاعات اولیه مرگ کودکان از سایت ON Line

دریافت کلیه اطلاعات تکمیلی مرگ کودکان (1-59 ماه) از سایت ON Line

دریافت گزارش صفر مرگ کودکان از سایت ON Line

دریافت اطلاعات اولیه سال جاری مرگ کودکان از سایت ON Line

دریافت اطلاعات تکمیلی سال جاری مرگ کودکان (1-59 ماه) از سایت ON Line

پایش اطلاعات اولیه مرگ کودکان Off Line

پایش اطلاعات تکمیلی مرگ کودکان 1 تا 59 ماهه Off Line

پایش اطلاعات صفر مرگ کودکان Off Line

گزارش اطلاعات اولیه مرگ کودکان 1 تا 59 ماهه Off Line

نمودارهای اطلاعات تکمیلی مرگ کودکان (فرم B) Off Line

نمودارهای اطلاعات تکمیلی مرگ کودکان (فرم J) Off Line

نمودارهای اطلاعات تکمیلی مرگ کودکان (فرم D) Off Line

نمودارهای اطلاعات تکمیلی مرگ کودکان (فرم H) Off Line

سایت نظام مراقبت مرگ کودکان

انتقال کلیه اطلاعات به (C:\CSO(VER1.1)

اگر شهرستان دسترسی به اینترنت نداشته باشد و نتواند اطلاعات را به سایت منتقل کند فایل حاوی اطلاعات (CSO(VER1.1) را روی یک سی دی یا فلش کپی می کند و به دانشگاه ارسال می کند کارشناس مسوول بررسی مرگ کودکان دانشگاه فایل دانشگاه را در داریو C قرار می دهد و سپس فایل شهرستان که در سی دی یا فلش می باشد باز می کند و دکمه (C:\CSO(VER1.1) را کلیک می کند اطلاعات به فایل دانشگاه انتقال پیدا می کند

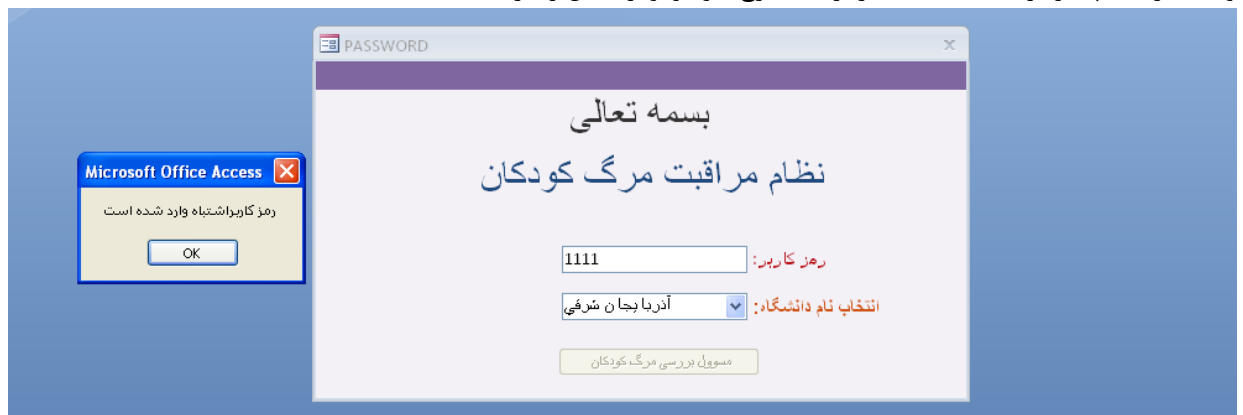
اگر اطلاعات شهرستان در فایل دانشگاه قبلا موجود باشد اما ناقص، اشتباه و ... است، بایستی ابتدا این اطلاعات از مسیر **off line** حذف شده و سپس انتقال اطلاعات صورت گیرد. تا اطلاعات جایگزین اطلاعات قبلی شود.

انتقال کلیه اطلاعات به (C:\CSO(VER1.2)

چنانچه نسخه ی جدیدی از فایل CSO در طی سال ۱۳۹۱ ابلاغ شود (ver1.2) خواهد بود. در صورتیکه از فایل نسخه قبلی (CSO(VER1.1) بخواهید اطلاعات را به فایل نسخه جدید (CSO(VER1.2) بصورت **offline** انتقال دهید (در موارد که دسترسی به اینترنت نداشته باشد) ابتدا فایل نسخه جدید (CSO(VER1.2) را در داریو C قرار دهید و سپس فایل نسخه قدیمی (CSO(VER1.1) را باز کنید و دکمه (C:\CSO(VER1.2) را کلیک می کند اطلاعات به فایل نسخه جدید انتقال پیدا می کند.

تغییر کاربر

در صورتیکه بخواهید نام دانشگاه یا شهرستان یا سال را تغییر دهید دکمه تغییر کاربر را کلیک کنید پنجره انتخاب موقعیت باز می شود و سال ، نام دانشگاه و یا شهرستان دلخواه خود را انتخاب می کنید اگر دکمه مسوول بررسی مرگ کودکان داخل بیمارستانی یا خارج بیمارستانی را کلیک کنید پنجره **PASSWORD** باز می شود که رمز کاربر از شما می خواهد شماره های رمز کاربر را وارد کنید و سپس نام دانشگاه مورد نظر را انتخاب می کنید اگر رمز صحیح وارد شده باشد دکمه مسوول بررسی مرگ کودکان فعال می شود و شما وارد پنجره صفحه اصلی با امکانات بیشتر جهت مسوول مرگ کودکان می شوید در غیر این پیغام رمز کاربر اشتباه است مواجه خواهید شد که در این صورت شما علامت ضربدر بالا و سمت راست پنجره را کلیک کند که از برنامه خارج شود و دوباره فایل را باز نمایید



انتقال اطلاعات اولیه مرگ کودکان به سایت

در صورتیکه بخواهید تمامی اطلاعات اولیه مرگ کودکان را به سایت انتقال دهید کافی است دکمه مربوطه را کلیک کنید و تمامی اطلاعات اولیه به سایت انتقال داده می شود.

صفحه: گزارش مرگ کودکان

شامل ۴ بخش ورود اطلاعات - گزارش لیستی و جمع بندی اطلاعات off line - گزارش و اصلاح اطلاعات on line و دریافت اطلاعات از سایت on line می باشد :

بخش ورود اطلاعات شامل فرم های زیر می باشد :

- اطلاعات اولیه مرگ کودکان
- بررسی تکمیلی مرگ کودکان ۱-۵۹ ماهه
- گزارش صفر مرگ کودکان بیمارستانها

بخش گزارش لیستی و جمع بندی اطلاعات off line شامل قسمت های زیر می باشد :

- لیست اطلاعات اولیه مرگ کودکان off line
- لیست اطلاعات تکمیلی مرگ کودکان ۱-۵۹ ماهه off line
- لیست اطلاعات صفر مرگ کودکان off line
- گزارش اطلاعات اولیه مرگ کودکان ۱-۵۹ ماهه off line
- نمودارهای اطلاعات تکمیلی مرگ کودکان (فرم B) off line
- نمودارهای اطلاعات تکمیلی مرگ کودکان (فرم J) off line
- نمودارهای اطلاعات تکمیلی مرگ کودکان (فرم D) off line
- نمودارهای اطلاعات تکمیلی مرگ کودکان (فرم H) off line

صفحه اصلی

Iranian Children Health Surveillance System

کلیه اطلاعات به C:\CSO\VEF

انتقال اطلاعات اولیه مرگ کودکان به سایت

انتقال کلیه اطلاعات به C:\CSO\VEF(1.1)

کاربر بررسی مرگ

گزارش مرگ کودکان

پایش و ارزیابی

کمیت و برنامه

گزارش و اصلاح اطلاعات اولیه مرگ کودکان 1 تا 59 ماهه بیمارستان On Line

گزارش و اصلاح اطلاعات اولیه مرگ کودکان 1 تا 59 ماهه بیمارستان On Line

گزارش و اصلاح اطلاعات اولیه مرگ کودکان 1 تا 59 ماهه دانشگاه On Line

گزارش و اصلاح بررسی تکمیلی مرگ On Line

دریافت کلیه اطلاعات اولیه مرگ کودکان از سایت ON Line

دریافت کلیه اطلاعات تکمیلی مرگ کودکان(1-59ماه) ازسایت ON Line

دریافت گزارش صفر مرگ کودکان ازسایت ON Line

دریافت اطلاعات اولیه سال جاری مرگ کودکان ازسایت ON Line

دریافت اطلاعات تکمیلی سال جاری مرگ کودکان(1-59ماه) ازسایت ON Line

اطلاعات اولیه مرگ کودکان

بررسی تکمیلی مرگ کودکان 1-59 ماهه

گزارش صفر مرگ کودکان بیمارستان ها

لیست اطلاعات اولیه مرگ کودکان Off Line

لیست اطلاعات تکمیلی مرگ کودکان 1 تا 59 ماهه Off Line

لیست اطلاعات صفر مرگ کودکان Off Line

گزارش اطلاعات اولیه مرگ کودکان 1 تا 59 ماهه Off Line

نمودارهای اطلاعات تکمیلی مرگ کودکان (فرم B) Off Line

نمودارهای اطلاعات تکمیلی مرگ کودکان (فرم J) Off Line

نمودارهای اطلاعات تکمیلی مرگ کودکان (فرم D) Off Line

نمودارهای اطلاعات تکمیلی مرگ کودکان (فرم H) Off Line

بخش گزارش و اصلاح اطلاعات on line شامل قسمت های زیر می باشد :

- گزارش و اصلاح اطلاعات اولیه مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه بیمارستان on line
- گزارش و اصلاح اطلاعات اولیه مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه شهرستان on line
- گزارش و اصلاح اطلاعات اولیه مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه دانشگاه on line
- گزارش و اصلاح بررسی تکمیلی مرگ on line

بخش دریافت اطلاعات از سایت on line شامل بخش های زیر می باشد :

- دریافت کلیه اطلاعات اولیه مرگ کودکان از سایت on line
- دریافت کلیه اطلاعات تکمیلی مرگ کودکان ۱-۵۹ ماهه از سایت on line
- دریافت گزارش صفر مرگ کودکان از سایت on line
- دریافت اطلاعات اولیه سال جاری مرگ کودکان از سایت on line
- دریافت اطلاعات تکمیلی سال جاری مرگ کودکان ۱-۵۹ ماهه از سایت on line

اطلاعات اولیه مرگ کودکان

با کلیک روی آن فرم اطلاعات اولیه مرگ کودکان (off line) باز می شود که می توانید اطلاعات گزارش فوری را وارد نمایید. قسمت هایی که با فونت سبز مشخص شده ورود اطلاعات اختیاری می باشد و قسمت هایی که با فونت آبی مشخص شده ورود اطلاعات اجباری می باشد یعنی اگر اطلاعات تکمیل نشود وارد مرحله بعدی نمی شود.

در عنوان کد متوفی، نیازی به وارد کردن عدد نمی باشد و پس از ورود نام و نام خانوادگی نرم افزار خودش کد را وارد می کند. سال فوت بصورت پیش فرض مشخص شده است، ماه فوت و روز فوت را وارد کنید. سال تولد، ماه تولد و روز تولد را وارد کنید سن متوفی را خودش محاسبه می کند. (در صورت نداشتن زمان تولد؛ سن متوفی را می توانید مستقیماً وارد کنید) جنس متوفی، ملیت، مکان وقوع فوت، محل سکونت، نام دانشگاه محل سکونت، شهرستان محل سکونت و علت مرگ را وارد نمایید. دو انتخاب دارید یا دکمه حذف و خروج را بزنید در این صورت اطلاعاتی را که وارد کرده اید پاک کرده و وارد صفحه اصلی می شود و یا دکمه پرسشنامه های تکمیلی مرگ کودکان ۱-۵۹ ماهه فعال شده که با کلیک روی آن به صفحه بررسی تکمیلی مرگ کودکان وارد می شوید که با کلیک روی هر یک از پرسشنامه های ب، ج، د، ه می توانید اطلاعات خواسته شده در هر یک از آن ها را وارد نمایید. نرم افزار همان کدی را که در اطلاعات اولیه مرگ کودک به این متوفی داده بود وارد می کند. و می توانید بقیه اطلاعات پرسشنامه را در این قسمت تکمیل نمایید و نهایتاً دکمه انتقال اطلاعات به سایت را بزنید که اطلاعات به سایت پورتال وزارت بهداشت منتقل می شود.

The screenshot shows a web form titled "اطلاعات اولیه مرگ کودکان (OFF Line)". The form includes the following fields and sections:

- کد متوفی:** 0
- شماره پرونده:** [Empty field]
- نام دانشگاه محل فوت:** [Dropdown menu]
- نام شهرستان:** [Dropdown menu]
- فارس:** [Dropdown menu]
- نام بیمارستان:** [Dropdown menu]
- نام متوفی:** [Text input]
- نام خانوادگی متوفی:** [Text input]
- کد ملی متوفی:** [Text input]
- روز فوت:** [Dropdown menu]
- ماه فوت:** [Dropdown menu]
- سال فوت:** 90
- روز تولد:** [Dropdown menu]
- ماه تولد:** [Dropdown menu]
- سال تولد:** [Dropdown menu]
- دقیقه فوت:** [Dropdown menu]
- ساعت فوت:** [Dropdown menu]
- دقیقه تولد:** [Dropdown menu]
- ساعت تولد:** [Dropdown menu]
- سن متوفی (ماه):** [Text input]
- جنس متوفی:** [Dropdown menu]
- ملیت متوفی:** ایرانی
- محل وقوع فوت:** [Dropdown menu]
- محل سکونت:** [Dropdown menu]
- نام دانشگاه محل سکونت:** فارس
- شهرستان محل سکونت:** [Dropdown menu]
- علت مرگ (گروه بندی اصلی):** [Dropdown menu]
- علت مرگ (زیرگروه اصلی):** [Dropdown menu]
- علت مرگ (زیرگروه زیرگروه):** [Dropdown menu]
- سایر:** [Text input]
- تاریخ تکمیل اطلاعات:** [Text input]
- پرسشنامه های تکمیلی مرگ کودکان 1 تا 59 ماهه:** [Text input]
- حذف و خروج:** [Button]

*نکته:

- عدد سن را می توان گرد کرد. اگر سن متوفی بیشتر از ۵۹ ماه باشد پیغام می دهد.
- در قسمت "کد ملی" در صورت عدم اطلاع از کد ملی کودک، کد ملی سرپرست کودک را وارد نمایید. در صورت عدم اطلاع از کد ملی سرپرست کودک، به جای کد ملی کد متوفی را از روی نرم افزار نوشته وبه تعداد رقم های خالی (تا ۱۰ رقم) در ابتدای کد متوفی عدد ۹ را وارد کنید بطور مثال اگر کد متوفی ۱۱۱۲۹۱۱ باشد به جای کد ملی عدد "۹۹۹۱۱۱۲۹۱۱" وارد کنید.
- در صورتی که کامپیوتر زبان فارسی نداشته باشد پیغام به صورت غیر فارسی داده می شود که باید در قسمت language کامپیوتر زبان را به صورت فارسی تنظیم نمود.
- در صورتی که اطلاعات نیاز به ویرایش داشته باشد و اطلاعات را ارسال نکرده باشید به قسمت گزارش اطلاعات اولیه مرگ کودکان ۱-۵۹ ماهه off line بروید و ویرایش لازم را انجام دهید.
- در صورتی که تکمیل پرسشنامه ها را به بعد موکول کرده اید با زدن دکمه انتقال اطلاعات اولیه مرگ کودکان به سایت که در صفحه اصلی قرار دارد می توانید اطلاعات اولیه مرگ کودکان را به سایت منتقل نمایید.

بررسی تکمیلی مرگ کودکان ۱-۵۹ ماهه

با کلیک روی آن وارد صفحه بررسی تکمیلی مرگ کودکان می شوید و به فرم های ب، ج، د، ه برای ورود اطلاعات دسترسی خواهید داشت

- اولین پرسشنامه ای که باید تکمیل شود پرسشنامه ب است که مخصوص بررسی مشخصات کلی خانواده و سوابق سلامت و بیماری متوفی است.
- اگر بلافاصله بعد از تکمیل اطلاعات اولیه مرگ کودکان، اطلاعات پرسشنامه ب را تکمیل می کنید اطلاعات نام دانشگاه، نام شهرستان، نام بیمارستان و سایر اطلاعاتی که در فرم اولیه وارد کرده اید به این پرسشنامه انتقال پیدا کرده است و بقیه اطلاعات را تکمیل می کنید.
- در صورتی که تکمیل پرسشنامه ها را به بعد موکول کرده اید با روی دکمه بررسی تکمیلی مرگ کودکان وارد پرسشنامه ب می شوید و ابتدا با انتخاب در جستجوی کد ملی متوفی و نام خانوادگی متوفی، اطلاعات اولیه را بارگذاری می کنید و سپس بقیه اطلاعات را وارد کنید برای وارد کردن پرسشنامه های ج، د، ه می توانید با انتخاب هر یک از آن ها اطلاعات مربوط را وارد نمایید.
- با زدن دکمه **انتقال اطلاعات به فایل On line** در صورت وصل بودن به اینترنت اطلاعات به سایت پورتال وزارت بهداشت منتقل می شود.
- با زدن دکمه **خروج** و یا **close** و یا با کلیک روی زبانه صفحه اصلی به صفحه اول می روید.
- با زدن دکمه **مداخلات پیشنهادی بر اساس هر یک از پرسشنامه ها** و نوشتن ماه مورد نظر، لیست مداخلات پیشنهادی که نرم افزار بر اساس اطلاعات تکمیل شده فهرست کرده است را مشاهده می کنید.
- با زدن دکمه **گزارش بررسی تکمیلی مرگ** می توانید جدول ۱، ۲، ۳ و جمع بندی دانشگاه را مشاهده نمایید.

گزارش صفر مرگ کودکان در بیمارستان ها

با کلیک روی این قسمت وارد صفحه گزارش صفر ماهیانه مرگ کودکان می شوید نام دانشگاه محل فوت، نام شهرستان، نام بیمارستان، سال، به طور پیش فرض بارگذاری شده است ابتدا ماه مورد نظر را انتخاب کنید و بعد دکمه انتقال گزارش صفر به سایت را بزنید. و برای خروج از این صفحه دکمه خروج و برای حذف آن

دکمه حذف رکورد را کلیک نمایید.

بخش گزارش لیستی و جمع بندی اطلاعات off line :

لیست اطلاعات اولیه مرگ کودکان off line

با زدن کلیک روی این قسمت لیستی از اطلاعات اولیه مرگ کودکان به تفکیک نام دانشگاه، شهرستان، بیمارستان، سال، نام متوفی، جنس، ملیت، سن فوت، مکان فوت، محل سکونت و علت مرگ و کد ملی مشاهده می گردد

انتقال به سایت	نام دانشگاه	نام شهرستان	نام بیمارستان	سال مرگ	نام متوفی	نام خانوادگی	جنس	ملیت	سال تولد	سن فوت	مکان فوت	محل سکونت
ارسال	اصفهان	اصفهان	دکتر غرضی	۹۰		مرویان	دختر	ایرانی	۸۹	۱۹۰۰	بیمارستان	شهر
ارسال	اصفهان	اصفهان	دکتر غرضی	۹۰		مرویان	دختر	ایرانی	۸۹	۰۰۰	بیمارستان	شهر
ارسال	اصفهان	اصفهان	دکتر غرضی	۹۰		میر زایی پسر	پسر	ایرانی	۹۰	۰۰۰	بیمارستان	شهر
عدم ارسال												
Total												۳

که حاصل از تکمیل فرم اطلاعات اولیه مرگ کودکان است .

ماه تولد	روز تولد	روز فوت	ساعت فوت	دقیقه فوت	ساعت تولد	دقیقه تولد	ساعت مرگ	دقیقه مرگ	شماره پرونده	انتقال به سایت	تاریخ ایجاد	کمپلی
										عدم ارسال		222-222222-2
										عدم ارسال		

لیست اطلاعات تکمیلی مرگ کودکان ۱-۵۹ ماهه off line

با زدن کلیک روی این قسمت لیستی از اطلاعات تکمیلی پرسشنامه را با به تفکیک عناوین وارد شده مشاهده می گردد که حاصل از تکمیل پرسشنامه ب می باشد .

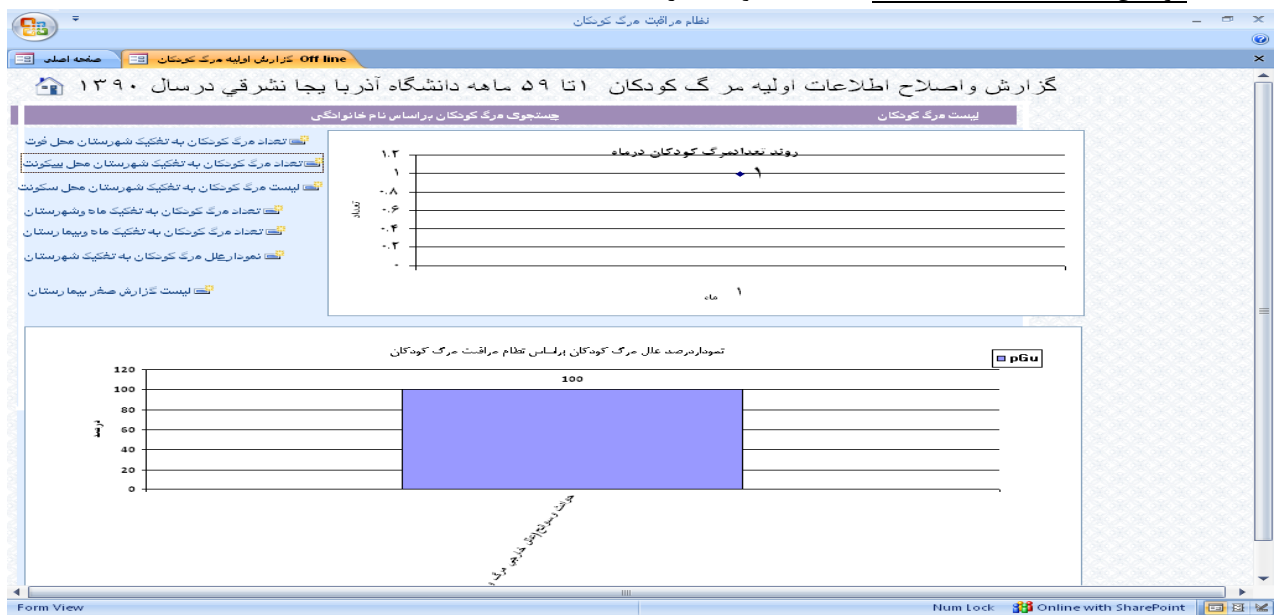
لیست اطلاعات گزارش صفر مرگ کودکان بیمارستان ها off line

با زدن کلیک روی این قسمت لیستی از اطلاعات گزارش صفر بیمارستان ها را با به تفکیک عناوین وارد شده مشاهده می گردد که حاصل از تکمیل فرم گزارش صفر مرگ کودکان می باشد .

گزارش اطلاعات اولیه مرگ کودکان ۱-۵۹ ماهه off line

با زدن کلیک روی این قسمت نمودار روند تعداد مرگ کودکان و درصد علل مرگ کودکان و همچنین لیست های مرگ کودکان به تفکیک شهرستان، بیمارستان و ماه مشاهده می گردد که حاصل از تکمیل فرم اولیه مرگ کودکان می باشد

* در زمان ورود به نرم افزار، در پنجره انتخاب وضعیت هر سالی انتخاب شود، اطلاعات همان سال را در " گزارش اطلاعات اولیه مرگ کودکان ۱-۵۹ ماهه off line " مشاهده خواهید کرد.



نمودارهای اطلاعات تکمیلی مرگ کودکان (فرم B) / (فرم J) / (فرم D) / (فرم H) off line

در نمودارهای اطلاعات تکمیلی هر پرسشنامه ای را که باز نمایید، همه نوارهای مربوط به اطلاعات موجود در همان پرسشنامه باز خواهد شد: کمی صبر کنید تا همه tab ها باز شوند، و سپس tab مورد نظر خود را انتخاب و مطالعه نمایید.

بخش گزارش و اصلاح اطلاعات on line

گزارش و اصلاح اطلاعات اولیه مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه بیمارستان on line

با کلیک روی این قسمت و وارد کردن User name و password خود وارد صفحه on line گزارش اولیه مرگ کودکان بیمارستان می شوید و مسئول مرگ بیمارستان برای ویرایش اطلاعات بیمارستان و همچنین برای دیدن گزارش بیمارستانی می تواند از این قسمت استفاده نماید. در این صفحه دو نمودار می بینید، نمودار بالایی روند تعداد مرگ کودکان در ماه در بیمارستان را نشان می دهد و نمودار پایینی مقایسه درصد علل مرگ کودکان بیمارستان با شهرستان بر اساس نظام مراقبت مرگ کودکان ۱-۵۹ ماهه را نشان می دهد.

بالای صفحه:

- لیست مرگ کودکان در بیمارستان: با کلیک روی این قسمت وارد صفحه لیست بیمارستانی می شوید که لیست همه موارد مرگ وارد شده در سایت را برحسب نام دانشگاه، کد دانشگاه، نام شهرستان، کد شهرستان، نام بیمارستان، سال مرگ، نام متوفی، نام خانوادگی متوفی، جنس، ملیت، سن متوفی، مکان فوت، محل سکونت، دانشگاه محل سکونت، شهرستان محل سکونت، علت مرگ (گروه بندی اصلی)، علت مرگ (زیرگروه)، علت مرگ (تشخیص) می بینید.
- جستجوی مرگ کودکان بر اساس نام خانوادگی (جاری): با کلیک روی این قسمت وارد صفحه جستجوی نام خانوادگی در بیمارستان می شوید و با نوشتن نام خانوادگی کودک متوفی در قسمت جستجوی نام خانوادگی فرم مربوط به گزارش اولیه مرگ کودک را پیدا کنید و اصلاح نمایید.
- اطلاعات تکراری مرگ کودکان: با کلیک روی این قسمت وارد صفحه find duplicates for child death extend \ sep hospital می شوید که اطلاعات تکراری را در این لیست می بینید و می توانید رکورد تکراری را حذف نمایید.



با کلیک روی این قسمت و وارد کردن User name و password خود وارد صفحه on line گزارش اولیه مرگ کودکان شهرستان می شوید و مسئول مرگ شهرستان برای ویرایش اطلاعات شهرستان و همچنین برای دیدن گزارش شهرستانی می تواند از این قسمت استفاده کند. در این صفحه دو نمودار می بینید، نمودار بالایی روند تعداد مرگ کودکان در ماه در شهرستان را نشان می دهد و نمودار پایینی مقایسه درصد علل مرگ کودکان شهرستان با دانشگاه بر اساس نظام مراقبت مرگ کودکان ۱-۵۹ ماهه را نشان می دهد.

بالای صفحه:

- لیست مرگ کودکان در شهرستان: با کلیک روی این قسمت وارد صفحه لیست شهرستانی می شوید که لیست همه موارد مرگ وارد شده در سایت را برحسب نام دانشگاه، کد دانشگاه، نام شهرستان، کد شهرستان، نام بیمارستان، سال مرگ، نام متوفی، نام خانوادگی متوفی، جنس، ملیت، سن متوفی، مکان فوت، محل سکونت، دانشگاه محل سکونت، شهرستان محل سکونت، علت مرگ (گروه بندی اصلی)، علت مرگ (زیرگروه)، علت مرگ (تشخیص) می بینید.
- لیست مرگ کودکان به تفکیک بیمارستان: با کلیک روی این قسمت وارد صفحه لیست بیمارستانی در شهرستان می شوید
- جستجوی مرگ کودکان بر اساس نام خانوادگی: با کلیک روی این قسمت وارد صفحه جستجوی نام خانوادگی در شهرستان می شوید و با نوشتن نام خانوادگی کودک متوفی در قسمت جستجوی نام خانوادگی فرم مربوط به گزارش اولیه مرگ کودک را پیدا کنید و اصلاح نمایید.
- اطلاعات تکراری مرگ کودکان: با کلیک روی این قسمت وارد صفحه find duplicates for child death extend \ sep city می شوید که اطلاعات تکراری را در این لیست می بینید و می توانید رکورد تکراری را حذف نمایید.



گزارش و اصلاح اطلاعات اولیه مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه دانشگاه on line

با کلیک روی این قسمت و وارد کردن User name و password خود وارد صفحه on line گزارش اولیه مرگ کودکان دانشگاه می شوید و مسؤول مرگ دانشگاه برای ویرایش اطلاعات دانشگاه و همچنین برای دیدن گزارش دانشگاهی می تواند از این قسمت استفاده نماید. در این صفحه دو نمودار می بینید، نمودار بالایی روند تعداد مرگ کودکان در ماه در دانشگاه را نشان می دهد و نمودار پایینی مقایسه درصد علل مرگ کودکان دانشگاه با کشور بر اساس نظام مراقبت مرگ کودکان ۱-۵۹ ماهه را نشان می دهد.

سمت چپ صفحه:

- تعداد مرگ کودکان به تفکیک شهرستان محل فوت: با کلیک روی این قسمت وارد صفحه cd city- count می شوید که لیست تعداد مرگ در شهرستان های تابعه دانشگاه را می بینید. با کلیک روی قسمت Total می توانید بر حسب نیاز Sum, Average, Count , Maximum, Minimum, Standard Deviation, Variance آن ها را محاسبه نمایید.
 - تعداد مرگ کودکان به تفکیک شهرستان محل سکونت: با کلیک روی این قسمت وارد صفحه cd place city- count می شوید که لیست تعداد مرگ کودکان در دانشگاه به تفکیک شهرستان محل سکونت را می بینید.
 - تعداد مرگ کودکان به تفکیک ماه و شهرستان: با کلیک روی این قسمت وارد صفحه city cd month می شوید که لیست تعداد مرگ کودکان دانشگاه را به تفکیک سال فوت و ماه فوت نشان می دهد .
 - تعداد مرگ کودکان به تفکیک ماه و بیمارستان: با کلیک روی این قسمت وارد صفحه cd month\ hospital می شوید که لیست تعداد مرگ بر حسب نام بیمارستان و ماه مرگ کودک را نشان می دهد.
 - نمودار مرگ کودکان به تفکیک شهرستان محل فوت: با کلیک روی این قسمت وارد صفحه cd city-diag می شوید که نمودار مرگ کودکان دانشگاه به تفکیک شهرستان محل فوت را نشان می دهد.
 - نمودار علل مرگ کودکان به تفکیک شهرستان: با کلیک روی این قسمت وارد صفحه cd pivotchart می شوید که نمودار تعداد علل مرگ کودکان به تفکیک شهرستان محل فوت را نشان می دهد. که می توانید با نام شهرستان مورد نظر را انتخاب نمایید.
- نکته: در صورتی که بخواهید نمودار علل مرگ کودکان را به تفکیک مثلاً جنس داشته باشید سمت راست نمودار رایت کلیک کنید سپس را انتخاب نمایید و sex را حذف آن روی sex کلیک کنید و دکمه delet را بزنید.

گزارش و اصلاح اطلاعات اولیه مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه دانشگاه در سال ۱۳۸۹

اطلاعات تکراری مرگ کودکان

جستجوی مرگ کودکان بر اساس نام خانوادگی

لیست مرگ کودکان به تفکیک شهرستان

لیست مرگ کودکان در دانشگاه

تعداد مرگ کودکان به تفکیک شهرستان محل فوت

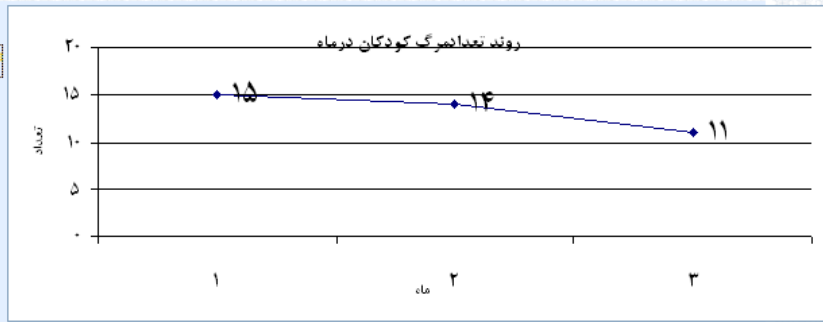
تعداد مرگ کودکان به تفکیک شهرستان محل سکونت

تعداد مرگ کودکان به تفکیک ماه و شهرستان

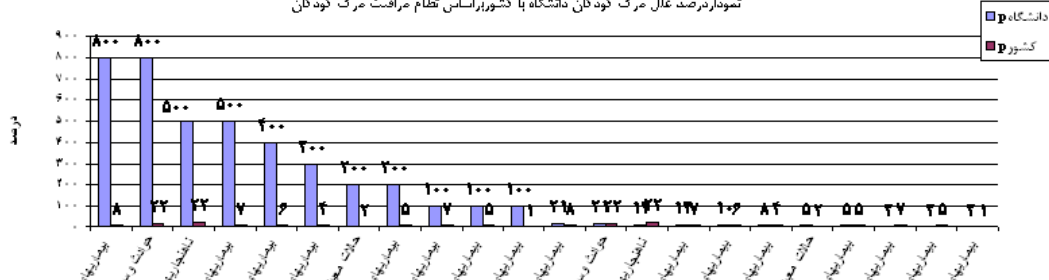
تعداد مرگ کودکان به تفکیک ماه و بیمارستان

نمودار مرگ کودکان به تفکیک شهرستان محل فوت

نمودار جمل مرگ کودکان به تفکیک شهرستان



نمودار درصد عال مرگ کودکان دانشگاه با کشور بر اساس نظام مراقبت مرگ کودکان



گزارش و اصلاح بررسی تکمیلی مرگ on line

با کلیک روی این قسمت اطلاعات و گزارش بررسی تکمیلی مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه on line را می بینید و امکان دسترسی برای ویرایش اطلاعات تکمیلی پرسشنامه ها و دیدن گزارش به تفکیک سطح دانشگاه، شهرستان و بیمارستان را خواهید داشت که شامل قسمت های زیر است:

- جستجو و اصلاح اطلاعات: پرسشنامه های (ب)، (ج)، (د)، (ه) تکمیل شده را در این قسمت می بینید و می توانید اصلاح نمایید. و در قسمت تکراری "ب" تکراری "ج" تکراری "د" تکراری "ه" لیست اطلاعاتی که تکراری وارد شده است را می بینید و می توانید حذف نمایید.
- مداخلات پیشنهادی استخراج شده از: پرسشنامه های تکمیل شده در شهرستان، دانشگاه و کشور را می بینید، که با انتخاب هر یک از آن ها و ماه مورد نظر می توانید مداخلاتی که نرم افزار لیست کرده است را ببینید.
- گزارش اطلاعات به تفکیک:
 - شهرستان: جدول ۱، جدول ۲، گزارش تعداد پرسشنامه شهرستان، نمودار تعداد مرگ شهرستان ها
 - دانشگاه: جدول جمع بندی دانشگاه، گزارش تعداد پرسشنامه دانشگاه
 - جدول جمع بندی کشور

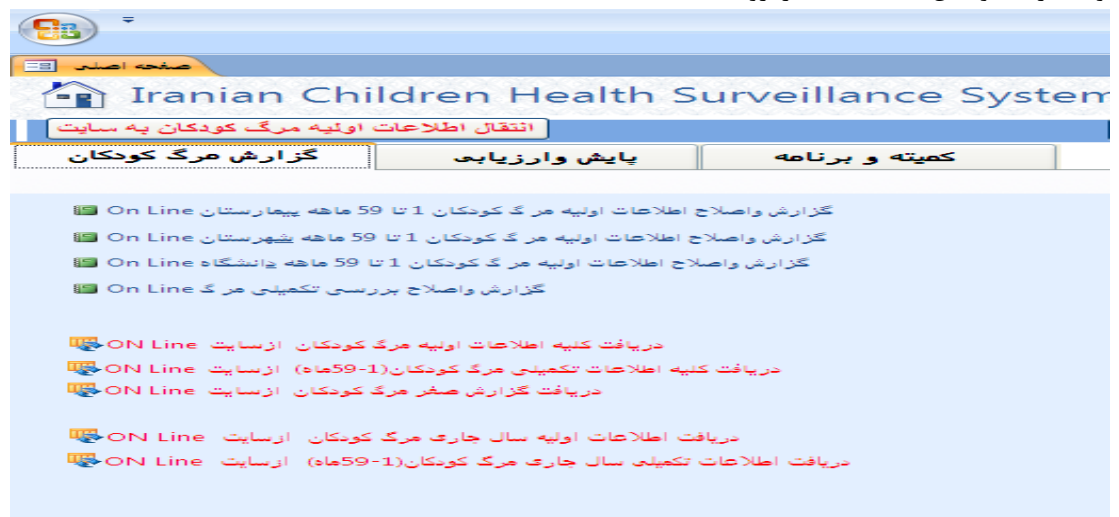


بخش دریافت اطلاعات از سایت on line :

قبل از کلیک روی دکمه های عناوین سمت چپ صفحه گزارش مرگ کودکان بایستی به اینترنت دسترسی داشته باشید

دریافت کلیه اطلاعات اولیه مرگ کودکان از سایت on line

جهت دریافت کلیه اطلاعات اولیه مربوط به مرگهای اتفاق افتاده در تمامی سال های (۸۹-۹۱) با زدن کلیک بر روی این قسمت انتقال تمام داده های تکمیل شده اطلاعات اولیه مرگ کودکان تابعه دانشگاه به فایل شما انجام می شود و پیغام تایید این عمل را اعلام می کند و بعد از این اقدام، مسئول بررسی مرگ کودکان دانشگاه می تواند در هر زمانی حتی مواقعی که به اینترنت دسترسی ندارد گزارش اطلاعات اولیه مرگ کودکان تابعه دانشگاه را رویت نماید .



دریافت کلیه اطلاعات تکمیلی مرگ کودکان (۱-۵۹ ماه) از سایت on line

جهت دریافت کلیه اطلاعات تکمیلی مربوط به مرگهای اتفاق افتاده در سال های (۸۹-۹۱) با زدن کلیک بر روی این قسمت انتقال تمام داده های تکمیل شده اطلاعات تکمیلی مرگ کودکان تابعه دانشگاه به این فایل انجام می شود و پیغام تایید این عمل را اعلام می کند و بعد از این اقدام، مسئول بررسی مرگ کودکان دانشگاه می تواند در هر زمانی حتی مواقعی که به اینترنت دسترسی ندارد گزارش اطلاعات تکمیلی مرگ کودکان تابعه دانشگاه را به تفکیک شهرستان یا بیمارستان و سال رویت نماید .

دریافت اطلاعات گزارش صفر مرگ کودکان از سایت on line

با زدن کلیک بر روی این قسمت انتقال تمام داده های تکمیل شده گزارش صفر مرگ کودکان به این فایل انجام می شود و پیغام تایید این عمل را اعلام می کند و بعد از این اقدام، مسئول بررسی مرگ کودکان دانشگاه می تواند در هر زمانی حتی مواقعی که به اینترنت دسترسی ندارد گزارش صفر مرگ کودکان دانشگاه را به تفکیک شهرستان یا بیمارستان و سال رویت نماید .

دریافت اطلاعات اولیه سال جاری مرگ کودکان از سایت on line

جهت دریافت اطلاعات اولیه مربوط به مرگهای رخ داده در سال ۹۱ با زدن کلیک بر روی این قسمت انتقال تمام فرم های تکمیل شده اطلاعات اولیه مرگ کودکان تابعه دانشگاه به فایل شما انجام می شود و پیغام تایید این عمل را اعلام می کند و بعد از این اقدام، مسئول بررسی مرگ کودکان دانشگاه می تواند در هر زمانی حتی مواقعی که به اینترنت دسترسی ندارد گزارش اطلاعات اولیه مرگ کودکان تابعه دانشگاه را رویت نماید .

دریافت اطلاعات تکمیلی سال جاری مرگ کودکان (۵۹-۱ ماه) از سایت on line

جهت دریافت اطلاعات تکمیلی مربوط به مرگهای رخ داده در سال ۹۱ با زدن کلیک بر روی این قسمت انتقال تمام فرم های تکمیل شده اطلاعات تکمیلی مرگ کودکان تابعه دانشگاه به این فایل انجام می شود و پیغام تایید این عمل را اعلام می کند و بعد از این اقدام، مسئول بررسی مرگ کودکان دانشگاه می تواند در هر زمانی حتی مواقعی که به اینترنت دسترسی ندارد گزارش اطلاعات تکمیلی مرگ کودکان تابعه دانشگاه را به تفکیک شهرستان یا بیمارستان و سال رویت نماید .

صفحه: پایش و ارزیابی

شامل ۴ بخش ورود اطلاعات - گزارش لیستی و جمع بندی اطلاعات off line - گزارش و اصلاح اطلاعات on line و دریافت اطلاعات از سایت on line می باشد :

بخش ورود اطلاعات شامل فرم های زیر می باشد :

- ارزیابی بخش های بیمارستان
- پایش نظام مراقبت مرگ کودکان در بیمارستان
- پایش نظام مراقبت مرگ کودکان در شهرستان
- پایش بینی نظارت های مرگ کودکان
- عملکرد نظارت های مرگ کودکان

بخش گزارش لیستی و جمع بندی اطلاعات off line شامل قسمت های زیر می باشد :

- لیست ارزیابی بخش های بیمارستان off line
- لیست پایش نظام مراقبت مرگ کودکان در بیمارستان off line
- لیست پایش نظام مراقبت مرگ کودکان در شهرستان off line
- لیست پایش بینی نظارت ها off line
- لیست عملکرد وضعیت نظارت ها off line

گزارش مرگ کودکان	پایش و ارزیابی	کمیت و برنامه
گزارش ارزیابی بخش های بیمارستان On Line	گزارش پایش نظام مراقبت مرگ کودکان On Line	گزارش ارزیابی بخش های بیمارستان
گزارش پایش نظام مراقبت مرگ کودکان On Line	گزارش پایش نظام مراقبت مرگ کودکان در شهرستان	گزارش پایش نظام مراقبت مرگ کودکان در بیمارستان Off Line
گزارش پایش نظام مراقبت مرگ کودکان در شهرستان	گزارش پایش بینی برنامه نظارت سالانه Off Line	گزارش عملکرد نظارت های نظام مرگ کودکان
دریافت اطلاعات ارزیابی بیمارستانها از سایت ON Line	دریافت اطلاعات پایش نظام مراقبت مرگ کودکان از سایت ON Line	لیست ارزیابی بخش های بیمارستان Off Line
دریافت اطلاعات عملکرد نظارت مرگ کودکان از سایت ON Line	دریافت اطلاعات پایش نظام مراقبت مرگ کودکان از سایت ON Line	لیست پایش نظام مراقبت مرگ کودکان در بیمارستان Off Line
دریافت اطلاعات عملکرد نظارت مرگ کودکان از سایت ON Line	دریافت اطلاعات پایش بینی نظارت ها Off Line	لیست پایش نظام مراقبت مرگ کودکان در شهرستان Off Line
	دریافت اطلاعات عملکرد وضعیت نظارت ها Off Line	لیست پایش بینی نظارت ها Off Line
		لیست عملکرد وضعیت نظارت ها Off Line

بخش گزارش و اصلاح اطلاعات on line شامل زیر می باشد :

- گزارش ارزیابی بخش های بیمارستان on line
- گزارش پایش نظام مراقبت مرگ کودکان on line

بخش دریافت اطلاعات شامل بخش های زیر می باشد :

- دریافت اطلاعات ارزیابی بخش های بیمارستان از سایت on line
- دریافت پایش نظام مراقبت مرگ کودکان از سایت on line
- دریافت عملکرد نظارت مرگ کودکان از سایت on line

بخش ورود اطلاعات

ارزیابی بخش های بیمارستان

با کلیک روی آن به صفحه ارزیابی بخش وارد می‌شوید. در قسمت چک لیست بررسی بخش‌های بیمارستان (off line) نام دانشگاه، نام شهرستان، نام بیمارستان، نام بخش مورد بررسی، نام مدیر خدمات پرستاری و نام سرپرستار بخش را وارد نمایید. و پس از ورود سایر اطلاعات خواسته شده امتیاز هر یک از عناوین خواسته شده و جمع کل نمره محاسبه شده را وارد نمایید. سپس با زدن دکمه **انتقال اطلاعات به سایت** شده به سایت وزارت بهداشت منتقل می‌شود.

انتقال اطلاعات به سایت		چک لیست بررسی بخش های بیمارستان (OFF Line)		وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی	
عنوان مورد پایش:	امتیاز کسب شده	حداکثر امتیاز	عنوان مورد پایش:	امتیاز کسب شده	حداکثر امتیاز
ثبت اطلاعات در پرونده و فلز جارت بیماران:	0	5	تجهیزات:	0	13
گزارشات پرستاری در پرونده:	0	10	امکانات اکسیژن رسانی:	0	4
گزارش پزشکی در پرونده بیمار:	0	4	دارو در مسافسی:	0	6
نحوه ثبت در کاردکس:	0	7	سرم درمسافسی:	0	6
ثبت اطلاعات در دفتر مربوطه:	0	5	مواد زین ایمنی:	0	5
نقشه آموزشی:	0	3	گزارش کوپرس شوشت:	0	5
تجهیزات:	0	3	موادین کنترل عفونت:	0	8
امکانات اکسیژن رسانی:	0	4	رعایت موازن بهداشت فردی:	0	3
دارو در مسافسی:	0	6	حمل ونقل:	0	3
سرم درمسافسی:	0	6	رضایت بیماران:	0	5
مواد زین ایمنی:	0	5	ارزیابی فعالیت های آموزشی:	0	5
گزارش کوپرس شوشت:	0	5	ارزیابی عملکرد سرپرستار در حیطه کنترل:	0	3
موادین کنترل عفونت:	0	8	جمع کل:	0	100
رعایت موازن بهداشت فردی:	0	3			
حمل ونقل:	0	3			
رضایت بیماران:	0	5			
ارزیابی فعالیت های آموزشی:	0	5			
ارزیابی عملکرد سرپرستار در حیطه کنترل:	0	3			
جمع کل:	0	100			

پایش نظام مراقبت مرگ کودکان در بیمارستان

با کلیک روی آن به صفحه پایش بیمارستان وارد می‌شوید پس از انتخاب نام دانشگاه، شهرستان، نام بیمارستان، تاریخ پایش و امتیاز هر یک از موارد بررسی شده را وارد نمایید و پس از وارد کردن نمره سؤال ۱۸ با **Enter** کردن جمع کل نمرات داده شده را مشاهده نمایید. و برای ورود نتیجه پایش بیمارستان بعدی به رکورد بعدی وارد شوید. و با زدن دکمه انتقال اطلاعات به سایت برداشته شده و به سایت وزارت بهداشت منتقل می‌شود.

انتقال اطلاعات به سایت		چک لیست پایش 33		نام بیمارستان:	
ردیف	عنوان فعالیت	امتیاز کسب شده	حداکثر امتیاز	توضیحات	نام دانشگاه:
1	موجود بودن ابلاغ اعضای کمیته کاهش مرگ و میر کودکان 59111 ماهه وسنور ابلاغ برای اعضای جدید:	0	2	کامل: 2 ناقص: 1 عدم: 0	نام شهرستان:
2	دستورسی مسئول بررسی مرگ ومیر کودکان 59111 ماهه به تلفن مستقیم، رایانه و اینترنت:	0	3	هرسه مورد: 3 دو مورد: 2 یک مورد: 1 عدم: 0	نام بیمارستان:
3	گزارش تمام مرگهای گروه سنی 59111 ماهه:	0	3	تمام موارد: 3 عدم: 0	سال: 1390
4	تکمیل و انتقال کلیه اطلاعات اولیه مرگ کودکان 59111 ماهه به سایت در کمتر از 24 ساعت:	0	3	سه مورد کمتر از 24 ساعت: 3 دو مورد کمتر از 24 ساعت: 2 یک مورد کمتر از 24 ساعت: 1 عدم: 0	فصل پایش:
5	تکمیل اطلاعات پرستارنامه های مرگ کودکان حداکثر تا یک هفته بعد از وقوع مرگ:	0	4	کامل: 4 ناقص: 3 عدم: 0	
6	تکمیل صحیح اطلاعات پرستارنامه های مرگ کودکان و انتقال به سایت:	0	12	هر پرستارنامه: 3 عدم: 0	
7	تکمیل و انتقال اطلاعات اعضا کمیته مرگ بیمارستانی به سایت:	0	4	انتقال اطلاعات: 4 عدم: 0	
8	استخراج مداخلات پیشنه‌ی (از پرستارنامه ها، ارزیابی بخش، پرونده و...) قبل از برگزاری کمیته:	0	9	مشاهده لیست مداخلات: 9 توانایی استخراج مداخلات: 5	
9	برگزاری کمیته بیمارستانی بررسی مرگ کودکان 59111 ماهه با حضور دو سوم اعضای اصلی:	0	8	هر یک ماه: 8 هر دو ماه: 6 هر سه ماه: 4 بقیه: 0	
10	تصویب مداخلات پیشنه‌ی استخراج شده از پرستارنامه ها در کمیته بررسی مرگ کودکان:	0	6	زودر مصوبه: 6 عدم: 0	
11	تجهیز لیست فعالیت‌های مربوط به هر کدام از مداخلات، (مشاهده لیست فعالیت‌های تفصیلی):	0	8	کامل: 8 ناقص: 4 عدم: 0	
12	ابلاغ مصوبات (مداخلات، فعالیت‌ها) کمیته مرگ کودکان به سطوح مسئول تا یک هفته پس از برگزاری کمیته:	0	4	کامل: 4 ناقص: 2 عدم: 0	
13	پیگیری های انجام شده فعالیت‌های تصویب شده در کمیته:	0	7	کلی و کامل: 7 کلی و ناقص: 5 تمامی: 3 عدم: 0	
14	پیگیری و جمع بندی علت عدم اجرای مداخله:	0	6	کلی: 6 تمامی: 4 عدم: 0	
15	ارائه گزارش اجرای مداخلات تصویب شده در کمیته قبل در کمیته حاضر:	0	5	شاهی: 2 عدم: 0	
16	ارسال گزارش کمیته به همراه فرم فعالیت‌های تفصیلی طی مدت حداکثر یک ماه به سایت:	0	5	هر یک ماه: 5 هر دو ماه: 3 هر سه ماه: 2 بقیه: 0	
17	ارسال به موقع اطلاعات تکمیلی مرگ کودکان به مسئول بررسی مرگ کودکان:	0	5	هر هفته: 5 هر دو هفته: 2 بقیه: 0	
18	ارسال گزارش عملکرد فعالیت‌های تفصیلی و علت عدم انجام آن:	0	6	هر سه ماه: 6 هر دو ماه: 4 هر ماه: 2 بقیه: 0	
	جمع کل:	0	100		

پایش نظام مراقبت مرگ کودکان در شهرستان

با کلیک روی آن به صفحه پایش شهرستان وارد می‌شوید و به فرم پایش عملکرد شهرستان دسترسی دارید. پس از انتخاب نام دانشگاه، شهرستان و نام بیمارستان امتیاز هر یک از موارد بررسی شده را وارد نمایید و برای ورود نتیجه پایش شهرستان بعدی به رکورد بعدی بروید و با زدن دکمه انتقال اطلاعات به سایت اطلاعات از این قسمت برداشته شده و به سایت وزارت بهداشت منتقل می‌شود.

پیش بینی برنامه نظارت سالانه

اطلاعات پیش بینی زمان نظارت برنامه مرگ کودکان در صفحه جدول پیش بینی نظارت به شرح زیر وارد گردد :

*انتخاب نام کارشناس بازدید کننده(قبلا باید نام کارشناس در قسمت "فرم اطلاعات اعضای کمیته ها" وارد شده باشد تا بتوانید انتخاب کنید) ، شهرستان مورد بازدید ویابیمارستان مورد بازدید و سپس پیش بینی زمان ، را انتخاب و تکمیل کنید و اطلاعات تکمیل شده بالا در جدول پایین لیست می گردد و به همین ترتیب ردیف های بعدی را تکمیل می کنید. در نهایت با زدن دکمه انتقال اطلاعات به سایت، اطلاعات وارد شده به سایت وزارت بهداشت منتقل می شود.

جدول پیش بینی زمان نظارت های برنامه مرگ کودک		آدرس: آذربایجان شرقی	سال: 1390	انتقال اطلاعات به سایت
نام کارشناس بازدیدکننده:	شهرستان موردبازدید:	بیمارستان موردبازدید:	خاتم الانبیاء میانه	پیش بینی زمان:
حسینی	کلین	بیمارستان موردبازدید	خاتم الانبیاء میانه	پیش بینی زمان
حسینی	میانه	کلین	خاتم الانبیاء میانه	اردیبهشت
حسینی	حسینی	میانه	خاتم الانبیاء میانه	خرداد

عملکرد نظارت های مرگ کودکان

این صفحه وضعیت انجام نظارت های برنامه مرگ کودکان را نشان میدهد که اطلاعات برنامه، نام کارشناس ناظر، شهرستان موردبازدید، بیمارستان مورد بازدید و پیش بینی زمان آن بارگذاری شده است و باید براساس پیش بینی زمان نظارت ، وضعیت انجام آن هر سه ماه یکبار تکمیل گردد و سپس در صورت انجام، زمان آن رامشخص کنید یا در صورت عدم انجام یا تاخیر افتادن آن علت را تایپ کنید.

وضعیت انجام نظارت های بررسی مرگ کودکان		آدرس: آذربایجان شرقی	سال: 1390	ارسال به سایت		
نام کارشناس ناظر	شهرستان موردبازدید	بیمارستان موردبازدید	پیش بینی زمان	وضعیت انجام	زمان انجام	علت تاخیر با عدم اجرا
حسینی	کلین	امام خمینی کلین	اردیبهشت			
حسینی	میانه	خاتم الانبیاء میانه	خرداد			
حسینی	2	2	2	0		

در نهایت با

انتخاب دکمه ارسال به سایت، اطلاعات وارد شده براساس عملکرد سه ماهه سال جاری به سایت وزارت بهداشت منتقل می شود.

وضعیت انجام نظارت های بررسی مرگ کودکان		آدرس: آذربایجان شرقی	سال: 1390	ارسال به سایت		
نام کارشناس ناظر	شهرستان موردبازدید	بیمارستان موردبازدید	پیش بینی زمان	وضعیت انجام	زمان انجام	علت تاخیر با عدم اجرا
حسینی	کلین	امام خمینی کلین	اردیبهشت	انجام شده	اردیبهشت	
حسینی	میانه	خاتم الانبیاء میانه	خرداد	تأخیر افتاده		نداشتن وسیله نظاره
حسینی	2	2	2	2		

عملکرد سه ماهه اول
عملکرد سه ماهه دوم
عملکرد سه ماهه سوم
عملکرد سه ماهه چهارم

بخش گزارش لیستی و جمع بندی اطلاعات off line

لیست ارزیابی بخش های بیمارستان ها off line

در این صفحه لیست ارزیابی بخش های بیمارستان ها که قبلاً در فرم ارزیابی بخش بیمارستان تکمیل گردیده است ملاحظه می گردد

انتقال به سایت	دانشگاه	شهرستان	بیمارستان	ماه	سال	مدیرپرستاری	بخش	سرپرستاربخش	تعداد بیماران	تعداد تخت	پرستار
عدم ارسال	آذربایجان شرقی	کلبر	امام خمینی کلبر	۱	۱۳۹۰	اکبری لطفال			۱۲۰	۲۰۰	۸۰
* عدم ارسال											
Total											

لیست پایش نظام مراقبت مرگ کودکان off line

در این صفحه لیست پایش نظام مراقبت مرگ کودکان که قبلاً در فرم مربوطه تکمیل گردیده است ملاحظه می گردد

نام دانشگاه	نام شهرستان	نام بیمارستان	فصل	سال	تعدادپایش	ابلاغ اعضای کم	دسترسی تلفن	گزارش تمام مرگها	تفاوت بین تاریخ و گزارش مرگ	تفاوت بین تاریخ
آذربایجان شرقی	کلبر	امام خمینی کلبر	بهار	۱۳۹۰	۱	۲	۲	۲	۲	۲
Total										

لیست پیش بینی نظارت ها off line

در این صفحه لیست پیش بینی نظارت های برنامه مرگ کودکان که قبلاً در فرم پیش بینی نظارت ها تکمیل گردیده بود ملاحظه می گردد .

انتقال به سایت	نام کارشناس نظارت	شهرستان موردبررسی	بیمارستان موردبررسی	پیش بینی زمان	فروردین	اردیبهشت
عدم ارسال	علی حسینی	کلبر				
عدم ارسال	علی حسینی	میانه				
عدم ارسال	علی حسینی					
* عدم ارسال						
Total				2	2	0

لیست وضعیت عملکرد نظارت ها off line

در این صفحه لیست وضعیت عملکرد نظارت های برنامه مرگ کودکان که قبلاً در فرم عملکرد نظارت ها تکمیل و ارسال گردیده بود ملاحظه می گردد .

انتقال به سایت	نام کارشناس نظارت	شهرستان موردبررسی	بیمارستان موردبررسی	پیش بینی زمان	وضعیت انجام	زمان انجام	نکات تلخیر با عدم اجرا
ارسال	کلبر	امام خمینی کلبر		اردیبهشت	انجام شده	اردیبهشت	
ارسال	میانه	خاتم الانبیا میانه		خرداد	تلخیر افتاده		نداشتن وسیله نظیره
* عدم ارسال							
Total				2	2	2	

بخش دریافت اطلاعات

دریافت اطلاعات ارزیابی بخش های بیمارستان از سایت on line

با زدن کلیک بر روی این قسمت انتقال اطلاعات ارزیابی بخش های بیمارستان به این فایل انجام می شود و مسئول بررسی مرگ کودکان می تواند گزارش اطلاعات ارزیابی بخش های بیمارستان به تفکیک شهرستان یا بیمارستان را رویت نماید

دریافت پایش نظام مراقبت مرگ کودکان از سایت on line

با زدن کلیک بر روی این قسمت انتقال اطلاعات پایش نظام مراقبت مرگ کودکان به این فایل انجام می شود و مسئول بررسی مرگ کودکان می تواند گزارش اطلاعات پایش نظام مراقبت مرگ کودکان به تفکیک شهرستان یا بیمارستان را رویت نماید .

دریافت عملکرد نظارت مرگ کودکان از سایت on line

با زدن کلیک بر روی این قسمت انتقال اطلاعات عملکرد نظارت برنامه مرگ کودکان به این فایل انجام می شود و مسئول بررسی مرگ کودکان می تواند گزارش اطلاعات عملکرد نظارت برنامه مرگ را به تفکیک شهرستان رویت نماید

بخش گزارش و اصلاح اطلاعات on line

گزارش ارزیابی بخش های بیمارستان on line

با کلیک روی این قسمت وارد صفحه بررسی بخش های بیمارستان می شوید و امکان دسترسی برای دیدن گزارش ارزیابی بخش های بیمارستان را خواهید داشت و قسمت های زیر را مشاهده می کنید:

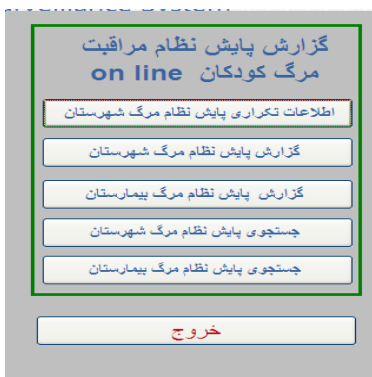
- اطلاعات تکراری on line: با کلیک روی این قسمت وارد صفحه find duplicates for hospital evaluation می شوید که می توانید اطلاعات تکراری وارد شده به سایت را پیدا کرده و حذف نمایید.
- جمع بندی ارزیابی بیمارستان به تفکیک دانشگاه on line: با کلیک روی این قسمت وارد صفحه q university می شوید که لیست ارزیابی های بیمارستانی وارد شده به سایت را می بینید.
- جمع بندی ارزیابی بیمارستان به تفکیک شهرستان on line: با کلیک روی این قسمت وارد صفحه q city می شوید که لیست ارزیابی بیمارستان های انجام شده و وارد شده به سایت را در این قسمت می بینید.
- اصلاح بررسی بخش های بیمارستان on line: با کلیک روی این قسمت وارد صفحه frmC می شوید که می توانید اطلاعات بخش های بیمارستانی وارد شده به سایت را در این قسمت اصلاح نمایید.



گزارش پایش نظام مراقبت مرگ کودکان on line

با کلیک روی این قسمت امکان دسترسی برای دیدن گزارش پایش نظام مراقبت مرگ کودکان را خواهید داشت و قسمت های زیر را می بینید:

- اطلاعات تکراری پایش نظام مراقبت مرگ شهرستان: با کلیک روی این قسمت وارد صفحه find duplication for cso monitoring می شوید که می توانید اطلاعات تکراری وارد شده را در این قسمت ببینید و حذف نمایید.
- گزارش پایش نظام مرگ شهرستان: با کلیک روی این قسمت وارد صفحه cso city monitoring extend query می شوید و لیست پایش نظام مراقبت مرگ کودکان شهرستان را که وارد سایت شده است در این قسمت می بینید.
- گزارش پایش نظام مرگ بیمارستان: با کلیک روی این قسمت وارد صفحه cso hospital monitoring extend query می شوید و لیست پایش نظام مراقبت مرگ کودکان بیمارستان را که به سایت وارد کرده اید می بینید.
- جستجوی پایش نظام مرگ شهرستان: با کلیک روی این قسمت وارد صفحه cso city monitoring extend subform می شوید و لیست پایش هایی که از نظام مراقبت مرگ شهرستان انجام و وارد سایت شده است را می بینید و می توانید اطلاعات مورد نظر را از آن بردارید.
- جستجوی پایش نظام مرگ بیمارستان: با کلیک روی این قسمت وارد صفحه cso hospital monitoring extend subform می شوید و لیست پایش هایی که از نظام مراقبت مرگ بیمارستان انجام و وارد سایت شده است را می بینید و می توانید اطلاعات مورد نظر را از آن بردارید و با اصلاح نمایید.



صفحه: کمیته و برنامه

شامل ۴ بخش ورود اطلاعات - گزارش لیستی و جمع بندی اطلاعات **off line** - گزارش و اصلاح اطلاعات **on line** و دریافت اطلاعات از سایت **on line** می باشد :

بخش ورود اطلاعات شامل فرم های زیر می باشد :

- فرم اطلاعات اعضای کمیته **off line**
- فرم برنامه عملیاتی مرگ کودکان **off line**
- صورتجلسه کمیته ها **off line**
- فرم عملکرد فعالیت برنامه **off line**

بخش گزارش لیستی و جمع بندی اطلاعات **off line** شامل قسمت های زیر می باشد :

- لیست اطلاعات اعضای کمیته **off line**
- لیست برنامه عملیاتی **off line**
- لیست صورتجلسه کمیته ها **off line**
- لیست مداخلات کمیته ها **off line**
- لیست فعالیت های برنامه **off line**
- لیست عملکرد فعالیت های برنامه **off line**

گزارش مرگ کودکان	پایش و ارزیابی	کمیته و برنامه
گزارش و اصلاح فعالیت ها، مداخلات و کمیته های مرگ کودکان On Line	گزارش و اصلاح اطلاعات اعضای کمیته های مرگ کودکان On Line	فرم اطلاعات اعضای کمیته ها Off Line فرم برنامه عملیاتی مرگ کودکان Off Line صورتجلسه کمیته ها Off Line عملکرد فعالیت های برنامه ها
دریافت اطلاعات اعضای کمیته ها از سایت ON Line	دریافت اطلاعات برنامه عملیاتی از سایت ON Line	لیست اطلاعات اعضای کمیته Off Line لیست برنامه عملیاتی Off Line لیست صورتجلسه کمیته ها Off Line لیست مداخلات کمیته ها Off Line لیست فعالیت های برنامه Off Line لیست عملکرد فعالیت های برنامه Off Line
دریافت صورتجلسه کمیته ها از سایت ON Line	دریافت اطلاعات عملکرد برنامه ها از سایت ON Line	
دریافت اطلاعات پیش بینی نظارت مرگ کودکان از سایت ON Line		

بخش گزارش و اصلاح اطلاعات **on line** شامل زیر می باشد :

- گزارش و اصلاح فعالیت ها، مداخلات و کمیته های مرگ کودکان **on line**
- گزارش و اصلاح اطلاعات اعضای کمیته های مرگ کودکان **on line**

بخش دریافت اطلاعات از سایت **on line** شامل بخش های زیر می باشد :

- دریافت اطلاعات اعضای کمیته از سایت **on line**
- دریافت اطلاعات برنامه عملیاتی از سایت **on line**
- دریافت اطلاعات صورتجلسه کمیته ها از سایت **on line**
- دریافت اطلاعات عملکرد برنامه ها از سایت **on line**
- دریافت اطلاعات پیش بینی نظارت مرگ کودکان از سایت **on line**

با زدن کلیک بر روی این قسمت فرم اطلاعات اعضای کمیته مشاهده می گردد . در نوار آبی بالای صفحه نام دانشگاه ، نام شهرستان و نام بیمارستان بارگذاری شده است واز داخل این فرم قابل تغییر نیست (برای تغییر باید فرم بسته شود ودر صفحه اصلی با کلیک روی تغییر کاربرنام دانشگاه یا شهرستان و بیمارستان را انتخاب نمایید) ، جستجوی نام اعضای در مواردی استفاده می شود که بخواهید نام یکی از اعضای کمیته را پیدا کنید. کد وقتی که نام و نام خانوادگی درج می گردد این کد خود به خود بارگذاری می شود در قسمت پایین نوار آبی مشخصات اعضای کمیته های مرگ کودکان به ترتیب زیر وارد نمایید:

سال بصورت پیش فرض انتخاب شده ولی قابل تغییر می باشد ، نام و نام خانوادگی را تایپ کنید، جنسیت (مذکر و مونث) ، تحصیلات (فوق تخصص کودکان ، لیسانس ، فوق لیسانس ، فوق دیپلم و) ، محل خدمت (مرکز بهداشتی درمانی ، بیمارستان ، ستاد شهرستان و) ، سمت (استاد ، دانشیار ، مربی و) ، عضو هیئت علمی (بلی وخیر) ، عضویت در هسته آموزشی (بلی وخیر) ، سال عضویت در هسته آموزشی (صفر ، ۱۳۸۸ ، ۱۳۸۷ و) را از لیست پیش فرض انتخاب کنید وسابقه فعالیت (به سال) ، تلفن ، موبایل و ایمیل فرد نوشته می شود .

در جدول پایین صفحه اگر دوره آموزشی گذارنده اند به ترتیب زیر وارد می شود:

نام برنامه (کودک سالم – مانا – مرگ و شیر مادر) ، نحوه آموزش (کارگاه ، سمینار ، جلسه و) ، زمان آموزش (چند ساعت – روز – ۲روز و) را از لیست پیش فرض انتخاب کنید و کد آموزش ، نام آموزش وتاریخ آموزش تایپ شود .

برای پاک کردن اطلاعات هر رکورد دکمه حذف را کلیک نمایید ، در نهایت با زدن دکمه انتقال اطلاعات به سایت ، اطلاعات وارد شده به سایت وزارت بهداشت منتقل می شود .

فرم برنامه عملیاتی مرگ کودکان off line

در این صفحه اطلاعات برنامه عملیاتی مرگ کودکان در سه مرحله به شرح زیر تکمیل می گردد :

مرحله اول: مشخص کردن اهداف اختصاصی برنامه

در ردیف اول ، سال برنامه بصورت پیش فرض مشخص شده است ولی ماه تدوین برنامه را انتخاب کنید (زمانی که ماه درج می گردد بطور خودکار شماره زده می شود) ،

ردیف دوم : در هر صفحه از برنامه عملیاتی یک هدف اختصاصی را ثبت کنید و سپس جدول راهکارها مربوط به هر هدف را به شرح ذیل تکمیل گردد :

مرحله دوم: مشخص کردن راهکارها (استراتژی ها) برنامه جهت رسیدن به هدف اختصاصی مشخص شده:

* **بند** شماره ای است که بطور خودکار داده می شود (در صورتی که می خواهید راهکاری روی اهداف از قبل تعیین شده اضافه کنید باید بند را بطور دستی عددی وارد کنید که تکراری نباشد)

عنوان راهکار / مداخله را به دو روش می توانید ثبت کنید عنوان مداخله را می توانید تایپ کنید یا از لیست پیش فرض آن را انتخاب کنید ، **سطح مداخله** (شهرستان ، دانشگاه ، معاونت درمان و) : مداخله در هر سطحی که باید انجام گیرد را مشخص کنید **مسوول اجرا** را از لیست پیش فرض انتخاب کنید یا می توانید تایپ کنید **زمان اجرا** مداخله را بر حسب ماه انتخاب کنید و **مدت اجرا** که این مداخله ممکن طول بکشد را درج نمایید . و به همین ترتیب مداخلات دیگر را برای همین هدف مشخص کنید برای پاک کردن اطلاعات هر رکورد دکمه حذف را کلیک نمایید و جهت خارج شدن از صفحه دکمه خروج را می زنیم .

بند	عنوان راهکار / مداخله	سطح مداخله	مسوول اجرا	زمان اجرا	مدت اجرا
1	آموزش هسته آموزشی شهرستان های تابعه در مورد ثبت علت مرگ	معاونت بهداشت	مسوول بررسی مرگ خارج بیمارستان	اردیبهشت	سه ماه
2	همانگی با معاونت آموزشی در مورد نیاز آموزشی ثبت صحیح علت مرگ	معاونت بهداشت	مسوول بررسی مرگ خارج بیمارستان	اردیبهشت	یکماه
3					

مرحله سوم: مشخص کردن فعالیت های برنامه براساس راهکارهای مشخص شده:

سپس در سمت راست و پایین صفحه با کلیک بر روی عنوان "**جدول فعالیت های تفصیلی**" صفحه ای باز می شود که اطلاعات فعالیت های تفصیلی هر برنامه را براساس هر راهکار به شرح زیر تکمیل نمایید : ابتدا در قسمت بالای این صفحه با کلیک روی **جستجوی عنوان وکد مداخله** ، مداخله مورد نظر را انتخاب می کنیم تا در **عنوان مداخله** جدول فعالیت تفصیلی قرارگیرد سپس جدول فعالیت ها را براساس این مداخله به شرح زیر تکمیل می گردد :

عنوان فعالیت	نوع فعالیت	تعداد	مدت	زمان انجام	واحد فعالیت

واحد فعالیت را از لیست پیش فرض (کارگاه ، سمینار ، جلسه و) باید انتخاب کنید

عنوان فعالیت را می توانید تایپ کنید یا از لیست پیش فرض (کودک سالم ، مانا و.....) انتخاب کنید

گروه هدف که فعالیت برای آن انجام می گیرد را می توانید تایپ کنید یا از لیست پیش فرض (مسوولین ، پزشک ، کارشناس و.....) انتخاب کنید

تعداد به گروه هدف برمی گردد که آنرا تایپ نمایید بطور مثال " ۳۰ "تعداد افراد شرکت کننده در کارگاه

مدت زمانی که این فعالیت طول می کشد را می توانید تایپ کنید یا از لیست پیش فرض (یک روز ، دو روز و) انتخاب کنید.

در صورتی که واحد فعالیت، "کارگاه" است، منظور از "مدت" تعداد روزهای کارگاه می باشد.

زمان اتمام فعالیت را بر حسب ماه بایدانتخاب کنید

نوع فعالیت (مداخله ای و جاری) اختیاری می باشد در صورت انتخاب نکردن بصورت پیش فرض مداخله ای در نظر گرفته می شود

و به همین ترتیب فعالیت های دیگر را برای همین راهکار در ردیف های بعدی مشخص کنید

صفحه اصلی جدول فعالیت تفضیلی

انتقال اطلاعات به سایت

جدول فعالیت های تفضیلی برنامه دانشگاه آذربایجان شرقی شهرستان بیمارستان

جستجوی عنوان و کد مداخله: 1013901

سال: 1390 شروع: 2 مدت(ماه): 3 خروج

عنوان مداخله: آموزش هسته آموزشی شهرستان های تابعه در مورد ثبت علت مرگ سطح مداخله: معاونت بهداشت فرد مسئول: مسئول بررسی مرگ خارج بید

واحد فعالیت	عنوان فعالیت	گروه هدف	تعداد	مدت	زمان انجام	نوع فعالیت
کارگاه	ثبت علت مرگ کودکان براساس ICD10	مسولین	20	یک روز	اردیبهشت	مداخله ای
کارگاه	ثبت علت مرگ کودکان براساس ICD10	بزشک	30	یک روز	خرداد	مداخله ای
ندوین دستورالعمل	ثبت علت مرگ کودکان براساس ICD10	بزشک	300	یک هفته	خرداد	مداخله ای

Record: 1 of 3

در نهایت با زدن دکمه "انتقال اطلاعات به سایت" اطلاعات وارد شده به سایت وزارت بهداشت منتقل می شود و جهت خارج شدن از صفحه دکمه خروج را می زنیم.

صور تجلسه کمیته ها off line

در صفحه صور تجلسه کمیته، از 5 قسمت کلی شامل مشخصات کمیته (نوع کمیته و تاریخ)، اعضای شرکت کننده، دستور جلسه، مصوبات فعلی، مصوبات قبلی و جدول فعالیت های تفضیلی تشکیل شده است:

در نوار آبی بالای صفحه نام دانشگاه، نام شهرستان و نام بیمارستان با مشخص کردن نوع صور تجلسه کمیته بارگذاری می شود و از داخل این فرم قابل تغییر نیست (برای تغییر باید فرم بسته شود و در صفحه اصلی با کلیک روی تغییر کار برنامه دانشگاه یا شهرستان و بیمارستان را انتخاب نمایید) شماره جلسه با مشخص کردن نوع صور تجلسه کمیته درج می گردد این شماره بصورت خودکار زده می شود و قابل تغییر نمی باشد.

نوع صور تجلسه کمیته برحسب این که صور تجلسه مربوط به دانشگاه، معاونت درمان، معاونت بهداشت، شهرستان و یا بیمارستان باشد یکی را انتخاب کنید. تاریخ تشکیل این جلسه را انتخاب کنید، و سپس تاریخ جلسه بعدی را انتخاب کنید.

سمت اعضای شرکت کننده برحسب نوع کمیته مشخص می گردد، حضور آنها در جلسه را تیک بزنید. در صورت عدم حضور اعضا علت آن را بنویسید.

دستور جلسه را می توانید تایپ کنید.

مصوبات فعلی در کمیته را بصورت زیر ثبت نمایید:

نظام مراقبت مرگ کودکان

انتقال اطلاعات به سایت

شماره جلسه: 1013901

دلم دانشگاه آذربایجان شرقی دلم شهرستان: دلم بیمارستان: دلم بیمارستان: سال: 1390 تاریخ تشکیل جلسه: فروردین تاریخ تشکیل جلسه بعدی(ماه):

صور تجلسه کمیته مراقبت مرگ کودکان دانشگاه

حذف رکورد

جدول فعالیت های تفضیلی

شرکت کنندگان:

- ریاست دانشگاه (ریاست کمیته)
- معاونت درمان دانشگاه
- معاونت بهداشتی دانشگاه
- معاونت آموزشی دانشگاه
- مدیر گروه کودکان دانشگاه
- ریاست دانشکده پزشکی
- ریاست دانشکده پرستاری و مامایی
- مدیر درمان

دستور جلسه:

مصوبات فعلی:

بند	عنوان راهکار / مداخله	سطح مداخله	مسئول اجرا	زمان اجرا	مدت اجرا
1					

مصوبات قبلی:

بند	عنوان مداخله	سطح مداخله	مسئول اجرا	شروع	مدت	انجام	علت تاخیر یا عدم اجرا
-----	--------------	------------	------------	------	-----	-------	-----------------------

Record: 1 of 1

بند شماره ای است که بطور خودکار داده می شود،

عنوان راهکار / مداخله را به دو روش می توانید ثبت کنید عنوان مداخله را می توانید تایپ کنید یا از لیست پیش فرض آن را انتخاب کنید.
عنوان راهکارها نباید یکسان (تکراری) باشد.

سطح مداخله (شهرستان ، دانشگاه ، معاونت درمان و): مداخله در هر سطحی که باید انجام گیرد را مشخص کنید
مسوول اجرا را از لیست پیش فرض انتخاب کنید

زمان اجرا مداخله را بر حسب ماه انتخاب کنید و مدت اجرا که این مداخله ممکن طول بکشد را درج نمایید .
 و به همین ترتیب مداخلات دیگر را به همین ترتیب مشخص کنید

مصوبات قبلی کمیته ها نیز بصورت خودکار شماره جلسه، سطح مداخله، مسوول اجراء، زمان و مدت اجرا بارگذاری می شود و باید وضعیت انجام و عدم انجام آن ها مشخص کنید.

با زدن دکمه انتقال اطلاعات به سایت، اطلاعات به سایت وزارت بهداشت منتقل می شود.

سپس با کلیک بر روی عنوان "جدول فعالیت های تفضیلی" صفحه ای باز می شود که اطلاعات فعالیت های تفضیلی را براساس هر راهکار به شرح زیر تکمیل نمایید :

ابتدا در قسمت بالای این صفحه با کلیک روی جستجوی عنوان وکد مداخله ، مداخله مورد نظر را انتخاب می کنیم تا در عنوان مداخله جدول فعالیت تفضیلی قرارگیرد سپس جدول فعالیت ها را براساس این مداخله به شرح زیر تکمیل می گردد :

واحد فعالیت را از لیست پیش فرض (کارگاه ، سمینار ، جلسه و) انتخاب کنید

عنوان فعالیت را می توانید تایپ کنید یا از لیست پیش فرض (کودک سالم ، مانا و.....) انتخاب کنید

گروه هدف که فعالیت برای آن انجام می گیرد را می توانید تایپ کنید یا از لیست پیش فرض (مسوولین ، پزشک ، کارشناس و.....) انتخاب کنید

تعداد به گروه هدف برمی گردد که آنرا تایپ نمایید بطور مثال " ۳۰ " تعداد افراد شرکت کننده در کارگاه

مدت زمانی که این فعالیت طول می کشد را می توانید تایپ کنید یا از لیست پیش فرض (یک روز ، دو روز و) انتخاب کنید زمان اتمام فعالیت را بر حسب ماه انتخاب کنید

نوع فعالیت (مداخله ای و جاری) اختیاری می باشد در صورت انتخاب نکردن بصورت پیش فرض مداخله ای در نظر گرفته می شود و به همین ترتیب فعالیت های دیگر را برای همین راهکار در ردیف های بعدی مشخص کنید

در نهایت با زدن دکمه "انتقال اطلاعات به سایت" اطلاعات وارد شده به سایت وزارت بهداشت منتقل می شود و جهت خارج شدن از صفحه دگمه خروج را می زنیم.

فرم عملکرد فعالیت برنامه off line

این صفحه وضعیت عملکرد کلیه فعالیت ها (فعالیت های برنامه عملیاتی یا فعالیت های مداخلات مصوب شده در کمیته ها) مرگ کودکان را نشان میدهد که واحد فعالیت ، نوع فعالیت ، عنوان فعالیت ، گروه هدف ، تعداد ، مدت ، زمان اتمام ، نوع فعالیت ، هزینه ، محل اعتبار ، انجام ، درصد پیشرفت ، علت تاخیر یا ...

واحد فعالیت	عنوان فعالیت	گروه هدف	تعداد	مدت	زمان اتمام	نوع فعالیت	هزینه	محل اعتبار	انجام	درصد پیشرفت	علت تاخیر یا ...
کارگاه	ثبت علت مرگ کودکان براساس ICD10	بزشک	30	یک روز	خرداد						
کارگاه	ثبت علت مرگ کودکان براساس ICD10	مسولین	20	یک روز	اردیبهشت						
ندوین دستورالعمل ثبت علت مرگ کودکان براساس ICD10		بزشک	300	یک هفته	خرداد						
کارگاه	مانا	بزشک	30	چندروز	اردیبهشت						
کارگاه	مانا	بزشک	25	چندروز	خرداد						
Total			5								

بر اساس زمان اتمام فعالیت ، وضعیت انجام آن هر سه ماه یکبار تکمیل گردد و سپس در صورت انجام ، درصد پیشرفت فعالیت ، هزینه و محل اعتبار آن مشخص کنید یا در صورت عدم انجام یا تاخیر افتادن آن علت را تایپ کنید

واحد فعالیت	عنوان فعالیت	گروه هدف	تعداد	مدت	زمان اتمام	نوع فعالیت	هزینه	محل اعتبار	انجام	درصد پیشرفت	علت تاخیر یا ...
کارگاه	ثبت علت مرگ کودکان براساس ICD10	بزشک	30	یک روز	خرداد		100000	جاری			عملکرد سه ماهه دوم
کارگاه	ثبت علت مرگ کودکان براساس ICD10	مسولین	20	یک روز	اردیبهشت		50000	جاری			عملکرد سه ماهه سوم
ندوین دستورالعمل ثبت علت مرگ کودکان براساس ICD10		بزشک	300	یک هفته	خرداد						عملکرد سه ماهه چهارم
کارگاه	مانا	بزشک	30	چندروز	اردیبهشت		10000	ردیف منمرکز			در حال پیشرفت %70 تا %50
کارگاه	مانا	بزشک	25	چندروز	خرداد						انجام شده
											تلاش افتادن
Total			5				160000				عدم هماهنگی

انتخاب دکمه ارسال به سایت، اطلاعات وارد شده بر اساس عملکرد سه ماهه سال جاری به سایت وزارت بهداشت منتقل می شود.

در پایان هر سه ماه که گزارش عملکرد انجام می شود، در صورت عدم تکمیل ستون "انجام"، انتقال به سایت موفق نخواهد بود.*

بخش گزارش لیستی و جمع بندی اطلاعات off line

لیست اطلاعات اعضای کمیته off line

در این صفحه گزارش اطلاعات عمومی و آموزشی اعضای کمیته که قبلاً در فرم اطلاعات هسته آموزشی تکمیل گردیده بود ملاحظه می گردد .

انتقال به سایت	سال	شهرستان	بیمارستان	نام و نام خانوادگی	حسبیت	تخصصیات	سمت	محل خدمت	عضو هیئت علمی	عضویت در هسته آم	سال عضویت
عدم ارسال	۱۳۹۰			حسینی	متذکر	تخصص کودکان	استادیار	ستاد معاونت درمان	بای	بای	۱۳۸۸
عدم ارسال											
Total											

لیست برنامه عملیاتی off line

در این صفحه لیست تمام اهداف اختصاصی برنامه عملیاتی که قبلاً تکمیل گردیده است ملاحظه می گردد .

انتقال به سایت	دانشگاه	شهرستان	بیمارستان	برنامه	سال	ماه	هدف اختصاصی
عدم ارسال	آذربایجان شرقی			معاونت بهداشت	1390	فروردین	آگاهی پزشکان در مورد ثبت علت مرگ کودکان براساس ICD10
Total							

لیست مداخلات کمیته ها off line

در این صفحه لیست تمام مداخلات و راهکارهای کمیته های مرگ کودکان که قبلاً تکمیل گردیده است ملاحظه می گردد .

انتقال به سایت	نام دانشگاه	نام شهرستان	نام بیمارستان	سطح	سال	لیست مداخلات	سطح مداخله	مسئول اجرا	زمان
عدم ارسال	آذربایجان شرقی			دانشگاه	۱۳۹۰	آموزش پرسنل درمورد مراقبت های ادغام یافته	معاونت درمان	مسئول بررسی مرگ اربیهشت	
عدم ارسال	آذربایجان شرقی			دانشگاه	۱۳۹۰	آموزش پرسنل درمورد احیاء کودکان	معاونت درمان	مسئول بررسی مرگ خرداد	

لیست فعالیت های برنامه ها off line

در این صفحه لیست تمام فعالیت های مرگ کودکان که قبلاً تکمیل گردیده است ملاحظه می گردد .

انتقال به سایت	نام دانشگاه	نام شهرستان	نام بیمارستان	سطح	واحد فعالیت	عنوان فعالیت	گروه هدف	تعداد	مدت	زمان اتمام	نوع فعالیت
عدم ارسال	آذربایجان شرقی			دانشگاه کارگاه		کودکان بر اساس ICD10	مسولین	۲۰	یک روز	ارديهشت	مداخله
عدم ارسال	آذربایجان شرقی			دانشگاه کارگاه		کودکان بر اساس ICD10	پزشک	۳۰	یک روز	خرداد	مداخله
عدم ارسال	آذربایجان شرقی			دانشگاه ندوین دستورالعمل		کودکان بر اساس ICD10	پزشک	۳۰۰	یک هفته	خرداد	مداخله
عدم ارسال	آذربایجان شرقی			دانشگاه کارگاه		منا	پزشک	۳۰	چندروز	ارديهشت	مداخله
عدم ارسال	آذربایجان شرقی			دانشگاه کارگاه		منا	پزشک	۲۵	چندروز	خرداد	مداخله
								۵			

لیست عملکرد فعالیت های برنامه ها off line

در این صفحه لیست تمام عملکرد فعالیت های برنامه مرگ کودکان که قبلاً تکمیل گردیده است ملاحظه می گردد

انتقال به سایت	شهرستان	بیمارستان	واحد فعالیت	عنوان فعالیت	گروه هدف	تعداد	مدت	زمان اتمام	نوع فعالیت	هزینه	محل اختیار	انجام
عدم ارسال			کلرگه	ثبت علت مرگ کودک	مسولین	20	یک روز	ارديهشت		50000	جاری	انجام شده
عدم ارسال			کلرگه	ثبت علت مرگ کودک	پزشک	30	یک روز	خرداد		100000	جاری	انجام شده
عدم ارسال			ندوین دستورالعمل	ثبت علت مرگ کودک	پزشک	300	یک هفته	خرداد				در حال پیشتر
عدم ارسال			کلرگه	منا	پزشک	30	چندروز	ارديهشت		10000	ردیف متمرکز	انجام شده
عدم ارسال			کلرگه	منا	پزشک	25	چندروز	خرداد				ناکسر افغان
										160000		
						5						Total

با کلیک روی این قسمت امکان ویرایش فعالیت‌ها، مداخلات و کمیته‌های مرگ کودکان و دیدن گزارش آن‌ها که قبلاً وارد سایت کرده‌اید را خواهید داشت.

گزارش و اصلاح اطلاعات اعضای کمیته‌های مرگ کودکان on line

با کلیک روی این قسمت امکان ویرایش اطلاعات اعضای کمیته‌های مرگ کودکان و دیدن گزارش آن‌ها که قبلاً وارد سایت کرده‌اید را خواهید داشت

بخش دریافت اطلاعات

دریافت اطلاعات اعضای کمیته از سایت on line

با زدن کلیک بر روی این قسمت انتقال اطلاعات تکمیل شده اعضای کمیته شهرستان و بیمارستانهای تابعه دانشگاه به این فایل انجام می‌شود و مسئول بررسی مرگ کودکان دانشگاه می‌تواند گزارش اطلاعات اعضای کمیته دانشگاه را به تفکیک شهرستان و بیمارستان رویت نماید .

دریافت اطلاعات برنامه عملیاتی از سایت on line

با زدن کلیک بر روی این قسمت انتقال اطلاعات تکمیل شده برنامه عملیاتی به این فایل انجام می‌شود و مسئول بررسی مرگ کودکان دانشگاه می‌تواند گزارش اطلاعات برنامه عملیاتی دانشگاه را به تفکیک شهرستان رویت نماید .

دریافت اطلاعات صورجلسه کمیته‌ها از سایت on line

با زدن کلیک بر روی این قسمت انتقال اطلاعات تکمیل شده صورجلسه کمیته‌ها به این فایل انجام می‌شود و مسئول بررسی مرگ کودکان دانشگاه می‌تواند گزارش اطلاعات صورجلسه کمیته‌ها دانشگاه را به تفکیک شهرستان و بیمارستان رویت نماید .

دریافت اطلاعات عملکرد برنامه‌ها از سایت on line

با زدن کلیک بر روی این قسمت انتقال اطلاعات تکمیل شده عملکرد برنامه‌ها به این فایل انجام می‌شود و مسئول بررسی مرگ کودکان دانشگاه می‌تواند گزارش اطلاعات عملکرد برنامه‌ها دانشگاه را به تفکیک شهرستان رویت نماید.

نکته:

- چنانچه در پنجره‌های پیام، فونت غیر از فارسی و یا انگلیسی مشاهده می‌شود، بایستی زبان کامپیوتر تنظیم شود.
- در صورت مشاهده پیامی چند خطی به زبان انگلیسی که در آن کلمه "duplicated" به چشم می‌خورد، و به معنای آن است که اطلاعاتی تکراری در همان زمان وارد کرده‌اید، برنامه را بسته و مجدداً وارد شوید. این پیام قابل فارسی شدن نمی‌باشد.

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

اعضاء کمیته :

- ۱- معاون درمان دانشگاه
- ۲- مدیر درمان
- ۳- مسوول اداره نظارت و یا ارزشیابی
- ۴- مسوول نظارت بر آزمایشگاهها برحسب نیاز
- ۵- مسوول تجهیزات پزشکی برحسب نیاز
- ۶- مسوول دفتر پرستاری
- ۷- مسوول مدیریت فوریت های پزشکی
- ۸- یک نفر متخصص کودکان برحسب نیاز
- ۹- حداقل یک نفر از مترون بیمارستانهای تابعه شهرستان برحسب نیاز
- ۱۰- ریاست کمیته های بیمارستانی برحسب نیاز
- ۱۱- مسوول بررسی مرگ داخل بیمارستانی کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه
- ۱۲- مسوول بررسی مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه دانشگاه

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 (ترجیحاً مسوول بررسی مرگ داخل بیمارستانی) انتخاب خواهد شد .
 - ۴- ریاست کمیته های بیمارستانی کاهش مرگ و میر بر حسب دستور کار جلسه موظف به شرکت در جلسات خواهند بود .
- تیسره -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 داخل بیمارستانی مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه دانشگاه، استخراج شده از نرم افزار پرسشنامه های مربوطه و همچنین بررسی اطلاعات، 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 مسئولین اجرای پایش و ارزیابی بر نحوه اجرای مداخلات تصویب شده.
 - ۶- ارائه پیشنهاد به کمیته دانشگاهی بررسی مرگ و میر کودکان 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
- تیسره ۱ -در صورتیکه چندماه گذشته مرگ کودکی اتفاق نیافتاده است یا لیست مداخلاتی از مرگ های اتفاق افتاده، استخراج نمی شود لیست پیشنهادی مداخلات باید براساس اطلاعات پایش و ارزیابی بخش های کودکان و اوژانس بیمارستانها استخراج شود.

وظایف رئیس کمیته :

- ۱- اداره جلسات کمیته .
- ۲- تقسیم کار و تعیین وظایف اعضاء کمیته .
- ۳- تشکیل کمیته های فرعی کارشناسی .
- ۴- تایید صورتجلسه کمیته و ابلاغ آن .
- ۵- 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- ارسال گزارش مصوبات کمیته و مداخلات صورت گرفته هر ۶ ماه یکبار به ستاد مرکزی

وظایف منشی کمیته :

- ۱- تهیه دعوت نامه ها .
- ۲- تهیه صورتجلسه .
- ۳- کمک به دبیر کمیته در اجرای وظایف محوله .

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- مدیر گروه یا مسوول بهداشت خانواده
- ۵- مدیر گروه یا مسوول گسترش شبکه
- ۶- مدیر گروه یا مسوول مبارزه با بیماریها برحسب نیاز
- ۷- مدیر گروه یا مسوول بهداشت محیط و حرفه ای برحسب نیاز
- ۸- مسوول سازمان های خارج دانشگاه بر حسب نیاز
- ۹- یک نفر متخصص کودکان برحسب نیاز
- ۱۰- ریاست کمیته های مرگ کودکان شهرستان برحسب نیاز
- ۱۱- مسوول بررسی مرگ خارج بیمارستانی کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه
- ۱۲- مسوول بررسی مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه دانشگاه

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 مسوول بررسی مرگ کودکان خارج بیمارستانی) انتخاب خواهد شد .
- ۴- ریاست کمیته های شهرستانی بررسی مرگ و میر کودکان بر حسب دستورکار جلسه موظف به شرکت در جلسات خواهند بود . تبصره -تشکیل جلسه خارج از زمان مقرر و بر حسب نیاز ، دعوت از سایر متخصصین و کارشناسان برای شرکت در جلسات و انجام امور محوله با نظر رئیس کمیته و تصویب ایشان بدون مانع می باشد .

وظایف اعضاء کمیته :

- ۱- بحث و بررسی لیست پیشنهادی مداخلات خارج بیمارستانی مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه دانشگاه، استخراج شده از نرم افزار پرسشنامه های مربوطه و همچنین بررسی اطلاعات، ارائه پیشنهاد ها و گزارشات ارسال شده از شهرستان 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 مسئولین اجرای پایش و ارزیابی بر نحوه اجرای مداخلات تصویب شده.
 - ۶- ارائه پیشنهاد به کمیته دانشگاهی بررسی مرگ و میر کودکان 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
- تبصره ۱ - در صورتیکه چندماه گذشته مرگ کودکی اتفاق نیافتاده است یا لیست مداخلاتی از مرگ های اتفاق افتاده، استخراج نمی شود لیست پیشنهادی مداخلات باید براساس اطلاعات پایش و ارزیابی برنامه های کودکان دانشگاه استخراج شود.

وظایف رئیس کمیته :

- ۱- اداره جلسات کمیته .
- ۲- تقسیم کار و تعیین وظایف اعضاء کمیته .
- ۳- تشکیل کمیته های فرعی کارشناسی .
- ۴- تأیید صورتجلسه کمیته و ابلاغ آن .
- ۵- 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- ارسال گزارش مصوبات کمیته و مداخلات صورت گرفته هر ۶ ماه یکبار به ستاد مرکزی

وظایف منشی کمیته :

- ۱- تهیه دعوت نامه ها .
- ۲- تهیه صورتجلسه .
- ۳- کمک به دبیر کمیته در اجرای وظایف محوله .

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

اعضاء کمیته :

- ۱- ریاست دانشگاه (ریاست کمیته)
- ۲- معاونت درمان دانشگاه
- ۳- معاونت بهداشتی دانشگاه
- ۴- معاونت آموزشی دانشگاه
- ۵- ریاست دانشکده پزشکی
- ۶- مدیر گروه کودکان دانشگاه
- ۷- ریاست دانشکده پرستاری و مامایی
- ۸- مدیر درمان
- ۹- مسوول دفتر پرستاری
- ۱۰- مدیر گروه یا مسوول بهداشت خانواده (معاون بهداشتی)
- ۱۱- مسوول سازمان‌های خارج دانشگاه بر حسب نیاز
- ۱۲- ریاست کمیته های مرگ کودکان شهرستان بر حسب نیاز
- ۱۳- مسوول بررسی مرگ خارج بیمارستانی کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه
- ۱۴- مسوول بررسی مرگ داخل بیمارستانی کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه
- ۱۵- مسوول بررسی مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه دانشگاه

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 از بین یکی از معاونین) انتخاب خواهد شد .
- تبصره ۱- اعضاء کمیته به مدت ۲ سال و با حکم ریاست دانشگاه منصوب می‌شوند.
- تبصره ۲- جلسه با حضور بیش از دو سوم اعضاء رسمیت پیدا می‌کند.
- تبصره ۳- 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 کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه دانشگاه، استخراج شده از نرم افزار پرسشنامه های مربوطه و همچنین بررسی اطلاعات، ارائه پیشنهاد ها و گزارشات ارسال شده از معاونت هاو شهرستان 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 مسئولین اجرای پایش و ارزیابی بر نحوه اجرای مداخلات تصویب شده.
- ۶- ارائه پیشنهاد به کمیته کشوری بررسی مرگ و میر کودکان برای اجرای مداخلات تصویب شده در سطح ستادی
- ۷- نظارت بر تشکیل و حسن اجرای وظایف کمیته های شهرستانی و بیمارستانی بررسی مرگ و میر کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه .
- ۸- جلب همکاری های بین بخشی

وظایف رئیس کمیته :

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

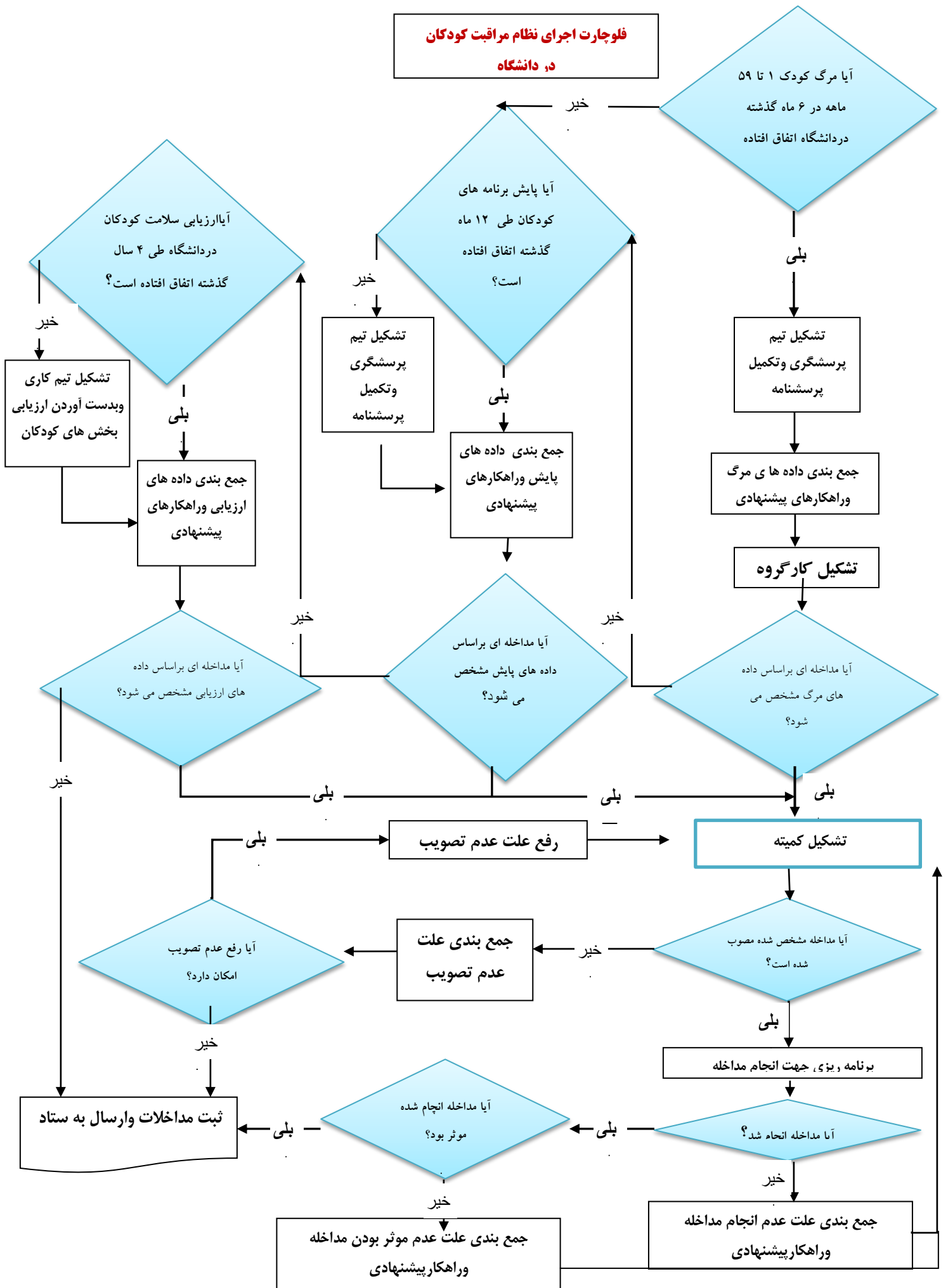
وظایف دبیر کمیته :

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

وظایف منشی کمیته :

- ۱- تهیه دعوت نامه ها .
- ۲- تهیه صورتجلسه .
- ۳- کمک به دبیر کمیته در اجرای وظایف محوله .

فلوجارت اجرای نظام مراقبت کودکان
در دانشگاه



بررسی موارد مرگ و میر			ردیف
<p>نام و نام خانوادگی متوفی : سن : علت فوت :</p> <p>شرح فوت بر اساس نتایج پرسشگری و بررسی پرونده خانوار :</p> <p>مداخلات استخراج شده از نرم افزار :</p>			۱
<p>نام و نام خانوادگی متوفی : سن : علت فوت :</p> <p>شرح فوت بر اساس نتایج پرسشگری و بررسی پرونده خانوار :</p> <p>مداخلات استخراج شده از نرم افزار :</p>			۲
<p>نام و نام خانوادگی متوفی : سن : علت فوت :</p> <p>شرح فوت بر اساس نتایج پرسشگری و بررسی پرونده خانوار :</p> <p>مداخلات استخراج شده از نرم افزار :</p>			۳
مداخلات مصوب شده در کمیته :			
مهلت اجراء	مسئول اجراء	عنوان مصوبات	ردیف

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 و میر کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه موجود و برای اعضای جدید ابلاغ صادر شده است؟		۲	کامل: ۲ ناقص: ۱ عدم: ۰
۲	مسئول بررسی مرگ و میر کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه به تلفن مستقیم، رایانه و اینترنت دسترسی دارد؟		۳	هر سه مورد: ۳ دو مورد: ۲ یک مورد: ۱ عدم: ۰
۳	تعداد مرگ های اتفاق افتاده در بیمارستان با تعداد مرگ های گزارش شده مطابقت دارد؟		۳	تمام موارد: ۳ عدم: ۰
۴	کلیه اطلاعات اولیه مربوط به مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه توسط مسئول بررسی مرگ و میر در کمتر از ۲۴ ساعت از وقوع مرگ تکمیل و به سایت منتقل شده است؟		۳	کمتر از ۲۴ ساعت: ۳ بیشتر از ۲۴ ساعت: ۰
۵	اطلاعات پرسشنامه های مرگ کودکان /اطلاعات پایش بخش بیمارستان حداکثر یک هفته بعد از وقوع مرگ تکمیل شده است؟		۴	کمتر از یک هفته: ۴ بیشتر از یک هفته: ۰
۶	اطلاعات پرسشنامه های مرگ کودکان /اطلاعات پایش بخش بیمارستان بطور صحیح تکمیل شده است؟		۱۲	هر پرسشنامه کامل: ۳ ناقص: ۰
۷	اطلاعات اعضا کمیته مرگ بیمارستانی تکمیل و به سایت انتقال داده شده است؟		۴	انتقال اطلاعات: ۴ عدم: ۰
۸	مداخلات پیشنهادی از (پرسشنامه ها، ارزیابی بخش، پرونده و...) قبل از برگزاری کمیته استخراج شده است؟		۹	مشاهده لیست مداخلات: ۹ توانایی استخراج مداخلات: ۵ عدم: ۰
۹	کمیته بیمارستانی بررسی مرگ و میر کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه با حضور دو سوم اعضای اصلی هر ماه یکبار برگزار شده است؟		۸	هر یک ماه: ۸ هر دو ماه: ۶ هر سه ماه: ۴ بقیه: ۰
۱۰	مداخلات استخراج شده از پرسشنامه ها، ارزیابی بخش، پرونده و...) در کمیته های بررسی مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه تصویب شده است؟		۶	وجود مصوبه: ۶ عدم: ۰
۱۱	لیست فعالیتهای مربوط به هر کدام از مداخلات تعیین شده است؟		۸	کامل: ۸ ناقص: ۴ عدم: ۰
۱۲	مصوبات، مداخلات و فعالیتهای کمیته به سطوح مسئول تا یک هفته پس از برگزاری کمیته ابلاغ شده است؟		۴	کامل: ۴ ناقص: ۲ عدم: ۰
۱۳	اجرای فعالیت های تصویب شده در کمیته ها توسط مسئول بررسی مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه پیگیری شده است؟		۷	کتبی و کامل: ۷ کتبی و ناقص: ۵ شفاهی: ۳ عدم: ۰
۱۴	علت عدم اجرای مداخله ، توسط مسئول بررسی مرگ و میر کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه پیگیری و جمع بندی شده است؟		۶	کتبی: ۶ شفاهی: ۴ عدم: ۰
۱۵	گزارش اجرای مداخلات تصویب شده در کمیته قبلی در کمیته حاضر ارائه شده است؟		۵	کتبی: ۵ شفاهی: ۲ عدم: ۰
۱۶	گزارش کمیته بیمارستانی به همراه فرم فعالیتهای تفصیلی طی مدت حداکثر یک ماه به سایت ارسال شده است؟		۵	هر سه ماه: ۵ تا ۳ ماه: ۳ تا ۶ ماه: ۱ تا ۲ ماه: ۱ بقیه: ۰
۱۷	اطلاعات تکمیل شده مرگ یا ارزیابی بخش های بیمارستان به مسئول مرگ کودکان به موقع ارسال شده است؟		۵	هر دو هفته: ۵ هر چهار هفته: ۲ بقیه: ۰
۱۸	گزارش عملکرد فعالیتهای تفصیلی و علل عدم انجام آن ارسال شده است؟		۶	هر سه ماه: ۶ تا ۴ ماه: ۴ تا ۶ ماه: ۲ تا ۱ ماه: ۲ بقیه: ۰
	جمع امتیاز		۱۰۰	

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

۱- با توجه به دستور العمل نظام مراقبت مرگ کودکان، اعضای کمیته مشخص و برای اعضاء ابلاغ صادر شده است. رویت ابلاغ کفایت می کند.

۲- دسترسی به تلفن مستقیم، رایانه و اینترنت الزامی است. در صورت نبود امکانات فوق، مورد ذکر شود.

۳- تعداد مرگهایی که توسط مسئول بررسی مرگ کودکان گزارش شده است با مرگهای گزارش شده از واحد ثبت مرگ بیمارستان مطابقت داده شود.

۴- تکمیل و انتقال کلیه اطلاعات اولیه مربوط به مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه توسط مسئول بررسی مرگ و میر لازم است در کمتر از ۲۴ ساعت تکمیل و به سایت انتقال یابد، در صورت تکمیل و انتقال موارد مرگ در کمتر از ۲۴ ساعت امتیاز کامل و در غیر اینصورت امتیازی کسب نخواهد شد، در صورت عدم وقوع مرگ گزارش صفر ارسال گردد.

۵- پرسشنامه های اطلاعاتی مربوط به مرگ حداکثر تا یک هفته پس از وقوع مرگ و اطلاعات پایش بخش بیمارستان هر شش ماه یکبار تکمیل گردد. (اهمیت زمان تکمیل و انتقال اطلاعات اولیه)

۶- پرسشنامه های اطلاعاتی مربوط به مرگ بطور صحیح تکمیل شده است. هر پرسشنامه ۳ امتیاز دارد. جمعاً ۱۲ امتیاز برای ۴ پرسشنامه منظور می شود.

۷- با توجه به دستور العمل نظام مراقبت مرگ کودکان اطلاعات اعضا کمیته مرگ بیمارستانی در نرم افزار وارد وبه سایت انتقال یابد.

۸- مداخلات پیشنهادی بر اساس پرسشنامه های اطلاعاتی مربوط به مرگ، ارزیابی بخش، پرونده های بیمارستانی کودک فوت شده استخراج شوند در صورت مشاهده لیست مداخلات استخراج شده و وجود مستندات امتیاز کامل، توانایی استخراج مداخلات توسط مسئول بررسی مرگ کودکان ۵ امتیاز و در غیر اینصورت امتیازی کسب نخواهد شد.

۹- در صورت وقوع مرگ کمیته مرگ بیمارستانی بطور ماهیانه و در صورت عدم وقوع مرگ هر سه ماه یکبار برگزار گردد. صورتجلسات کمیته های برگزار شده مشاهده گردد.

۱۰- مداخلات پیشنهادی در هر یک از صورتجلسات کمیته بررسی شوند.

۱۱- لیست مکتوب فعالیتهای تفضیلی برای هر یک از مداخلات / مصوبات کمیته بررسی شوند.

۱۲- مکاتبات ابلاغ مصوبات، مداخلات و فعالیتهای سطوح مسئول اجرای آنها مشاهده شود.

۱۳- مکاتبات پیگیریها برای مصوبات، مداخلات و فعالیتهای مشاهده و بررسی شود.

۱۴- جمع بندی علل عدم انجام مصوبات، مداخلات و فعالیتهای مشاهده و بررسی شود.

۱۵- گزارش مصوبات کمیته قبلی در صورتجلسه کمیته مشاهده و بررسی شود.

۱۶- ارسال صورتجلسه کمیته و فرم فعالیتهای تفضیلی حداکثر یک ماه پس از برگزاری کمیته در نرم افزار و سایت مشاهده و بررسی شود.

۱۷- مشاهده و بررسی ارسال اطلاعات تکمیل شده مرگ یا ارزیابی بخش های بیمارستان در سایت یا در صورت عدم دسترسی به اینترنت بصورت نرم افزار به مسئول بررسی مرگ کودکان در شهرستان ارسال شده است.

۱۸- مشاهده و بررسی ارسال گزارش عملکرد فعالیتهای تفضیلی و علل عدم انجام آن در سایت یا در صورت عدم دسترسی به اینترنت به مسئول بررسی مرگ کودکان در شهرستان ارسال شده است.

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
۱	ابلاغ اعضای کمیته شهرستانی کاهش مرگ و میر کودکان موجود می باشد؟		۲	کامل= ۲ ناقص= ۱ عدم= ۰
۲	مسئول بررسی مرگ و میر کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه به تلفن مستقیم، رایانه و اینترنت دسترسی دارد؟		۳	هر ۳ مورد= ۳ دو مورد= ۲ یک مورد= ۱ عدم= ۰
۳	تعداد مرگ های ۱ تا ۵۹ ماهه اتفاق افتاده با تعداد مرگ های ارسالی به واحد آمار مطابقت دارد؟		۳	تمام موارد= ۳ عدم= ۰
۴	کلیه اطلاعات اولیه مربوط به مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه در کمتر از ۲۴ ساعت پس از اطلاع از وقوع مرگ تکمیل و به سایت منتقل شده است؟		۳	سه مورد کمتر از ۲۴ ساعت= ۳ دو مورد کمتر از ۲۴ ساعت= ۲ یک مورد کمتر از ۲۴ ساعت= ۱
۵	اطلاعات پرسشنامه های مرگ کودکان خارج بیمارستانی حداکثر یک هفته پس از اطلاع از وقوع مرگ تکمیل شده است؟		۳	کمتر از یک هفته = ۳ بیش از یک هفته: ۲ عدم تکمیل: ۰
۶	اطلاعات پرسشنامه های برنامه نظام مراقبت از مرگ کودکان بطور صحیح تکمیل شده است؟		۹	هر پرسشنامه کامل: ۳ ناقص یا عدم: ۰
۷	اطلاعات اعضا کمیته مرگ شهرستان تکمیل و به سایت انتقال داده شده است؟		۲	کامل: ۲ ناقص یا عدم: ۰
۸	جمع بندی فایل حاوی پرسشنامه بیمارستان و گزارش مداخلات آنها انجام شده است؟		۵	کامل: ۵ ناقص: ۳ عدم: ۰
۹	چک لیست پایش بیمارستان توسط مسئول بررسی مرگ خارج بیمارستانی تکمیل شده است و گزارش آن به بیمارستان ارسال شده؟		۵	تکمیل چک لیست پایش هر سه ماه = ۵ هر چهار ماه = ۴ هر شش ماه = ۳ تکمیل سالانه = ۱ عدم تکمیل = ۰
۱۰	مداخلات پیشنهادی از (پرسشنامه ها، پایش و ارزشیابی برنامه های سلامت کودکان، پرونده ...) قبل از برگزاری کمیته استخراج شده است؟		۵	مشاهده لیست مداخلات: ۵ توانایی استخراج مداخلات: ۲ عدم: ۰
۱۱	کمیته شهرستانی بررسی مرگ و میر کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه با حضور دو سوم اعضای اصلی هر دو ماه یکبار، برگزار می شود؟ (مشاهده صورتجلسات)		۵	هر دو ماه = ۵ هر چهار ماه = ۳ ۵ ماه و بالاتر = ۱ عدم تشکیل = ۰
۱۲	مداخلات پیشنهادی استخراج شده از (پرسشنامه ها، پایش و ارزشیابی ...) در کمیته های بررسی مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه تصویب شده است؟		۲	وجود مصوبه = ۲ عدم وجود مصوبه = ۰
۱۳	لیست فعالیت های مربوط به هر کدام از مداخلات تعیین شده است؟ (مشاهده لیست فعالیت های تفصیلی)		۳	کامل: ۳ ناقص یا عدم: ۰
۱۴	مصوبات (مداخلات، فعالیت ها) کمیته های بررسی مرگ کودکان به سطوح مسئول تا یک هفته پس از برگزاری کمیته ابلاغ شده است؟		۵	کامل= ۵ ناقص = ۳ عدم = ۰
۱۵	اجرای فعالیت های تصویب شده در کمیته ها توسط مسئول بررسی مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه پیگیری شده است؟		۵	کتبی و کامل: ۵ کتبی و ناقص: ۳ شفاهی: ۲ عدم: ۰
۱۶	مداخلاتی در سطح سازمان های خارج از شبکه بهداشت شهرستان طراحی و انجام شده است؟		۱۰	اجرا شده = ۱۰ در حال اجرا = ۵ عدم = ۰
۱۷	علت عدم انجام مداخلات مشخص و جمع بندی شده است؟		۵	کتبی = ۵ شفاهی = ۳ عدم = ۰
۱۸	گزارش اجرای مداخلات تصویب شده کمیته بررسی مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه قبلی در کمیته حاضر ارائه شده است؟		۵	کتبی = ۵ شفاهی = ۳ عدم = ۰
۱۹	گزارش کمیته شهرستانی به همراه فرم فعالیت های تفصیلی طی مدت حداکثر یک ماه به سایت ارسال شده است؟		۵	هر سه ماه: ۵ تا ۴ ماه یکبار: ۳ تا ۶ ماه: ۱ بقیه = ۰
۲۰	اطلاعات تکمیل شده در نرم افزار به مسئول مرگ کودکان استان ارسال شده است؟		۵	هر سه ماه = ۵ تا ۶ ماه یکبار = ۳ تا ۱۲ ماه = ۱ بقیه: ۰
۲۱	گزارش عملکرد فعالیت های تفصیلی (بر اساس برنامه عملیاتی) و علت عدم انجام آن از طریق سایت ارسال شده است؟		۵	هر سه ماه = ۵ تا ۶ ماه یکبار = ۳ تا ۱۲ ماه = ۱ بقیه = ۰
۲۲	شاخص ها و تحلیل نتایج اطلاعات مربوط به مرگ و میر کودکان در پایان هر سال و استفاده از نتایج فوق در بهبود برنامه ها استخراج شده است؟		۵	کامل = ۵ ناقص = ۳ عدم = ۰
				جمع امتیاز
				۱۰۰

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

۱۹- با توجه به خلاصه راهنمای نظام مراقبت مرگ کودکان ۵۹-۱ ماهه، اعضای کمیته مشخص و برای اعضاء ابلاغ صادر شده باشد. در صورت مشاهده ابلاغ ها، امتیاز کامل دریافت نموده و در غیر این صورت مطابق با جدول امتیاز بندی، نمرات داده شود.

۲۰- دسترسی به تلفن مستقیم، رایانه و اینترنت الزامی است. در صورت نبود امکانات فوق امتیاز مطابق چک لیست داده شده و مورد ذکر شود.

۲۱- 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 تطبیق آمار، امتیاز کامل و در صورت عدم تطبیق آمار امتیاز تعلق نمی گیرد.

۲۲- تکمیل و انتقال کلیه اطلاعات اولیه مربوط به مرگ کودکان تا ۵۹ ماهه توسط مسئول بررسی مرگ و میر در کمتر از ۲۴ ساعت پس از اطلاع از وقوع فوت تکمیل و به سایت انتقال یابد، در صورت تکمیل و انتقال موارد مرگ در کمتر از ۲۴ ساعت امتیاز کامل و در غیر این صورت امتیازی کسب نخواهد شد.

نکته ۱: در صورت عدم وقوع مرگ امتیاز کامل دریافت می کند

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

۲۴- 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 ها مدنظر قرار گرفته است) در صورت تکمیل موارد فوق الذکر برای هر پرسشنامه ۳ امتیاز تعلق می گیرد

نکته ۲: در صورتی که تعداد مرگ ها از ۳ مورد کمتر می باشد، تعداد کل مرگ ها و پرسشنامه ها 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.

نکته ۳: توجه داشته باشید در صورتی که کودک در مرکز سرپایی (مطب، مرکز درمانی و...) فوت نماید، تیم پرستگری شهرستان به منظور تکمیل پرسشنامه ج به آن مرکز مراجعه می کند.

همچنین در صورتی که مرگ در منزل رخ داده باشد ولی کودک قبل از آن در بیمارستان بستری بوده است و مرگ کودک با علت بستری ارتباط داشته، باید پرسشنامه د در آن بیمارستان تکمیل گردد.

۲۵- با توجه به خلاصه راهنمای نظام مراقبت مرگ کودکان ۵۹-۱ ماهه، اعضای کمیته خارج بیمارستانی مشخص گردیده و اطلاعات اعضا کمیته در نرم افزار مربوطه (CSO) وارد و به سایت انتقال داده شده باشد. در صورت انجام موارد فوق و مشاهده اعضاء در سایت، نمره کامل گرفته و در صورت تکمیل ناقص یا عدم تکمیل مطابق جدول امتیاز داده می شود.

۲۶- جمع بندی فایل حاوی پرسشنامه بیمارستان و گزارش مداخلات آنها در شبکه بهداشت موجود باشد. (الزامی است مسئول بررسی مرگ و میر شهرستان از مرگهای ۱ تا ۵۹ ماهه بیمارستان مطلع باشد و در کمیته ها علاوه بر مرگهای خارج بیمارستانی، مرگهای بیمارستانی نیز بررسی گردد و مداخلات لازم انجام گیرد)

نکته: در صورت دسترسی به اینترنت مسئول بررسی مرگ شهرستان بایستی کلیه اطلاعات مربوط به مرگهای اتفاق افتاده در بیمارستان را به همراه مداخلات تصویب شده دریافت نموده و در صورت عدم دسترسی به اینترنت بصورت فایل الکترونیکی از بیمارستان دریافت کند.

۲۷- چک لیست پایش بیمارستان بایستی ضمن حضور در بیمارستان هر سه ماه توسط مسئول بررسی مرگ خارج بیمارستانی به طور کامل و دقیق تکمیل شده باشد و پس خواند 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.

- ۲۸- مداخلات پیشنهادی بر اساس پرسشنامه های تکمیل شده ، نتایج پایش و ارزشیابی برنامه های سلامت کودکان و پرونده های بهداشتی مراقبت از کودک فوت شده استخراج شده (با توجه به توانایی کارشناس در استخراج مداخلات)لیست مداخلات استخراج شده مشاهده گردیده و پس از تایید ، امتیاز کامل داده می شود ودر غیر اینصورت امتیازی کسب نخواهد شد.
- ۲۹- کمیته های شهرستانی هر دو ماه یکبار برگزار شده باشد . در صورت مشاهده تدوین صورت جلسات مطابق با دستورالعمل امتیاز کامل و در غیر این صورت امتیاز طبق جدول امتیازات داده می شود . (در صورت عدم وقوع مرگ می تواند همراه با کمیته مانا و کودک سالم هر سه ماه یکبار برگزار گردد)
- ۳۰- مداخلات پیشنهادی در هریک از صورتجلسات کمیته بررسی شده اند.
- ۳۱- لیست مکتوب فعالیت های تفضیلی برای هریک از مداخلات /مصوبات کمیته ، توسط کارشناس مربوطه به طور کامل (طبق جدول مربوطه) تکمیل شده باشد .
- ۳۲- ضمن تدوین صورت جلسه کمیته ها بایستی مکاتبات لازم به منظور ابلاغ مصوبات / مداخلات کمیته وفعالیت های مربوط به هر مداخله به سطوح مسئول حداکثر یک هفته پس از برگزاری کمیته ،انجام شده باشد . درصورت مشاهده مستندات ، امتیاز کامل دریافت نموده و در غیر این صورت مطابق جدول امتیاز بندی امتیازات داده می شود.
- ۳۳- جهت انجام 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 مداخلات نمره کامل و در غیر این صورت طبق جدول امتیاز بندی نمره داده می شود .
- ۳۴- با توجه به اهمیت هماهنگی های بین بخشی در کاهش مرگ و میر کودکان بایستی در مرگ های مربوط به خارج بیمارستانی ، مداخلاتی در سطوح مرتبط خارج سازمانی (بهزیستی ، نیروی انتظامی ، صدا و 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.
- ۳۵- 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
- ۳۶- 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. درصورت مشاهده موارد فوق امتیاز کامل دریافت می کند.
- ۳۷- صورتجلسات کمیته های بررسی مرگ به همراه اطلاعات ثبت شده در فرم فعالیت های تفضیلی حداکثر یک ماه پس از برگزاری کمیته ها در نرم افزار (CSO)وارد گردیده و به سایت انتقال داده شده باشد. در صورت مشاهده مستندات در نرم افزار ، نمره کامل و در غیر این صورت طبق جدول امتیاز بندی نمره داده می شود .
- ۳۸- مشاهده و بررسی اطلاعات تکمیل شده مرگ ، نتایج پایش بیمارستان در سایت و در صورت عدم دسترسی به اینترنت اطلاعات در نرم افزار (CSO) تکمیل شده و به مسئول مرگ کودکان استان ارسال شده است . در صورت مشاهده و بررسی مستندات امتیاز کامل داده شود و در غیر این صورت مطابق جدول امتیاز بندی ، نمره تعلق می گیرد.
- ۳۹- مشاهده و بررسی گزارش عملکرد فعالیت های تفضیلی و علل عدم انجام آن در سایت و در صورت عدم دسترسی به اینترنت ، گزارش ها به مسئول مرگ کودکان استان ارسال گردد . در صورت مشاهده و بررسی مستندات امتیاز کامل داده شود و در غیر این صورت مطابق جدول امتیاز بندی ، نمره تعلق می گیرد .
- ۴۰- 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 .

چک لیست پایش برنامه مرگ و میر در سطح ستاد شهرستان

دانشگاه:

شهرستان:

نام ناظر:

تاریخ بازدید:

فرآیند	ریزفرآیند	ردیف	نوع فعالیت	مرگ	مانا	کودک سالم	شیر مادر	نحوه امتیازدهی
سازماندهی	دستورالعمل ها و مواد آموزشی	۱	آیا آخرین دستورالعمل ها و بخشنامه های برنامه موجود می باشد و حداکثر ۱۵ روز از تاریخ دریافت به واحدهای محیطی ارسال شده است؟ (مشاهده رونوشت نامه ارسال شده و بایگانی منظم دستورالعملها)					کامل بودن مستندات ۳ امتیاز (بایگانی ۱ امتیاز و ارسال حداکثر طی ۱۵ روز ۲ امتیاز) - ارسال ۱۵ روز تا یکماه ۱ امتیاز - ارسال بیش از یکماه صفر امتیاز - حداکثر امتیاز = ۳
		۲	آیا آخرین مواد آموزشی و کمک آموزشی موجود می باشد و نسبت به ارسال به موقع آن به واحد های محیطی اقدام لازم صورت گرفته است؟ (مشاهده رونوشت نامه ارسال شده با تاریخ خروج از انبار)					وجود مواد آموزشی ۱ امتیاز، عدم وجود صفر امتیاز - وجود مواد کمک آموزشی ۱ امتیاز، عدم وجود صفر امتیاز - تحویل مواد آموزشی حداکثر تا ۱ ماه ۱ امتیاز، بیش از ۱ ماه صفر امتیاز - حداکثر امتیاز = ۳
سازماندهی	برآورد اقلام و مکمل ها	۳	آیا برآورد اقلام (دارو، شیرمصنوعی) و مکمل های دارویی برنامه واحد های محیطی بطور صحیح انجام شده است؟ (مشاهده برآورد مکمل ها و شیر مصنوعی)					برآورد صحیح اقلام ۵ امتیاز - برآورد نادرست و انجام نشده صفر امتیاز (در برنامه مانا حداقل در هر پایش ۲ مورد از اقلام چک شود) - حداکثر امتیاز = ۵
		۴	آیا توزیع اقلام و مکمل های دارویی برنامه در واحد های محیطی صحیح انجام گرفته است؟ (مقایسه لیست توزیع مکمل ها به تفکیک واحد های محیطی تابعه با برآورد صحیح آن و درخواست)					توزیع صحیح به همه واحدها ۵ امتیاز - توزیع برخی از اقلام ۳ امتیاز - توزیع نادرست یا توزیع انجام نشده صفر - حداکثر امتیاز = ۵
پایش و ارزشیابی	تجهیزات	۵	آیا لیست امکانات و تجهیزات مورد نیاز برنامه (فرم ها و دفاتر ثبت، ترازو،) به تفکیک واحد های محیطی تامین شده است؟					تامین (اعم از خرید یا تعمیر) صحیح همه امکانات و تجهیزات ۵ امتیاز - تامین برخی از امکانات و تجهیزات ۳ امتیاز - اقدامی جهت تامین و تعمیر صورت نگرفته صفر امتیاز - حداکثر امتیاز = ۵
		۶	آیا نظارت های دوره ای برنامه از واحدهای محیطی مطابق با برنامه زمانبندی (برنامه عملیاتی) انجام شده است؟ (مشاهده چک لیست تکمیل شده یا گزارش نظارت ها)					انجام ۹۰ درصد نظارت ها و یا بیشتر ۹ امتیاز - ۸۰ درصد ۸ امتیاز - ۷۰ درصد ۷ امتیاز و - کمتر از ۱۰ درصد انجام شده و یا در برنامه عملیاتی پیش بینی نشده باشد صفر امتیاز - حداکثر امتیاز = ۹
پایش و ارزشیابی	پایش های دوره ای واحدهای محیطی	۷	آیا در کلیه نظارت ها از ابزار پایش استاندارد شده استفاده می شود؟ (مشاهده تکمیل ابزار پایش استاندارد)					بر اساس ابزار پایش استاندارد، کامل تکمیل شده باشد ۵ امتیاز - بر اساس ابزار پایش استاندارد، ناقص تکمیل شده باشد ۳ امتیاز - بدون ابزار پایش استاندارد صفر امتیاز - حداکثر امتیاز = ۵
		۸	آیا در نظارت ها پسخوراند پایش قبلی بررسی می شود؟ (مشاهده پس خوراند پایش قبلی)					کامل (کلیه مشکلات پایش قبلی بررسی شده) ۵ امتیاز - ناقص (حداقل یک مشکل پایش قبلی بررسی نشده) ۳ امتیاز - اگر بررسی انجام نشده صفر امتیاز - حداکثر امتیاز = ۵
پایش و ارزشیابی	پایش های دوره ای واحدهای محیطی	۹	آیا پسخوراند بازدیدها حداکثر تا دو هفته بعد از بازدید، ارسال شده است؟ (مشاهده مستندات)					ارسال حداکثر تا ۲ هفته ۵ امتیاز - ارسال ۲ هفته تا یک ماه ۳ امتیاز - بیش از یک ماه ۱ امتیاز - عدم ارسال صفر امتیاز - حداکثر امتیاز = ۵
		۱۰	آیا جمع بندی و تحلیل نظارت ها به صورت سالیانه انجام شده است؟ (مشاهده گزارش جمع بندی و تحلیل نظارت ها بر اساس دستورالعمل)					مقایسه سوالات ابزار پایش به تفکیک واحد های محیطی، کامل انجام شده ۵ امتیاز - ناقص انجام شده ۳ امتیاز - انجام نشده صفر امتیاز - حداکثر امتیاز = ۵
پایش و ارزشیابی	پایش های دوره ای واحدهای محیطی	۱۱	آیا نتایج تحلیل نظارت های برنامه به واحد های تابع محیطی و سطوح بالاتر ارسال شده است؟ (مشاهده رونوشت نامه ارسال شده)					کامل (به سطوح تابعه محیطی و هم به سطوح بالاتر ظرف مدت ۱/۵ ماه ارسال شده) ۵ امتیاز - ناقص (بیش از ۱/۵ ماه یا به یکی از سطوح ارسال شده باشد) ۳ امتیاز - ارسال نشده صفر امتیاز - حداکثر امتیاز = ۵

فرایند	ریزفرایند	ردیف	نوع فعالیت	مرگ	مانا	کودک سالم	شیر مادر	نحوه امتیازدهی	
برنامه ریزی	آموزش	۱۲	آیا شناسنامه آموزشی کارکنان و مدرسین به تفکیک گروه هدف تهیه شده است؟ (مشاهده شناسنامه آموزشی برنامه بر اساس دستورالعمل)					شناسنامه آموزشی کامل انجام شده ۵ امتیاز - ناقص انجام شده ۳ امتیاز - انجام نشده صفر امتیاز - حداکثر امتیاز = ۵	
		۱۳	آیا دوره آموزشی با استاندارد تعریف شده و بازآموزی بر اساس نیاز سنجی انجام شده است؟ (مشاهده گزارش برگزاری دوره آموزشی بر اساس استاندارد تعریف شده)					دوره آموزشی استاندارد و بازآموزی حداقل هر ۲ سال یکبار براساس مستندات نیازسنجی کامل انجام شده ۵ امتیاز - ناقص انجام شده ۳ امتیاز - اگر هر کدام انجام نشده صفر امتیاز - حداکثر امتیاز = ۵	
		۱۴	آیا مداخلاتی از فایل جمع بندی اطلاعات آماری برنامه استخراج شده است؟ (مشاهده بررسی وضعیت موجود اطلاعات آماری در برنامه عملیاتی و مطابقت با لیست مداخلات / راهکارهای تدوین شده)					مطابقت کامل با اطلاعات آماری برنامه ۵ امتیاز - مطابقت برخی از راهکارها با اطلاعات آماری ۳ امتیاز - عدم تطابق صفر امتیاز - حداکثر امتیاز = ۵	
		۱۵	آیا مداخلاتی از جمع بندی و تحلیل نظارت های برنامه استخراج شده است؟؟ (مشاهده بررسی وضعیت جمع بندی و تحلیل نظارت های برنامه و مطابقت با لیست مداخلات / راهکارهای تدوین شده)					مطابقت کامل با تحلیل نظارت برنامه ۵ امتیاز - مطابقت برخی از راهکارها با تحلیل نظارت ۳ امتیاز - عدم تطابق صفر امتیاز - حداکثر امتیاز = ۵	
		۱۶	آیا فعالیت ها با استراتژی ها یا مداخلات تدوین شده مطابقت دارد؟ (مشاهده جدول فعالیت های تفصیلی و مطابقت با مداخلات / راهکارهای تدوین شده)					مطابقت کامل جدول فعالیت های تفصیلی با استراتژی ها یا مداخلات تدوین شده ۵ امتیاز - مطابقت برخی از فعالیت های تفصیلی با استراتژی ها ۳ امتیاز - عدم تطابق صفر امتیاز - حداکثر امتیاز = ۵	
	۱۷	آیا پیگیری فعالیت های تدوین شده انجام شده است؟ (مشاهده جدول گانت تکمیل شده و درصد پیشرفت آنها و پیگیری های انجام شده)					پیگیری کامل فعالیتها در زمان مقرر ۵ امتیاز - برخی از فعالیتها پیگیری شده ۳ امتیاز - عدم پیگیری صفر امتیاز - حداکثر امتیاز = ۵		
	گزارش دهی	آمار برنامه	۱۸	آیا هماهنگی (درون بخشی و برون بخشی) برای اجرای مداخلات برنامه، انجام و مستندات موجود است؟ (مشاهده مستندات)					وجود مستندات هماهنگی درون بخشی و برون بخشی کامل انجام شده ۵ امتیاز - ناقص انجام شده ۳ امتیاز - انجام نشده صفر امتیاز - حداکثر امتیاز = ۵
			۱۹	آیا اطلاعات آماری برنامه طبق دستورالعمل تکمیل و به موقع ارسال شده است؟ (مشاهده اطلاعات وارد شده در نرم افزار و تاریخ ارسال آن و مطابقت آن با دستورالعمل)					ارسال حداکثر ۱۵ روز بعد از دوره تعیین شده ۵ امتیاز - ارسال کمتر از ۲ ماه ۳ امتیاز - ارسال بیش از ۲ ماه صفر امتیاز - حداکثر امتیاز = ۵
			۲۰	آیا عملکرد برنامه طبق دستورالعمل در جدول فعالیت های تفصیلی به موقع ارسال گردیده است؟ (مشاهده رونوشت نامه ارسال شده مطابق دستورالعمل)					ارسال حداکثر ۱۵ روز بعد از دوره تعیین شده ۵ امتیاز - ارسال کمتر از ۲ ماه ۳ امتیاز - ارسال بیش از ۲ ماه صفر امتیاز - حداکثر امتیاز = ۵
	جمع امتیاز								

دستورالعمل چک لیست پایش برنامه کودکان در سطح شهرستان

یکی از مهمترین اجزای هر برنامه بررسی آن از نظر اجرای استاندارد و میزان دستیابی به هدف است که در غالب پایش و ارزشیابی برنامه تعریف می شود . هدف از پایش مرور مداوم برنامه در حین انجام کار به منظور مشخص شدن مشکلات و حل آنها در جهت بهبود کیفیت خدمات ارایه شده است .

این چک لیست برای هر برنامه جداگانه (کودک سالم ، مانا ، شیر مادر و مرگ کودکان) به شیوه مصاحبه و بررسی اسناد و مدارک مربوط به فرآیند ها تکمیل می گردد و نحوه امتیازدهی آن برای هر سوال جداگانه وزن دهی شده است . توالی انجام پایش هر ۶ ماه یکبار و تکمیل چک لیست آن توسط کارشناسان ناظر برسطوح شهرستان انجام خواهد گردید و توسط کارشناس مربوطه اطلاعات چک لیست تکمیل گردیده و وارد نرم افزار CHS و ازاین طریق به سایت پورتال اداره سلامت کودکان وزارت بهداشت انتقال داده می شود.

سوال ۱ - بایگانی دستورالعمل ها و بخشنامه ها از نظر تفکیک هر برنامه و به صورتی که دسترسی به آن ها آسان باشد بررسی گردد ، دستورالعمل ها و بخشنامه های ارسالی از دانشگاه نیز بایستی حداکثر طی ۱۵ روز از زمان دریافت (استناد به تاریخ ثبت نامه در دبیرخانه) به واحد های محیطی ارسال شده باشد (تاریخ رونوشت نامه ارسالی مشاهده می گردد)

امتیاز دهی : کامل بودن مستندات ۳ امتیاز(بایگانی ۱ امتیاز و ارسال حداکثر طی ۱۵ روز ۲ امتیاز)- ارسال ۱۵ روز تا ۱ ماه ۱ امتیاز - ارسال بیش از ۱ ماه صفر امتیاز

سوال ۲ - آخرین مواد آموزشی و کمک آموزشی هر برنامه باید موجود باشد و ارسال و توزیع به موقع آنها به واحد های محیطی متناسب با گروه هدف، سطح مشکل در منطقه و تعداد گروه هدف باشد و رونوشت نامه ارسالی یا تاریخ خروج از انبار در فرم مربوطه مشاهده گردد .

امتیاز دهی : وجود مواد آموزشی ۱ امتیاز، عدم وجود صفر امتیاز- وجود مواد کمک آموزشی ۱ امتیاز، عدم وجود صفر امتیاز- تحویل مواد آموزشی و کمک آموزشی حداکثر تا ۱ ماه ۱ امتیاز، بیش از ۱ ماه صفر امتیاز

برنامه	تعریف مواد آموزشی	کمک آموزشی
کودک سالم	بوکلت چارت پزشکی، راهنمای بوکلت چارت پزشکی، بوکلت چارت غیرپزشک ، راهنمای بوکلت چارت غیرپزشک،	فیلم آموزشی معاینه نوزاد - فیلم ارزیابی چشم
مانا	بوکلت چارت پزشکی، راهنمای بوکلت چارت پزشکی، بوکلت چارت غیرپزشک ، راهنمای بوکلت چارت غیرپزشک،	فیلم آموزشی مانا
شیرمادر	حمایت و ترویج تغذیه باشیرمادر در بیمارستانهای دوستدار کودک(دوره آموزشی ۲۰ ساعته برای کارکنان بیمارستانها) - راهنمای پایش و ارزیابی مجدد بیمارستانهای دوستدار کودک- مجموعه آموزشی ترویج تغذیه باشیرمادر(آموزش ۳۶ ساعت)-	کتابچه قانون ترویج تغذیه باشیرمادر و حمایت از مادران در دوران شیردهی - کتاب مشاوره در مورد تغذیه شیرخوار و کودک خردسال
مرگ کودک	فایل یا کتابچه نظام مراقبت مرگ کودکان ۱-۵۹ ماهه (نسخه سوم)-خلاصه دستورالعمل بررسی مرگ کودکان ۱-۵۹ ماهه در بیمارستان ،شهرستان، دانشگاه -	فایل یا کتاب گزارش نظام مراقبت مرگ کودکان ۱-۵۹ ماهه ۱۳۸۷- طرح درسهای سوانح و حوادث - طرح درسهای پیشگیری از ناهنجاری مادرزادی - سناریوهای حوادث

سوال ۳- جداول برآورد اقلام (دارو ، شیر مصنوعی) و مکمل های دارویی برنامه کودکان به تفکیک واحد های محیطی همراه با روش برآورد بررسی و مشاهده شود .(برآورد یک دوره از اقلام مشاهده شود اگر درست بود امتیاز کامل داده شود).

جدول زیر لیست حداقل داروهایی که باید در واحدهای تایعه وجود داشته باشد:

برنامه	خانه بهداشت / پایگاه	مرکز بهداشتی شهری / روستایی
کودک سالم	مولتی ویتامین یا ویتامین AD - قطره آهن	مولتی ویتامین یا ویتامین AD - قطره آهن
مانا	سولفاستامید ۱۰٪ - نیستاتین - آموکسی سیلین - پنی سیلین = کوتریموکسازول - ORS - استامینوفن - تتراسیکلین	سولفاستامید ۱۰٪ - نیستاتین - آموکسی سیلین - پنی سیلین = کوتریموکسازول - ORS - استامینوفن - تتراسیکلین
شیرمادر	شیر مصنوعی (در صورت نیاز)	کوپن شیر مصنوعی (در صورت نیاز)
مرگ کودک	در صورت عدم دسترسی بیش از یک ساعت : آمپول آمپی سیلین - جنتامایسین	داروهای احیای کودکان - آمپول آمپی سیلین - جنتامایسین

امتیاز دهی : برآورد صحیح ارقام ۵ امتیاز - برآورد نادرست و انجام نشده صفر امتیاز (در برنامه مانا حداقل در هر پایش ۲ مورد از ارقام چک شود)

سوال ۴ - مقایسه لیست توزیع ارقام (دارو ، شیر مصنوعی) و مکمل های دارویی برنامه کودکان با برآورد و درخواست صحیح آن (به تفکیک واحد های محیطی همراه با رونوشت نامه های ارسالی یا مستندات واحد امور دارویی که تأیید کننده این امر می باشد) مشاهده گردد.

امتیاز دهی : توزیع صحیح به همه واحدها ۵ امتیاز - توزیع برخی از ارقام ۳ امتیاز - توزیع نادرست یا توزیع انجام نشده صفر

سوال ۵ - لیست امکانات و تجهیزات مورد نیاز برنامه (فرم ها و دفاتر ثبت ، ترازو و.....) به تفکیک واحدهای محیطی ، بررسی و مشاهده گردد

برنامه	خانه بهداشت / پایگاه	مرکز بهداشتی شهری / روستایی
کودک سالم	ترازوی اطفال - بزرگسال - قدسنج - متر - چارت بینایی - بوکلت چارت - دفاتر - فرم چوب خط و ارجاع	ترازوی اطفال - بزرگسال - قدسنج - متر - چارت بینایی - بوکلت چارت - دفاتر - فرم چوب خط و ارجاع
مانا	ترازوی اطفال - بزرگسال - متر - چارت بینایی - بوکلت چارت - دفاتر - فرم چوب خط و ارجاع - ترمومتر - چراغ قوه - آبسلانگ ترمومتر	ترازوی اطفال - بزرگسال - قدسنج - متر - چارت بینایی - بوکلت چارت - دفاتر - فرم چوب خط و ارجاع - چراغ قوه - آبسلانگ - گوشی - اتوسکوپ
شیرمادر	دفاتر - فرم چوب خط	دفاتر - فرم چوب خط
مرگ کودک	فرم بررسی مرگ کودکان - در صورت عدم دسترسی بیش از یک ساعت : کپسول اکسیژن	فرم بررسی مرگ کودکان - کپسول اکسیژن - آمبوبک اطفال - لارنگوسکوپ باتیغه اطفال - لوله راه هوایی سایز مناسب

امتیاز دهی : تامین (اعم از خرید یا تعمیر) صحیح همه امکانات و تجهیزات (بر اساس برآورد و درخواست) ۵ امتیاز - تامین برخی از امکانات و تجهیزات ۳ امتیاز - اقدامی جهت تامین و تعمیر صورت نگرفته صفر امتیاز

سوال ۶ و ۷ و ۸ و ۹ - بررسی و مشاهده : برنامه زمان بندی شده بازدیدها (جدول دارای نام کارشناس ، زمان و مکان بازدید) در برنامه عملیاتی پیش بینی شده باشد و در صورت عدم انجام به موقع علل تاخیر و یا عدم انجام نظارت مکتوب شده باشد ، بازدیدها بایستی با استفاده از روش و ابزار مدون انجام گیرد (مشاهده تکمیل ابزار پایش استاندارد) (۲ بازدید بصورت رندوم بررسی شود).

چک لیست بازدید واحد های محیطی تکمیل گردیده و در گزارش بازدیدها به اقدامات انجام شده در زمینه نظارت قبلی اشاره شود (مشاهده پس خوراند پایش قبلی) ، گزارش بازدیدها تحت عنوان " پس خوراند بازدید " حداکثر تا دو هفته بعد از بازدید به واحد های تابعه ارسال شده باشد (مشاهده مستندات)

امتیاز دهی سوال ۶ : در صورتی که جدول زمان بندی نظارتها در برنامه عملیاتی پیش بینی گردیده و ۹۰ درصد و یا بیشتر نظارتها انجام گردیده ۹ امتیاز - ۸۰ درصد نظارتها انجام گردیده ۸ امتیاز - ۷۰ درصد نظارتها انجام گردیده ۷ امتیاز و - کمتر از ۱۰ درصد نظارتها انجام شده باشد و یا در برنامه عملیاتی پیش بینی نشده باشد صفر امتیاز

توجه : صفر جلوی درصد انجام نظارتها برداشته شده و امتیاز بدست می آید .

امتیاز دهی سوال ۷ : بر اساس ابزار پایش استاندارد، کامل تکمیل شده باشد ۵ امتیاز - : بر اساس ابزار پایش استاندارد، ناقص تکمیل شده باشد ۳ امتیاز - بدون ابزار پایش استاندارد صفر امتیاز

امتیاز دهی سوال ۸: کامل (کلیه مشکلات پایش قبلی بررسی شده) ۵ امتیاز- ناقص (حداقل یک مشکل پایش قبلی بررسی نشده) ۳ امتیاز- اگر بررسی انجام نشده صفر امتیاز

امتیاز دهی سوال ۹: ارسال حداکثر تا ۲ هفته ۵ امتیاز- ارسال ۲ هفته تا یک ماه ۳ امتیاز- بیش از یک ماه ۱ امتیاز - عدم ارسال صفر امتیاز

سوال ۱۰- مشاهده و بررسی تحلیل داده های جمع آوری شده و نتایج حاصل از بازدید ها به صورت جداول یا نمودار به تفکیک واحد های محیطی و عناوین چک لیست محیطی نمایش و مقایسه شده باشند .

امتیاز دهی : مقایسه سوالات ایزارپایش به تفکیک واحد های محیطی، کامل انجام شده ۵ امتیاز - ناقص انجام شده ۳ امتیاز - انجام نشده صفر امتیاز

سوال ۱۱ - بررسی ارسال نتایج تحلیل نظارت های برنامه به واحد های تابع محیطی و سطوح بالاتر از طریق مشاهده رونوشت نامه های ارسالی به واحد های مربوطه (ظرف مدت ۱/۵ ماه ارسال گردد) .

امتیاز دهی : کامل (به سطوح تابعه محیطی و هم به سطوح بالاتر ظرف مدت ۱/۵ ماه ارسال شده) ۵ امتیاز - ناقص(بیش از ۱/۵ ماه یا به یکی از سطوح ارسال شده باشد) ۳ امتیاز - ارسال نشده صفر امتیاز

سوال ۱۲ - لیست مکتوب و مستند شناسنامه آموزشی کارکنان و مدرسین به تفکیک در هر برنامه به شکل جداگانه مشاهده گردد .

این شناسنامه آموزشی شامل موارد زیر می باشد:

نام و نام خانوادگی - تحصیلات - محل خدمت - سمت

نام برنامه - نام دوره آموزشی - نحوه آموزش (کارگاه - سمینار - جلسه و ...) - مدت آموزش - تاریخ آموزش - ارائه دهنده آموزش توسط هسته آموزشی (بیمارستان، مرکز بهداشتی درمانی ، شهرستان، دانشگاه ، کشوری)

امتیاز دهی : شناسنامه آموزشی کامل انجام شده ۵ امتیاز - ناقص انجام شده ۳ امتیاز - انجام نشده صفر امتیاز

سوال ۱۳ - برای کسانی که تاکنون آموزش ندیده اند:

گزارش برگزاری دوره آموزشی براساس نیاز سنجی و استاندارد تعریف شده بررسی و مشاهده گردد .

استانداردهای تعریف شده :

برنامه	گروه هدف	نام دوره آموزشی	مدت آموزش
کودک سالم	پزشک	کارگاه مراقبت کودک سالم پزشک	۷ ساعت
	پزشک	کارگاه تکامل کودکان	۷ ساعت
	کارشناس بهداشت خانواده - بهورز	کارگاه مراقبت کودک سالم غیرپزشک	۱۴ ساعت
مانا	پزشک	کارگاه مراقبت ادغام یافته ناخوشی اطفال پزشک	۲۱ ساعت
	پزشک - بهورز - کارشناس بهداشت خانواده	کارگاه برخورد با کودک مصدوم	۱۴ ساعت
	کارشناس بهداشت خانواده - بهورز	کارگاه مراقبت ادغام یافته ناخوشی اطفال غیرپزشک	۳۰ ساعت
شیرمادر	پزشک	راهنمای تغذیه با شیرمادر برای پزشکان	۳۶ ساعت
	کارکنان بیمارستانی	کارگاه حمایت و ترویج تغذیه با شیرمادر در بیمارستانهای دوستدار کودک	۲۰ ساعت
	کارشناس بهداشت خانواده - بهورز	کارگاه حمایت و ترویج تغذیه با شیرمادر	۲۰ ساعت
مرگ کودک	پرسنل بررسی مرگ کودکان	کارگاه نظام مراقبت مرگ کودکان ۱-۵۹ ماهه	۷ ساعت
	کلیه پرسنل حوزه بهداشت و درمان	احیاء پایه کودکان	۸ ساعت

برای کسانی که دوره آموزشی استاندارد را گذرانده اند:

بازآموزی حداقل هر ۲ سال یکبار بر اساس مستندات نیاز سنجی های انجام شده از قبیل آزمون ، نظارت ها و تحلیل آن برنامه آموزشی تدوین شده باشد

امتیاز دهی : دوره آموزشی استاندارد و بازآموزی بازآموزی حداقل هر ۲ سال یکبار بر اساس مستندات نیازسنجی کامل انجام شده ۵ امتیاز - ناقص انجام شده ۳ امتیاز - اگر هر کدام انجام نشده صفر امتیاز

سوال ۱۴ - مشاهده و مطابقت لیست مداخلات یا استراتژی های تدوین شده در برنامه عملیاتی با وضعیت موجود اطلاعات آماری برنامه انجام شود

اطلاعات آماری برنامه شیر مادر: فرم جمع بندی اطلاعات شیر مصنوعی و بیمارستان دوستدار کودک

اطلاعات آماری برنامه کودک سالم: فرم جمع بندی اطلاعات کودک سالم

اطلاعات آماری برنامه مانا: فرم جمع بندی اطلاعات مانا

اطلاعات آماری برنامه مرگ کودکان: فرم جمع بندی اطلاعات فایل CSO

امتیاز دهی : مطابقت کامل با اطلاعات آماری برنامه ۵ امتیاز - مطابقت برخی از راهکارها با اطلاعات آماری ۳ امتیاز - عدم تطابق صفر امتیاز

سوال ۱۵ - بر اساس مشاهده لیست مداخلات یا استراتژی های تدوین شده در برنامه عملیاتی و مطابقت آن با نتایج تحلیل نظارت های برنامه انجام شود

امتیاز دهی : مطابقت کامل با تحلیل نظارت برنامه ۵ امتیاز - مطابقت برخی از راهکارها با تحلیل نظارت ۳ امتیاز - عدم تطابق صفر امتیاز

سوال ۱۶ - مشاهده و بررسی جدول فعالیت های تفصیلی که مطابقت با استراتژی ها یا مداخلات تدوین شده داشته باشد .

امتیاز دهی : مطابقت کامل جدول فعالیت های تفصیلی با استراتژی ها یا مداخلات تدوین شده ۵ امتیاز - مطابقت برخی از فعالیت های تفصیلی با استراتژی ها ۳ امتیاز - عدم تطابق صفر امتیاز

سوال ۱۷ - مشاهده جدول گانت تکمیل شده و درصد پیشرفت فعالیت ها و مشاهده مکاتبات پیگیری های انجام شده در سه ماهه گذشته.

امتیاز دهی : پیگیری کامل فعالیتهای در زمان مقرر ۵ امتیاز - برخی از فعالیتهای پیگیری شده ۳ امتیاز - عدم پیگیری صفر امتیاز

سوال ۱۸ - مستندات هماهنگی درون بخشی و برون بخشی هر برنامه را مشاهده می کنید اگر در مداخلات تدوین شده نیاز به هر کدام از هماهنگی های درون بخشی یا برون بخشی یا هر دو داشته باشد و انجام گرفته باشد امتیاز کامل را می گیرد

امتیاز دهی : وجود مستندات هماهنگی درون بخشی و برون بخشی کامل انجام شده ۵ امتیاز - ناقص انجام شده ۳ امتیاز - انجام نشده صفر امتیاز

سوال ۱۹ - مشاهده اطلاعات آماری وارد شده هر برنامه در نرم افزار و ارسال اطلاعات بایستی حداکثر ۱۵ روز بعد از دوره تعیین شده باشد. (بطور مثال دوره جمع بندی اطلاعات آماری مانا هر ۳ ماه یکبار می باشد که جمع اطلاعات آن باید در شهرستان حداکثر تا ۱۵ روز بعد از فصل در نرم افزار مربوطه وارد و ارسال شده باشد)

امتیاز دهی : ارسال حداکثر ۱۵ روز بعد از دوره تعیین شده ۵ امتیاز - ارسال کمتر از ۲ ماه ۳ امتیاز - ارسال بیش از ۲ ماه صفر امتیاز

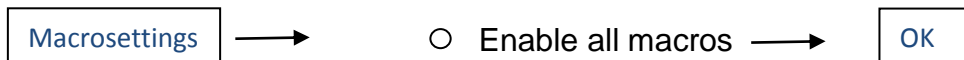
سوال ۲۰ - مشاهده رونوشت نامه ارسال شده عملکرد فعالیت های برنامه عملیاتی (دوره ارسال عملکرد برنامه ۳ ماهه می باشد) بایستی حداکثر ۱۵ روز بعد از دوره تعیین شده باشد. (بطور مثال دوره ارسال عملکرد برنامه در فصل بهار باید در شهرستان حداکثر تا پانزدهم ماه تیر ارسال شده باشد)

امتیاز دهی : ارسال حداکثر ۱۵ روز بعد از دوره تعیین شده ۵ امتیاز - ارسال کمتر از ۲ ماه ۳ امتیاز - ارسال بیش از ۲ ماه صفر امتیاز

• پاسخگویی به برخی سؤالات همکاران در رابطه با نرم افزار CSO

- این فایل برای جمع‌آوری اطلاعات مورد نیاز مرگ پره‌ناتال، مرگ کودکان (۱-۵۹ ماهه) در قالب کمیته و برنامه، پایش و ارزیابی و گزارش مرگ طراحی شده است.
- برای استفاده از این فایل باید در رایانه شما نرم افزار **access۲۰۰۷** نصب شده باشد. این برنامه با **access۲۰۰۳** قابل استفاده نیست.
- ابتدا فایل را در رایانه خود (در هردرایو یا فولدر دلخواه) کپی کنید.
- در صورتی که فایل برای اولین بار در **access۲۰۰۷** باز می‌شود مراحل زیر را انجام دهید:
- یک نوار ابزار **security warning** بالای پنجره صفحه اصلی دیده می‌شود، آن را به این طریق غیرفعال کنید:
 - در قسمت جلوی این اخطار بر روی دکمه **option** کلیک کنید پنجره **Security Alert** باز می‌شود
 - دکمه **Enable this content** را کلیک و سپس در قسمت پایین و سمت چپ پنجره **Security Alert** روی **Open the Trust Center** کلیک کنید پنجره **Trust Center** باز می‌شود.
 - در قسمت سمت چپ پنجره **Trust Center**، عنوان **Macro Settings** را انتخاب کنید و آخرین گزینه، **Enable all macros...** را انتخاب کنید و در نهایت دکمه **ok** همه پنجره‌ها را کلیک نمایید.

- Security warning
- Enable this content
- open this trust center → trust center



- پس از باز کردن فایل پنجره انتخاب موقعیت را می‌بینید، ۲ قسمت دارد. با توجه به سطح کاربر مراحل زیر را طی کنید:
 - در ابتدا در قسمت بالا سال را انتخاب کنید.
 - در قسمت سمت راست: نام دانشگاه را انتخاب کنید.
 - اگر در سطح دانشگاه، داخل یا خارج بیمارستانی مسئول هستید، برحسب مسؤولیت خود دکمه مربوط را انتخاب نمایید.
 - اگر در سطح شهرستان مسئول هستید، بعد از انتخاب نام دانشگاه، در قسمت وسط، نام شهرستان را انتخاب و سپس دکمه "مسئول بررسی مرگ شهرستان" را کلیک کنید.
- اگر در سطح بیمارستان مسئول هستید، بعد از انتخاب نام دانشگاه و شهرستان، در قسمت سمت چپ نام بیمارستان را نیز انتخاب و سپس روی دکمه "مسئول بررسی مرگ بیمارستان" کلیک نمایید.

پس بطور کلی در ابتدای ورود به نرم افزار CSO باید :

- option غیر فعال باشد.
- پنجره تعیین موقعیت باز شود.
- در صورت بروز مشکل هنگام ورود اطلاعات اولیه مرگ و بسته نشدن صفحه می‌توان روی صفحه کلیک راست کرده و گزینه **close** را انتخاب کنید تا پنجره بسته شود. سپس به قسمت لیست اطلاعات اولیه مرگ کودکان **off line** رفته و اطلاعات ثبت شده کودک اخیر را که در هنگام ورود آنها با مشکل مواجه شدید حذف کنید و مجدداً اقدام به ثبت اطلاعات کنید.
- از نگهداری چند فایل **CSO** در درایوهای مختلف یک کامپیوتر پیشگیری کنید چون در روند کدگذاری در مرحله ورود اطلاعات اولیه مرگ اختلال ایجاد می‌کند.

- اگر پس از ورود اطلاعات اولیه وارد قسمت تکمیل پرسشنامه ها شویم سپس متوجه شویم که اطلاعات پرسشنامه ها کامل نیست و بخواهیم تکمیل پرسشنامه ها را به چند روز بعد موکول کنیم می بایست صفحه تکمیل پرسشنامه ها را بسته و گزینه انتقال اطلاعات اولیه به سایت روی صفحه اصلی را کلیک کرده تا اطلاعات اولیه به سایت منتقل شود. نکته: در صورتی که گزینه انتقال اطلاعات بالای صفحه پرسشنامه ها را کلیک کنید پرسشنامه های خالی به همراه اطلاعات اولیه ارسال می شود و دیگر شما قادر به تکمیل پرسشنامه ها نخواهید بود.
- اگر اطلاعات اولیه را قبل از ارسال بخواهید اصلاح کنید به قسمت لیست اطلاعات اولیه **off line** بروید و اطلاعات را اصلاح کنید. ولی اگر اطلاعات را قبلاً ارسال کرده اید به قسمت گزارش و اصلاح اطلاعات اولیه مرگ کودکان ۵۹-۱ ماهه بروید و به صورت **on line** اطلاعات را حذف یا اصلاح کنید.
- اگر اطلاعات اولیه را ارسال کرده اید و در **off line** اطلاعات وجود دارد ولی در قسمت پرسشنامه ها که **search** می کنید اطلاعات کودک وجود ندارد علت آن باز بودن صفحات دیگر در هنگام ورود اطلاعات اولیه می باشد. برای این موارد باید مجدداً اطلاعات اولیه را حذف و دوباره وارد نمایید. بنابراین دقت کنید در هنگام ورود اطلاعات اولیه هیچ صفحه دیگری باز نباشد.
- اگر در هنگام ورود اطلاعات اولیه کد ملی کودک را نداشتید کد متوفی را در قسمت کد ملی وارد کنید. اگر کد متوفی بالای ۹ رقم بود ۹ رقم سمت راست کد متوفی را در قسمت کد ملی وارد کنید.
- در قسمت فرم اطلاعات اعضای کمیته ها لیست اطلاعات اعضای کمیته مرگ و میر را وارد کنید. در صورتی که در سال گذشته اطلاعات اعضای فرم وارد کرده اید نیازی به ثبت مجدد نیست و تنها در صورتی که فرد جدیدی به اعضای اضافه شده است اطلاعات فرد را وارد کرده و سپس در فرم اطلاعات آموزشی ابتدا نام فرد را در بالای فرم جستجو و سپس اطلاعات آموزشی فرد را وارد کنید.
- برنامه عملیاتی مرگ و میر را در نرم افزار **chs** وارد کنید. برای ورود اطلاعات وارد فرم ثبت برنامه عملیاتی مرگ کودکان در قسمت برنامه ریزی شوید و سپس طبق مراحل ذیل برنامه را وارد کنید:

مرحله اول: مشخص کردن اهداف اختصاصی برنامه

- در ردیف اول، سال برنامه بصورت پیش فرض مشخص شده است ولی ماه تدوین برنامه را انتخاب کنید (زمانی که ماه درج می گردد بطور خودکار شماره زده می شود)،
- ردیف دوم: در هر صفحه از برنامه عملیاتی یک هدف اختصاصی را ثبت کنید و سپس جدول راهکارها مربوط به هر هدف را به شرح ذیل تکمیل گردد:

مرحله دوم: مشخص کردن راهکارها (استراتژی ها) برنامه جهت رسیدن به هدف اختصاصی مشخص شده:

- بند شماره ای است که بطور خودکار داده می شود (در صورتی که می خواهید راهکاری روی اهداف از قبل تعیین شده اضافه کنید باید بند را بطور دستی عددی وارد کنید که تکراری نباشد)
- عنوان راهکار / مداخله را به دو روش می توانید ثبت کنید عنوان مداخله را می توانید تایپ کنید یا از لیست پیش فرض آن را انتخاب کنید،
- سطح مداخله (شهرستان، دانشگاه، معاونت درمان و): مداخله در هر سطحی که باید انجام گیرد را مشخص کنید
- مسئول اجرا را از لیست پیش فرض انتخاب کنید یا می توانید تایپ کنید

- زمان اجرا مداخله را بر حسب ماه انتخاب کنید و مدت اجرا که این مداخله ممکن طول بکشد را درج نمایید .
 - و به همین ترتیب مداخلات دیگر را برای همین هدف مشخص کنید
 - برای پاک کردن اطلاعات هر رکورد دکمه حذف را کلیک نمایید و جهت خارج شدن از صفحه دکمه خروج را می زنیم .
- اگر بخواهیم راهکاری به راهکارهای قبلی ثبت شده اضافه کنیم در قسمت بند شماره آن را تغییر می دهیم و سپس رکورد را اضافه می کنیم .**

بند	عنوان راهکار / مداخله	سطح مداخله	مسئول اجرا	زمان اجرا	مدت اجرا
1	آموزش هسته آموزشی شهرستان های تابعه در مورد ثبت علت مرگ	معاونت بهداشت	مسئول بررسی مرگ خارج بیمارستان	اردیبهشت	سه ماه
2	هماهنگی با معاونت آموزشی در مورد نیاز آموزشی ثبت صحیح علت مرگ	معاونت بهداشت	مسئول بررسی مرگ خارج بیمارستان	اردیبهشت	یکماه
3					

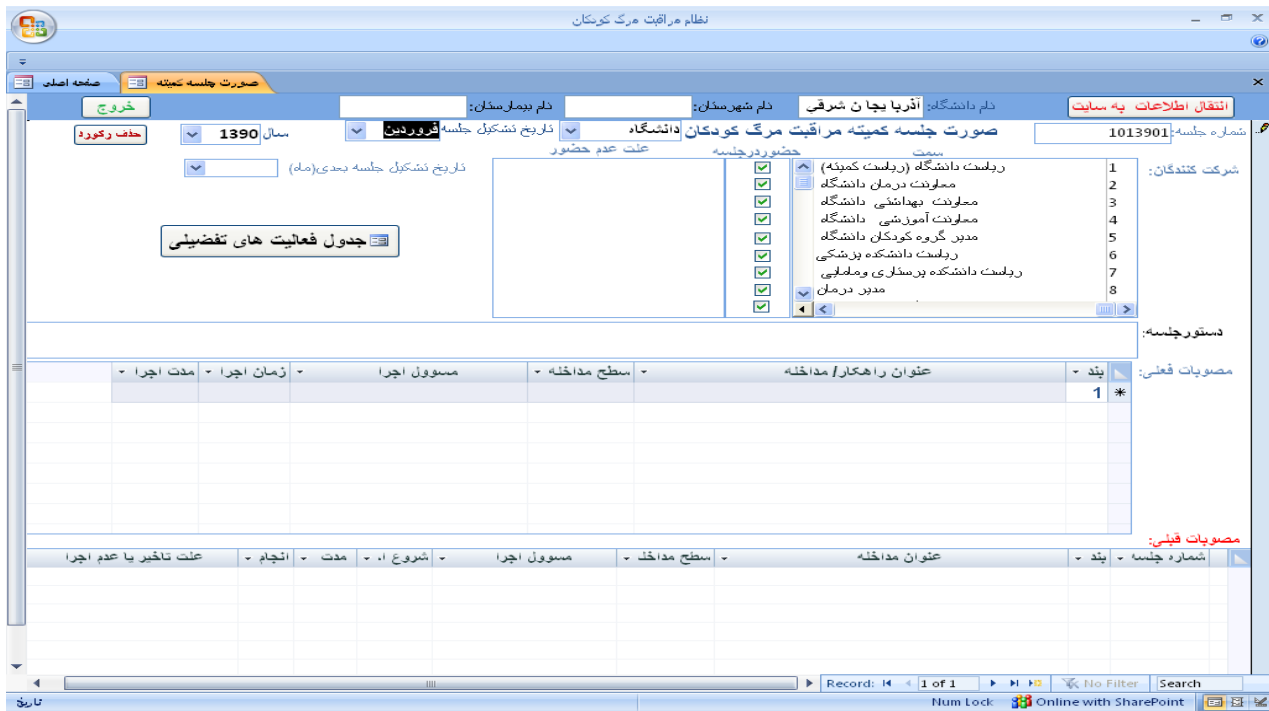
مرحله سوم: مشخص کردن فعالیت های برنامه براساس راهکارهای مشخص شده:

- سپس در سمت راست وپایین صفحه با کلیک بر روی عنوان "جدول فعالیت های تفصیلی" صفحه ای باز می شود که اطلاعات فعالیت های تفصیلی هر برنامه را براساس هر راهکار به شرح زیر تکمیل نمایید :
- ابتدا در قسمت بالای این صفحه باکلیک روی جستجوی عنوان وکد مداخله ، مداخله مورد نظر را انتخاب می کنیم تا در عنوان مداخله جدول فعالیت تفصیلی قرارگیرد سپس جدول فعالیت ها را براساس این مداخله به شرح زیر تکمیل می گردد :

- واحد فعالیت را از لیست پیش فرض (کارگاه ، سمینار ، جلسه و) باید انتخاب کنید
- عنوان فعالیت را می توانید تایپ کنید یا از لیست پیش فرض (کودک سالم ، مانا و.....) انتخاب کنید
- گروه هدف که فعالیت برای آن انجام می گیرد را می توانید تایپ کنید یا از لیست پیش فرض (مسولین ، پزشک ، کارشناس و.....) انتخاب کنید
- تعداد به گروه هدف برمی گردد که آنرا تایپ نمایید بطور مثال " ۳۰ "تعداد افراد شرکت کننده در کارگاه
- مدت زمانی که این فعالیت طول می کشد را می توانید تایپ کنید یا از لیست پیش فرض (یک روز ، دو روز و) انتخاب کنید.
- در صورتی که واحد فعالیت، "کارگاه" است، منظور از "مدت" تعداد روزهای کارگاه می باشد.
- زمان اتمام فعالیت را بر حسب ماه بایدانتخاب کنید
- نوع فعالیت (مداخله ای و جاری) اختیاری می باشد درصورت انتخاب نکردن بصورت پیش فرض مداخله ای در نظر گرفته می شود
- و به همین ترتیب فعالیت های دیگر را برای همین راهکار در ردیف های بعدی مشخص کنید

عنوان مداخله:		آموزش هسته آموزشی شهرستان های تابعه در مورد ثبت علت مرگ		سطح مداخله: معاونت بهداشت		فرد مسئول:		مسئول بررسی مرگ خارج بید	
واحد فعالیت	عنوان فعالیت	گروه هدف	تعداد	مدت	زمان اتمام	نوع فعالیت			
کارگاه	ثبت علت مرگ کودکان براساس ICD10	مسولین	۲۰	یک روز	اردیبهشت	مداخله ای			
کارگاه	ثبت علت مرگ کودکان براساس ICD10	پرستار	۳۰	یک روز	خرداد	مداخله ای			
ندوبن دستورالعمل	ثبت علت مرگ کودکان براساس ICD10	پرستار	۳۰۰	یک هفته	خرداد	مداخله ای			

- در نهایت با زدن دکمه "انتقال اطلاعات به سایت" اطلاعات وارد شده به سایت وزارت بهداشت منتقل می شود و جهت خارج شدن از صفحه دکمه خروج را می زنیم.
- برای اضافه کردن فعالیت پس از ارسال برنامه عملیاتی روی فرم برنامه عملیاتی می رویم از پایین رکورد مربوطه را انتخاب می کنیم بعد روی ماه برنامه کلیک می کنیم سپس می توانیم فعالیت را اضافه کنیم .
- اگر در هنگام وارد کردن برنامه عملیاتی عنوان ، گروه هدف و زمان اتمام تکراری باشد نرم افزار پیام می دهد و آن را قبول نمی کند که در این صورت باید زمان اتمام آن را تغییر دهید .
- علامت + در کنار راهکارها فقط برای دیدن لیست فعالیتهاست و برای وارد کردن فعالیتها حتماً باید از جدول فعالیتهای تفصیلی پایین صفحه استفاده کنیم .
- پس از ثبت برنامه عملیاتی در پایان هر سه ماهه وارد قسمت عملکرد برنامه عملیاتی مرگ کودکان در قسمت گزارش دهی نرم افزار chs شوید و گزارش عملکرد فعالیتها را وارد کنید (انجام/ درصد پیشرفت / علت تاخیر یا عدم اجراء) و سپس اطلاعات را به سایت نظام مراقبت مرگ انتقال دهید .
- نحوه ثبت صورت جلسات کمیته های مرگ و میر :
- در صفحه صورتجلسه کمیته، از ۵ قسمت کلی شامل مشخصات کمیته (نوع کمیته و تاریخ)، اعضای شرکت کننده، دستور جلسه، مصوبات فعلی، مصوبات قبلی و جدول فعالیت های تفصیلی تشکیل شده است :
- در نوار آبی بالای صفحه نام دانشگاه ، نام شهرستان و نام بیمارستان با مشخص کردن نوع صورتجلسه کمیته بارگذاری می شود و از داخل این فرم قابل تغییر نیست (برای تغییر باید فرم بسته شود و در صفحه اصلی با کلیک روی تغییر کاربرنام دانشگاه یا شهرستان و بیمارستان را انتخاب نمایید)
- شماره جلسه با مشخص کردن نوع صورتجلسه کمیته درج می گردد این شماره بصورت خودکار زده می شود و قابل تغییر نمی باشد.
- نوع صورتجلسه کمیته برحسب این که صورتجلسه مربوط به دانشگاه، معاونت درمان، معاونت بهداشت، شهرستان و یا بیمارستان باشد یکی را انتخاب کنید. تاریخ تشکیل این جلسه را انتخاب کنید، و سپس تاریخ جلسه بعدی را انتخاب کنید.
- سمت/اعضای شرکت کننده برحسب نوع کمیته مشخص می گردد ، حضور آنها در جلسه را تیک بزنید. در صورت عدم حضور اعضا علت آن را بنویسید.
- دستور جلسه را می توانید تایپ کنید.
- مصوبات فعلی در کمیته را بصورت زیر ثبت نمایید:



- بند شماره ای است که بطور خودکار داده می شود ،
- عنوان راهکار / مداخله را به دو روش می توانید ثبت کنید عنوان مداخله را می توانید تایپ کنید یا از لیست پیش فرض آن را انتخاب کنید. عنوان راهکارها نباید یکسان (تکراری) باشد.
- سطح مداخله (شهرستان ، دانشگاه ، معاونت درمان و): مداخله در هر سطحی که باید انجام گیرد را مشخص کنید
- مسئول اجرا را از لیست پیش فرض انتخاب کنید
- زمان اجرا مداخله را بر حسب ماه انتخاب کنید و مدت اجرا که این مداخله ممکن طول بکشد را درج نمایید .
- و به همین ترتیب مداخلات دیگر را به همین ترتیب مشخص کنید
- مصوبات قبلی کمیته ها نیز بصورت خودکار شماره جلسه، سطح مداخله، مسئول اجرا، زمان و مدت اجرا بارگذاری می شود و باید وضعیت انجام و عدم انجام آن ها مشخص کنید.
- با زدن دکمه انتقال اطلاعات به سایت، اطلاعات به سایت وزارت بهداشت منتقل می شود.
- سپس با کلیک بر روی عنوان "جدول فعالیت های تفصیلی" صفحه ای باز می شود که اطلاعات فعالیت های تفصیلی را براساس هر راهکار به شرح زیر تکمیل نمایید :
- ابتدا در قسمت بالای این صفحه با کلیک روی جستجوی عنوان و کد مداخله ، مداخله مورد نظر را انتخاب می کنیم تا در عنوان مداخله جدول فعالیت تفصیلی قرارگیرد سپس جدول فعالیت ها را براساس این مداخله به شرح زیر تکمیل می گردد :



- واحد فعالیت را از لیست پیش فرض (کارگاه ، سمینار ، جلسه و) انتخاب کنید
- عنوان فعالیت را می توانید تایپ کنید یا از لیست پیش فرض (کودک سالم ، مانا و.....) انتخاب کنید
- گروه هدف که فعالیت برای آن انجام می گیرد را می توانید تایپ کنید یا از لیست پیش فرض (مسوولین ، پزشک ، کارشناس و.....) انتخاب کنید
- تعداد به گروه هدف برمی گردد که آنرا تایپ نمایید بطور مثال " ۳۰ "تعداد افراد شرکت کننده در کارگاه
- مدت زمانی که این فعالیت طول می کشد را می توانید تایپ کنید یا از لیست پیش فرض (یک روز ، دو روز و) انتخاب کنید زمان
- تمام فعالیت را بر حسب ماه انتخاب کنید
- نوع فعالیت (مداخله ای و جاری) اختیاری می باشد در صورت انتخاب نکردن بصورت پیش فرض مداخله ای در نظر گرفته می شود
- و به همین ترتیب فعالیت های دیگر را برای همین راهکار در ردیف های بعدی مشخص کنید

صفحه اصلی | جدول فعالیت تفصیلی

انتقال اطلاعات به سایت | نام دانشگاه: آذربایجان شرقی | نام شهرستان: | نام بیمارستان: | کد: 10

جستجوی عنوان و کد مداخله: 11013901 | سال: 1390 | شروع: 2 | مدت: 4

عنوان مداخله: آموزش پرسنل درمورد مراقبت های ادغام یافته ناخوشی های اطفال | سطح مداخله: معاونت درمان | فرد مسئول: مسوول بررسی مرگ د

واحد فعالیت	عنوان فعالیت	گروه هدف	تعداد	مدت	زمان انجام	نوع فعالیت
کارگاه	مانا	پزشک	۳۰	چندروز	اردیبهشت	مداخله ای
کارگاه	مانا	پزشک	۲۵	چندروز	خرداد	مداخله ای

- در نهایت با زدن دکمه "انتقال اطلاعات به سایت" اطلاعات وارد شده به سایت وزارت بهداشت منتقل می شود و جهت خارج شدن از صفحه دکمه خروج را می زنیم

چک لیست های ثبت مرگ و میر بعلت حوادث

مخصوص بررسی حوادث ترافیکی

نام و نام خانوادگی کودک	نام پدر.....	نام مادر...
۱- سن :		به ماه
۲- جنس :		۱- مذکر ۲- مونث
۳- محل سکونت: ۱-۳- شهرستان محل سکونت آدرس:.....		
۴- منطقه سکونت ۱- شهری ۲- روستایی ۳- سایر.....		
۵- تاریخ و زمان وقوع حادثه :		
تاریخ : ساعت: دقیقه		
۶- مکان وقوع حادثه:		
۱- خیابان و معابر داخل شهر		
۲- معابر داخل روستا		
۳- بزرگراه داخل		
۴- جاده بین شهری		
۵- بزرگراه خارج شهر		
۶- جاده روستایی		
۷- سایر		
۷- وضعیت فرد در زمان وقوع حادثه :		
۱- عابر پیاده		
۲- سرنشین صندلی جلو بدون همراه		
۳- سرنشین صندلی جلو در آغوش مادر یا فرد بزرگسال		
۴- سرنشین در صندلی پشت		
۵- سرنشین در پشت کامیون-وانت		
۸- نوع وسیله نقلیه		
۱- موتور سیکلت		
۲- سواری		
۳- وانت		
۴- کامیون		
۵- تراکتور		
۶- اتوبوس - مینی بوس		
۷- سایر		
۹- نوع حادثه:		
الف - عابر پیاده		
۱- تصادف در سواره روی بزرگراه یا جاده خارج شهر		
۲- تصادف در سواره روی خیابانهای معمولی		
۳- تصادف در پیاده رو یا حاشیه خیابان یا جاده		

۴- سایر .

۵- نمی‌داند

ب- راکب دو چرخه یا موتور

۶- سقوط از روی دو چرخه یا موتور به دلیل مشکلات وسیله، اشکال جاده یا عدم دقت راننده

(وسيله در حال حرکت باشد)

۷- برخورد با دیوار یا وسیله ثابت در مقابل

۸- برخورد با یک وسیله متحرک

۹- سقوط یا برخورد در زمان انجام عملیات نمایشی

۱۰- وسیله ثابت بوده ولی یک وسیله متحرک دیگر با آن تصادف کرده

۱۱- سایر

۱۲- نمی‌داند

ج - مسافر (سه چرخ، چهارچرخ و بالاتر)

۱۳- خروج از جاده به علت عیب وسیله یا جاده یا عدم دقت / سرعت غیرمجاز

۱۴- برخورد با دیوار یا وسیله ثابت در مقابل

۱۵- برخورد با یک وسیله متحرک از روبرو

۱۶- افتادن از درون وسیله متحرک به بیرون

۱۷- چپ شدگی، وارونگی یا قیچی کردن در درون جاده

۱۸- وسیله ثابت بوده ولی یک وسیله متحرک دیگر با آن برخورد کرده

۱۹- سایر حالات

۲۰- نمی‌داند

۱۰- در صورتیکه مصدوم سوار بر وسیله حمل و نقل بوده است: نوع، سیستم، مدل و تیپ وسیله حمل و نقل:

۱-۱۳- نوع وسیله نقلیه: ۱- سواری ۲- وانت ۳- اتوبوس و مینی‌بوس

۴- باری ۶ چرخ و بیشتر ۵- موتور سیکلت

۶- دوچرخه ۷- سایر ۸- نمیداند

(در صورتیکه پاسخ، کدهای ۱ یا ۲ نیست، به سؤال ۱۴ بروید)

۱۱- سیستم وسیله نقلیه:

۱- پیکان ۲- پژو ۳- پراید ۴- سمند ۵- رنو ۶- نیسان

(فقط برای سواری و وانت) ۷- مزدا ۸- سایر ۹- نمیداند

۱۲- مدل وسیله نقلیه: ۱- تولید سال ۶۰ و قبل از آن ۲- تولید سالهای ۷۰ - ۶۰

۳- تولید سالهای ۸۰ - ۷۰ ۴- تولید سال ۸۱ و بالاتر

(فقط برای سواری و وانت) ۵- نمیداند

۱۳- سیستم وسیله نقلیه: ۱- پیکان ۲- پژو ۳- پراید

۴- سمند ۵- رنو ۶- نیسان

(فقط برای سواری و وانت) ۷- مزدا ۸- سایر ۹- نمیداند

۱۴- مدل وسیله نقلیه: ۱- تولید سال ۶۰ و قبل از آن ۲- تولید سالهای ۷۰ - ۶۰

۳- تولید سالهای ۸۰ - ۷۰ ۴- تولید سال ۸۱ و بالاتر

(فقط برای سواری و وانت) ۵- نمیداند

۱۵- مکان فوت را مشخص نمایید:

۱- هنگام حادثه	۲- در راه انتقال	۳- در مرکز درمانی	۴- سایر
۱۶- چگونگی بروز حادثه بطور مختصر شرح داده شود؟			
۱۷- در صورتی که کودک عابر بوده است آیا هنگام بروز حادثه همراه کسی بوده است؟			
۱- بلی ۲- خیر			
۱۸- در صورت بلی این فرد بزرگسال بوده است؟			
۱- بلی ۲- خیر			
۱۹- آبا در هنگام وقوع حادثه مادر یا مراقب کودک حضور داشته است؟			
۱- بلی ۲- خیر			
۲۰- در چه زمانی متوجه بروز حادثه شده اند؟			
تاریخ: ساعت: دقیقه:			
۲۱- اقدامات فرد چه بوده است به ترتیب چه بوده است؟			
۱-.....			
۲-.....			
۳-.....			
۲۲- 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)			
۲۳- نحوه خروج فرد مصدوم از موضع بروز حادثه:			
۱- توسط گروه آموزش دیده امداد و نجات			
۲- پلیس			
۳- افراد عادی			
۴- خود فرد			
۲۳- نحوه انتقال فرد به اولین مرکز درمانی:			
۱- با آمبولانس			
۲- با خودروی های معمولی			
۳- سایر			
۲۴- مکان فوت را مشخص نمایید:			
۱- هنگام حادثه			
۲- در راه انتقال			
۳- در مرکز درمانی			
۴- سایر			
۲۵- زمان فوت: تاریخ: ساعت: دقیقه:			
۲۶- کودک، دچار چه آسیبهایی بوده است؟			
شکستگی جمجمه			
شکستگی استخوان های صورت			
شکستگی ستون فقرات و			
۲۷- آیا مادر یا مراقب اصلی در خصوص نحوه برخورد با کودکی که آسیب دیده و نحوه حمل آن آموزش دیده است؟			
۱- بلی ۲- خیر			
۲۸- در صورت دریافت آموزش از چه طریقی بوده است؟			
۱- صدا و سیما ۲- بهورز ۳- کارمند بهداشتی بجز بهورز ۴- جراید، مجله و... ۵- سایر.....			
۲۹- 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)			
۳۰- مهمترین مشکلات در بروز حادثه از نظر مادر یا مراقب اصلی چه بوده است؟			
۳۱- آیا این کودک قبلاً نیز دچار هر نوع حادثه شده (سقوط، سوختگی، مسمومیت و...) بود که منجر به دریافت اقدامات در مرکز بهداشتی درمانی شود؟ نوع حادثه؟			
۳۲- آیا در این خانوار تا کنون بجز این کودک، کودک دیگری نیز قبلاً چار حادثه (سقوط، سوختگی، مسمومیت و...) شده بود که منجر به دریافت اقدامات در مرکز بهداشتی درمانی شود؟ نوع حادثه؟			

پرسشنامه مخصوص بررسی حوادث منجر به سقوط

نام پدر....	نام مادر...	نام و نام خانوادگی کودک
۱- سن : به ماه		
۲- جنس : ۱- مذکر ۲- مونث		
۳- محل سکونت: ۱-۳- شهرستان محل سکونت آدرس:.....		
۴- منطقه سکونت ۱- شهری ۲- روستایی ۳- سایر.....		
۵- تاریخ و زمان وقوع حادثه : تاریخ : ساعت: دقیقه		
۶- مکان وقوع حادثه: ۱- داخل محل مسکونی محل زندگی کودک ۲- داخل محل مسکونی غیر از محل زندگی کودک ۳- محیط آموزشی یا نگهداری موقت کودک (مهد کودک و...) ۴- در محیط تفریحی (پارک، رستوران، باشگاه، سینما و...) ۵- در سایر محیط ها با ذکر نام مکان.....		
۷- محل سقوط : ۱- از پله بدون حفاظ ۲- از لبه پنجره، سکو و تراس و... ۳- تخت ۴- درخت ۵- ارتفاع طبیعی ۶- وسایل بازی _تاب، سرسره، ۷- سایر		
۸- مکان وقوع حادثه: الف- محل زندگی ۷- پله ۸- آسانسور ۹- بالکن، پشت بام ۱۰- چهارپایه، صندلی، نردبام ۱۱- صندلی، تختخواب و ... ۱۲- همان سطح ۱۳- سایر مکانهای مرتفع در محل زندگی پ- محل های آموزشی (مدرسه، مهد کودک، هنرستان، دانشگاه و ...) ۱۴- پله ۱۵- آسانسور		

۱۶- بالکن، پشت بام

۱۷- همان سطح

۱۸- سایر مکانها در محلهای آموزشی

ت- محلهای تردد (کوچه و خیابان)

۱۹- پله

۲۰- پرتگاه

۲۱- کانال

۲۲- چاه و چاله

۲۳- پل

۲۴- همان سطح

۲۵- سایر مکانهای واقع در محلهای تردد

ث- محلهای تفریحی (سینما، پارک، ورزشگاه، کوه، دشت و)

۲۶- سقوط از بلندی بی حفاظ

۲۷- سقوط از وسایل بازی

۲۸- سقوط از پله

۲۹- سقوط در همان سطح

۳۰- سایر مکانهای واقع در محلهای تفریحی

ج- سایر موارد (کد ۳۱)

۹- در هنگام سقوط کودک چه فعالیتی داشته است؟

۱- هنگام بازی

۲- استراحت

۳- سایر

۹-۲- چگونگی بروز حادثه بطور مختصر شرح داده شود؟

۱۰- در هنگام بروز حادثه (سقوط) کسی حضور داشته است؟

۲- بلی ۲- خیر

۱۱- در صورت بلی این فرد بزرگسال بوده است؟

۱- بلی ۲- خیر

۱۲- آیا در هنگام وقوع حادثه مادر یا مراقب کودک حضور داشته است؟

۲- بلی ۲- خیر

۱۳- در چه زمانی متوجه بروز حادثه شده اند؟

تاریخ: ساعت: دقیقه:

۱۴- اقدامات فرد چه بوده است به ترتیب چه بوده است؟

۱-.....

۲-.....

۳-.....

۴-.....

۵-.....

۱۵- 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)
۱۶- نحوه خروج فرد مصدوم از موضع بروز حادثه: ۱- توسط گروه آموزش دیده امداد و نجات ۲- پلیس ۳- افراد عادی ۴- خود فرد
۱۷- نحوه انتقال فرد به اولین مرکز درمانی : ۱- با آمبولانس ۲- با خودروی های معمولی ۳- سایر
۱۸- مکان فوت را مشخص نمایید: ۱- هنگام حادثه ۲- در راه انتقال ۳- در مرکز درمانی ۴- سایر
۱۹- زمان فوت : تاریخ : ساعت : دقیقه:
۲۰- کودک، دچار چه آسیبهایی بوده است ؟ شکستگی جمجمه شکستگی استخوان های صورت شکستگی ستون فقرات
۲۱- آیا مادر یا مراقب اصلی در خصوص نحوه برخورد با کودکی که آسیب دیده (بعلت سقوط) و نحوه حمل آن آموزش دیده است؟ ۲- بلی ۲- خیر
۲۲- در صورت دریافت آموزش از چه طریقی بوده است ؟ ۲- صدا و سیما ۲- بهورز ۳- کارمند بهداشتی بجز بهورز ۴- جراید ، مجله و... ۵- سایر.....
۲۳- 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)
۲۴- مهمترین مشکلات در بروز حادثه از نظر مادر یا مراقب اصلی چه بوده است؟
۲۵- آیا این کودک قبلا نیز دچار هر نوع حادثه شده (سقوط،سوختگی،مسمومیت و...) بود که منجر به دریافت اقدامات در مرکز بهداشتی درمانی شود؟ نوع حادثه؟
۲۶- آیا در این خانوار تا کنون بجز این کودک ، کودک دیگری نیز قبلا چار حادثه (سقوط،سوختگی،مسمومیت و...) شده بود که منجر به دریافت اقدامات در مرکز بهداشتی درمانی شود؟ نوع حادثه؟

پرسشنامه مخصوص بررسی حوادث منجر به سوختگی

نام و نام خانوادگی کودک	نام پدر.....	نام مادر...
۱- سن :		به ماه
۲- جنس :		۱- مذکر ۲- مونث
۳- محل سکونت:		
۱-۳- شهرستان محل سکونت آدرس:..... ۴- منطقه سکونت ۱- شهری ۲- روستایی ۳- سایر.....		
۵- تاریخ و زمان وقوع حادثه :		
تاریخ : ساعت: دقیقه		
۶- مکان وقوع حادثه:		
۱- داخل محل مسکونی محل زندگی کودک ۲- داخل محل مسکونی غیر از محل زندگی کودک ۳- محیط آموزشی یا نگهداری موقت کودک (مهد کودک و...) ۴- در محیط تفریحی (پارک، رستوران، باشگاه، سینما و.....) ۵- در سایر محیط ها با ذکر نام مکان.....		
۷- محل بروز سوختگی:		
۱- فضای مسقف ۲- فضای غیر مسقف		
۸- عامل اصلی ایجاد سوختگی :		
۱- آتش ناشی از نفت و بنزین و مواد آتش زا ۲- آتش ناشی از چوب و مانند آن ۳- انفجار یا نشت از کپسول گاز (بزرگ یا پیک نیکی) ۴- مایعات داغ ۵- اجسام داغ ۶- بخار آب		

<p>۷- مواد شیمیایی</p> <p>۸- مواد مذاب</p> <p>۹- مواد منفجره و محترقه</p> <p>۱۰- نشت گاز لوله کشی</p> <p>۱۱- سایر موارد</p>
<p>۹- عاملی که سوختگی را ایجاد نموده در کجا قرار داشته است ؟</p> <p>۱- در آشپزخانه مستقل از نشیمن و اتاق مجل زندگی یا نگهداری کودک</p> <p>۲- در محل نشیمن ،بازی یا استراحت کودک</p> <p>۳- سایر.....</p>
<p>۲-۹- چگونه بروز حادثه بطور مختصر شرح داده شود؟</p>
<p>۱۰- در هنگام بروز حادثه (سوختگی) کسی حضور داشته است؟</p> <p>۳- بلی ۲- خیر</p>
<p>۱۱- در صورت بلی این فرد بزرگسال بوده است؟</p> <p>۱- بلی ۲- خیر</p>
<p>۱۲- آیا در هنگام وقوع حادثه مادر یا مراقب کودک حضور داشته است ؟</p> <p>۳- بلی ۲- خیر</p>
<p>۱۳- در چه زمانی متوجه بروز حادثه شده اند؟</p> <p>تاریخ :..... ساعت: دقیقه:</p>
<p>۱۴- اقدامات فرد چه بوده است به ترتیب چه بوده است ؟</p> <p>۱-.....</p> <p>۲-.....</p> <p>۳-.....</p> <p>۴-.....</p> <p>۵-.....</p>
<p>۱۵- 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)</p>

<p>۱۶- نحوه خروج فرد مصدوم از موضع بروز حادثه:</p> <p>۱- توسط گروه آموزش دیده امداد و نجات</p> <p>۲- پلیس</p> <p>۳- افراد عادی</p> <p>۴- خود فرد</p>
<p>۱۷- نحوه انتقال فرد به اولین مرکز درمانی:</p> <p>۱- با آمبولانس</p> <p>۲- با خودروی های معمولی</p> <p>۳- سایر</p>
<p>۱۸- مکان فوت را مشخص نمایید:</p> <p>۱- هنگام حادثه</p> <p>۲- در راه انتقال</p> <p>۳- در مرکز درمانی</p> <p>۴- سایر</p>
<p>۱۹- زمان فوت : تاریخ : ساعت: دقیقه:</p>
<p>کودک، دچار چه آسیبهایی بوده است؟</p> <p>سوختگی با درصد</p>
<p>۲۱- آیا مادر یا مراقب اصلی در خصوص نحوه برخورد با کودکی که دچار مسمویت شده آموزش دیده است؟</p> <p>۳- بلی</p> <p>۲- خیر</p> <p>۲۲- در صورت دریافت آموزش از چه طریقی بوده است؟</p> <p>۳- صدا و سیما</p> <p>۲- بهورز</p> <p>۳- کارمند بهداشتی بجز بهورز</p> <p>۴- جراید، مجله و...</p> <p>۵- سایر.....</p>
<p>۲۳- نواقص محل زندگی فرد در رابطه با این حادثه چه بوده است؟ (تجهیزات و یا نحوه نگهداری مواد مسمویت زا و...)</p>
<p>۲۴- مهمترین مشکلات در بروز حادثه از نظر مادر یا مراقب اصلی چه بوده است؟</p>
<p>۲۵- آیا این کودک قبلا نیز دچار هر نوع حادثه (سقوط، سوختگی، مسمومیت و...) شده بود که منجر به دریافت اقدامات در مرکز بهداشتی درمانی شود؟ نوع حادثه؟</p>
<p>۲۶- آیا در این خانوار تا کنون بجز این کودک، کودک دیگری نیز قبلا چار حادثه شده بود که منجر به دریافت اقدامات در مرکز بهداشتی درمانی شود؟ نوع حادثه؟ و نتیجه آن؟</p>

مخصوص بررسی حوادث منجر به مسمومیت (خوراکی یا استنشاقی)

نام و نام خانوادگی کودک نام پدر..... نام مادر....
۱- سن : به ماه
۲- جنس : ۱- مذکر ۲- مونث
۳- محل سکونت: ۱-۳- شهرستان محل سکونت آدرس:.....
۴- منطقه سکونت ۱- شهری ۲- روستایی ۳- سایر.....
۵- تاریخ و زمان وقوع حادثه : تاریخ : ساعت: دقیقه
۶- مکان وقوع حادثه: ۱- داخل محل مسکونی محل زندگی کودک ۲- داخل محل مسکونی غیر از محل زندگی کودک ۳- محیط آموزشی یا نگهداری موقت کودک (مهد کودک و...) ۴- در محیط تفریحی (پارک، رستوران، باشگاه، سینما و...) ۵- در سایر محیط ها با ذکر نام مکان.....
۷- عامل اصلی ایجاد مسمومیت : ۱- دارو و مواد دارویی انسانی ۲- دارو و مواد دارویی دامی ۳- سموم و مواد سمی حشره کش ۴- سموم و مواد سمی مخصوص کشتن موش و خزندگان ۵- سموم و مواد سمی خاص کشاورزی ۶- سموم خاص از بین بردن آفات نباتی ۷- گیاهان و قارچ های سمی ۸- نفت، بنزین، تینر و (بصورت محلول یا گازهای برخاسته از آنها) ۹- گاز یا بخارهایی مثل منوکسید کربن، گاز اشک آور اکسید نیتروژن و ... ۱۰- مواد مخدر و محرک (تریاک، هروئین، اکس و...) ۱۱- الکل صنعتی (متانول) ۱۲- سایر با ذکر نام ماده
۸- نوع فعالیتی که منجر به مسمومیت شده است؟ ۱- مصرف اشتباهی توسط کودک ۲- مصرف اشتباهی توسط مادر، پدر یا مراقب کودک ۳- مصرف اشتباهی توسط دیگران ۴- مصرف اشتباهی توسط کودک دیگر (زیر ۱۵ سال)..... ۵- استفاده عمدی توسط
۹- در چه حالتی از ماده استفاده نموده ؟ ۴- هنگام بازی

<p>۵- استراحت</p> <p>۶- مخلوط با مواد غذایی</p> <p>۷- سایر.....</p>
<p>۲-۹- چگونگی بروز حادثه بطور مختصر شرح داده شود؟</p>
<p>۱۰- در هنگام بروز حادثه (مسمویت) کسی حضور داشته است؟</p> <p>۴- بلی ۲- خیر</p>
<p>۱۱- در صورت بلی این فرد بزرگسال بوده است؟</p> <p>۱- بلی ۲- خیر</p>
<p>۱۲- آیا در هنگام وقوع حادثه مادر یا مراقب کودک حضور داشته است؟</p> <p>۴- بلی ۲- خیر</p>
<p>۱۳- در چه زمانی متوجه بروز حادثه شده اند؟</p> <p>تاریخ: ساعت: دقیقه:</p>
<p>۱۴- اقدامات فرد چه بوده است به ترتیب چه بوده است؟</p> <p>۱-.....</p> <p>۲-.....</p> <p>۳-.....</p> <p>۴-.....</p> <p>۵-.....</p>
<p>۱۵- 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)</p>
<p>۱۶- نحوه خروج فرد مصدوم از موضع بروز حادثه:</p> <p>۱- توسط گروه آموزش دیده امداد و نجات</p> <p>۲- پلیس</p> <p>۳- افراد عادی</p> <p>۴- خود فرد</p>
<p>۱۷- نحوه انتقال فرد به اولین مرکز درمانی:</p> <p>۱- با آمبولانس</p> <p>۲- با خودروی های معمولی</p> <p>۳- سایر</p>
<p>۱۸- مکان فوت را مشخص نمایید:</p> <p>۱- هنگام حادثه</p> <p>۲- در راه انتقال</p> <p>۳- در مرکز درمانی</p> <p>۴- سایر</p>
<p>۱۹- زمان فوت: تاریخ: ساعت: دقیقه:</p>
<p>۲۰- در صورتی که فرد بستری شده است، دچار چه آسیبهایی است؟</p> <p>۱- آسیب دستگاه تنفسی</p> <p>۲- آسیب دستگاه گوارشی</p> <p>۳- علائم خونی</p> <p>۴- علائم عصبی</p> <p>۵- آسیب دستگاه قلبی و عروقی</p> <p>۶- آسیب پوستی</p> <p>۷- سایر...</p>

۲۱- آیا مادر یا مراقب اصلی در خصوص نحوه برخورد با کودکی که دچار مسمویت شده آموزش دیده است؟

۴- بلی ۲- خیر

۲۲- در صورت دریافت آموزش از چه طریقی بوده است؟

۴- صدا و سیما ۲- بهورز ۳- کارمند بهداشتی بجز بهورز ۴- جراید، مجله و... ۵- سایر.....

۲۳- نواقص محل زندگی فرد در رابطه با این حادثه چه بوده است؟ (تجهیزات و یا نحوه نگهداری مواد مسمویت زا و...)

۲۴- مهمترین مشکلات در بروز حادثه از نظر مادر یا مراقب اصلی چه بوده است؟

۲۵- آیا این کودک قبلاً نیز دچار هر نوع حادثه شده (سقوط، سوختگی، مسمومیت و...) بود که منجر به دریافت اقدامات در مرکز بهداشتی درمانی شود؟ نوع حادثه؟

۲۶- آیا در این خانوار تا کنون بجز این کودک، کودک دیگری نیز قبلاً چار حادثه (سقوط، سوختگی، مسمومیت و...) شده بود که منجر به دریافت اقدامات در مرکز بهداشتی درمانی شود؟ نوع حادثه؟

«پرسشنامه بررسی علل ناهنجاریهای مادرزادی، کم وزنی و نارسایی در کودکان فوت شده زیر ۵ سال استان خراسان جنوبی در سال ۹۳»

شهرستان : محل تکمیل فرم : بیمارستان واحد بهداشتی ، درمانی : شماره پرسشنامه :

نام و نام خانوادگی کودک : آدرس محل سکونت :

جنس متوفی : دختر پسر

شغل مادر : خانه دار کارمند سایر :

شغل پدر : کارمند آزاد نام شغل :

میزان تحصیلات مادر : بیسواد خواندن و نوشتن ابتدایی راهنمایی متوسطه دانشگاهی

میزان تحصیلات پدر : بیسواد خواندن و نوشتن ابتدایی راهنمایی متوسطه دانشگاهی

اعتیاد مادر به سیگار : دارد تعداد نخ مصرفی در روز : ندارد

اعتیاد مادر به قلیان : دارد مقدار مصرفی در روز : ندارد

اعتیاد مادر به مواد مخدر : دارد ندارد نوع ماده مصرفی : مصرف در چه زمانی از بارداری بوده است :

اعتیاد پدر به سیگار : دارد تعداد نخ مصرفی در روز : ندارد

اعتیاد پدر به قلیان : دارد مقدار مصرفی در روز : ندارد

اعتیاد پدر به مواد مخدر : دارد نوع ماده مصرفی : مدت مصرف : ندارد

نسبت خویشاوندی پدر و مادر : ندارد دارد

خویشاوندی نزدیک (فرزندان عمه خاله عمو دایی) خویشاوندی دور

تعداد اعضای خانواده با فرزند فوت شده : (تعداد فرزندان زنده : تعداد فرزندان مرده :)

آیا سابقه فوت کودک زیر ۵ سال در خانواده وجود دارد : بلی علت فوت : خیر

آیا سابقه تولد کودک با ناهنجاری مادرزادی وجود دارد :

خود خانواده : بلی خیر فامیل درجه یک : بلی خیر نسبت خویشاوندی : نوع ناهنجاری :

«اطلاعات مربوط به زایمان و حاملگی»

این حاملگی چندمین حاملگی مادر است؟

این زایمان چندمین زایمان مادر است؟

آیا سابقه سقط دارد؟ بلی خیر تعداد سقط: آیا پشت سرهم بوده است؟ بلی خیر

آیا افزایش وزن در دوران بارداری در حد مطلوب بوده است؟ بلی خیر

BMI مادر در دوران بارداری: کم وزن وزن طبیعی اضافه وزن چاق

فاصله بین بارداری ها: کمتر از ۱۸ ماه بیشتر از ۵۹ ماه

آیا سابقه مرده زایی دارد: بلی خیر تعداد مرده زایی: سن حاملگی مادر به هفته:

سن مادر در اولین حاملگی: سن مادر در این حاملگی: رتبه تولد: فاصله تولد با کودک قبلی: ... ماه

آیا مشاوره قبل از بارداری انجام شده است؟ بلی خیر آیا مادر جزء مادران در معرض خطر بوده است؟ بلی خیر علت:

آیا مادر در شروع مراقبت دوران بارداری جزء گروههای در معرض خطر طبقه بندی شده است؟

بارداری اول بارداری زیر ۱۸ سال بارداری بالای ۳۵ سال فاصله بارداری تا زایمان قبلی کمتر از ۳ سال

بارداری پنجم و بالاتر قد کمتر از ۱۵۰ سانتیمتر سن بارداری نامشخص چند قلوبی ارهش منفی

نمایه توده بدنی غیر طبیعی شغل سخت و سنگین کشیدن سیگار یا سایر دخانیات اعتیاد به مواد مخدر

مصرف الکل حاملگی ناخواسته شیردهی همزمان با بارداری همزمان با بارداری آیودی همزمان با بارداری

کاشتنی ها همزمان با بارداری لاینسترونول همزمان با بارداری بارداری همزمان با بستن لوله

تعداد بار مراقبت در این حاملگی:

آیا مادر در دوران بارداری سونوگرافی انجام داده است: بلی خیر در کدام هفته بارداری نتیجه سونوگرافی:

آیا مادر در طول حاملگی دچار مسمومیت حاملگی شده است؟

فشار خون بالا پره اکلمپسی خفیف پره اکلمپسی شدید اکلمپسی (تشنج)

RBC:

WBC:

PK:

HB:

HCT:

آیا سابقه رحم دوشاخه دارد؟ بلی خیر

آیا سابقه میوم دارد؟ بلی خیر

آیا سابقه تولد نوزاد ناهنجار دارد؟ بلی (نوع ناهنجاری:) خیر

آیا سابقه تولد نوزاد کم وزن دارد؟ بلی (وزن:) خیر

آیا سابقه تولد دوقلو یا چندقلویی دارد؟ بلی خیر

آیا در دوران بارداری سابقه کار سخت و طولانی دارد؟ بلی خیر

آیا در دوران بارداری شب کاری داشته است؟ بلی خیر

آیا سابقه تماس با مواد خاص و شیمیایی در دوران بارداری وجود دارد؟

بلی خیر نوع ماده (الکل) جیوه علف کش کار در کارخانه کار در کارگاه کار در اتاق عمل گرد و خاک
گرده گیاهان سایر: ()

آیا سابقه استرس (فشار فیزیکی، ضرب و جرح، کار، مرگ فرزند و بستگان درجه یک) را می دهد؟ بلی خیر

آیا در دوران بارداری با فرد مبتلا به بیماری عفونی دارای تظاهرات پوستی تماس داشته است؟ بلی خیر

آیا سابقه عفونت تب دار را می دهد؟

هرپس سیمپلکس توکسوپلاسموز سرخچه آبله مرغان سایر

آیا سابقه عفونت دهان و دندان را دارد؟ بلی خیر

آیا سابقه بیماری روحی روانی قبل بارداری را دارد؟ بلی (نوع بیماری:) خیر

آیا سابقه بیماری روحی حین بارداری را دارد؟ بلی (نوع بیماری:) خیر

آیا سابقه بیماری روحی بعد زایمان های قبلی را دارد؟ بلی (نوع بیماری:) خیر

آیا سابقه مصرف دارو در دوران بارداری را دارد؟

والپورات تالیدومید اسید فولیک فنی توئین
وارفارین سیتوکسیک ایزوتریتونین دی پنی سیلین آمین مدت مصرف:

آیا سابقه مصرف دارو در حاملگی های قبلی را می دهد؟

والپورات تالیدومید اسید فولیک فنی توئین
وارفارین سیتوکسیک ایزوتریتونین دی پنی سیلین آمین مدت مصرف:

آیا سابقه دیابت بارداری را در فامیل دارد؟ بلی خیر

آیا سابقه فشار خون را در فامیل دارد؟ بلی خیر

آیا سابقه سرطان در فامیل دارد؟ بلی خیر

آیا سابقه دوقلوزایی در فامیل دارد؟ بلی خیر

آیا سابقه چسبندگی و باند دارد؟ بلی خیر

آیا سابقه اولیگو هیدرآمینوس دارد؟ بلی خیر

آیا سابقه پلی هیدرآمینوس دارد؟ بلی خیر

آیا سابقه IUGR دارد؟ بلی خیر

آیا سابقه نوزاد پره ترم دارد؟ بلی خیر (علت در صورت مشخص بودن)

آیا در دوران بارداری اختلال در وزن گیری داشته است؟ بلی (وزن گیری ناکافی وزن گیری بیش از حد) خیر

آیا در این حاملگی IUGR داشته است؟ بلی خیر

زمان تشخیص IUGR: سه ماهه اول بارداری سه ماهه دوم بارداری سه ماهه سوم بارداری

آیا حاملگی مادر در حین استفاده از روش های هورمونی پیشگیری از بارداری افتاده است؟

بلی (آمپول قرص) خیر

آیا در طول بارداری فشارخون غیر طبیعی داشته است؟ بلی میزان فشار خون: خیر

آیا مادر دیابت داشته است؟ خیر بلی در این بارداری در بارداریهای قبلی سن تشخیص:

آیا سابقه دیابت بارداری در بارداری های قبلی را می دهد؟ بلی خیر

آیا مادر بیماری های زمینه ای دارد:

دیابت فشار خون بیماری قلبی سرطان هموفیلی تالاسمی صرع پرکاری تیروئید
کم کاری تیروئید گواتر سایر: مدت بیماری:

آیا مادر ناهنجاری دارد؟ شکاف کام و لب ستون مهره ها کلیه رحم و ضمام سایر:

آیا استفاده از روش های کمک باروری دارد؟ بلی نوع روش: (IVF IUI دارو) خیر

آیا هیچ بیماری وجود دارد که ظاهراً در میان خانواده شما شایع باشد؟ بلی خیر

آیا بیماری ژنتیکی نظیر در فامیل شما وجود دارد؟ سیستمیک فیبروزیس هموفیلی دیستروفی عضلانی

آیا هیچ فرد مبتلا به عقب ماندگی ذهنی در فامیل شما وجود دارد؟ بلی خیر

آیا هیچ یک از خواهران یا خویشاوندان شما دچار مشکلات حاملگی شده اند؟ بلی خیر

آیا والدین شما در قید حیات اند؟ بلی خیر

آیا والدین شما از سلامت کامل برخوردارند؟ بلی خیر

آیا زمینه نژادی خود را می دانید؟ متعلق به کجا هستید؟ بلی کجا: خیر

آیا دلیل خاصی برای نگرانی شما مبنی بر اینکه ممکن است در حاملگی بعدی دچار مشکل شوید یا فرزندانان ممکن است به یک نقص مادرزادی یا سایر مشکلات مبتلا شوند وجود دارد؟ بلی توضیحات: خیر

آیا مادر در مدت بارداری رادیوگرافی انجام داده است: بلی خیر نوع رادیوگرافی:

آیا محل زندگی مادر در نزدیکی مناطق صنعتی (دکل برق، برق فشار قوی و...) واقع شده است: بلی خیر

آیا مادر قبل یا حین بارداری از موبایل استفاده می نموده است؟ بلی خیر مدت:

ساعات مصرف روزانه: تعداد موبایل در خانه:

موبایل در چه فاصله ای از مادر نگهداری می شده؟ ۰.۵ متر ۰.۵-۱ متر ۱-۲ متر < ۲ متر

آیا مادر قبل یا حین بارداری از تلفن بیسیم استفاده کرده است؟ بلی خیر مدت:

آیا مادر قبل یا حین بارداری از ماکروفر استفاده کرده است؟ بلی خیر دفعات استفاده در هفته:

آیا در بارداری سرکلاژ شده است؟ بلی خیر علت سرکلاژ؟ سابقه سقط راجعه کوتاه بودن طول سرویکس سرکلار اورژانسی در زمان مبتلا به لیبر پره ترم

آیا در دوران بارداری به عفونت واژینال یا رحمی مبتلا شده است.

آیا در آزمایشهای دوران بارداری عفونت ادراری مشاهده شده است؟ نیمه اول نیمه دوم آیا عفونت تشخیص داده شده درمان شده است؟ بلی خیر

آیا در دوران بارداری لکه بینی و یا خونریزی قبل از هفته ۲۴ وجود داشته است؟ بلی خیر

آیا مادر قبل یا حین بارداری از فست فودها استفاده کرده است؟ بلی خیر دفعات استفاده در هفته:

وضعیت جفت در این بارداری: طبیعی جفت سرراهی

محل زایمان مادر: منزل مرکز تسهیلات درمانی بیمارستان

فرد کمک کننده به زایمان:

مامای دوره ندیده مامای دوره دیده مامای تحصیل کرده پزشک

نوع زایمان: طبیعی سزارین علت سزارین زایمان با وسیله کمکی نوع وسیله کمکی

آیا مادر در زمان زایمان دچار جداشدن زودرس جفت (دکولمان) شده است: بلی خیر

"وضعیت نوزاد و مراقبتهای انجام شده"

سن نوزاد هنگام تولد: < ۳۴ هفته ۳۴-۳۷ هفته ۳۸-۴۲ هفته < ۴۲ هفته

وزن نوزاد هنگام تولد: گرم

وجود ناهنجاری قابل مشاهده در هنگام تولد: بلی خیر نوع ناهنجاری

وجود ناهنجاری غیر قابل مشاهده: بلی خیر

آیا مراقبت ها بطور منظم انجام شده است؟ بلی خیر

آیا تغذیه انحصاری با شیر مادر داشته است : بلی مدت : خیر

نوع تولد : یک قلو دو قلو چند قلو

وضعیت سایر قل ها : زنده مرده سالم ناهنجار وزن : سن :

آیا نوزاد مشکلات مرتبط با تغذیه داشته است ؟ بلی خیر

آیا نوزاد دیسترس تنفسی خونریزی مغزی زردی و داشته است ؟

آپکار نوزاد چند بوده است (در صورت اطلاع ثبت شود):. بدو تولد : دقیقه ۵ : دقیقه ۲۰ :

"بررسی علت فوت"

تاریخ فوت : سن کودک در هنگام فوت :

محل فوت : منزل بیمارستان مرکز بهداشتی درمانی در راه انتقال سایر با ذکر نام :

وزن هنگام فوت به گرم :

علت فوت طبق نظر پزشک یا ثبتیات پرونده :

تاریخ تکمیل :

سمت :

نام فرد تکمیل کننده فرم :

برای کسی که آهسته و پیوسته می رود هیچ راهی دور نیست.

No path is too long, nor a goal is too far For the one who proceeds slowly but surely

