

بسمه تعالی

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

دفتر سلامت خانواده و جمعیت

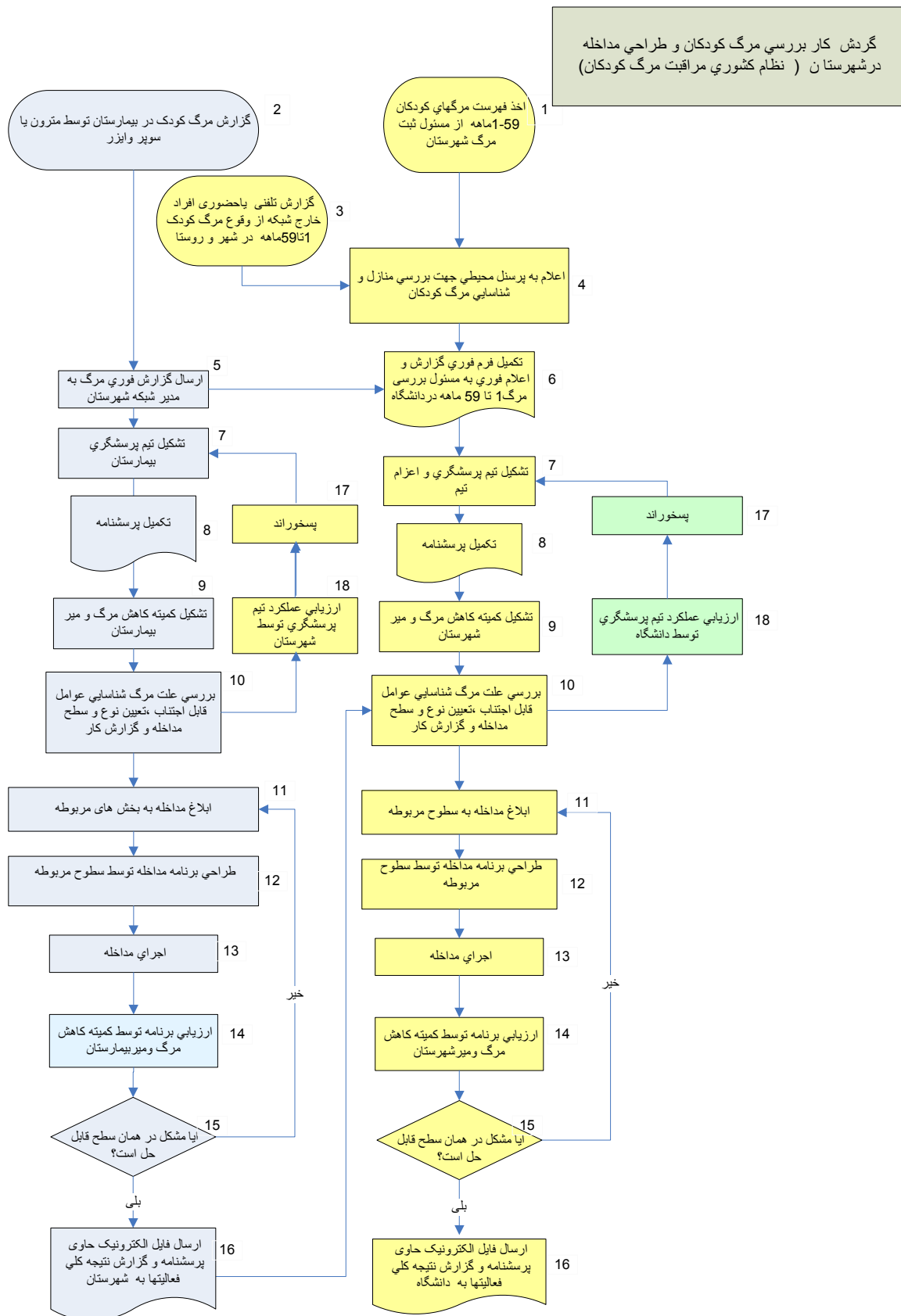
اداره سلامت کودکان

خلاصه راهنمای دستورالعمل نظام مراقبت مرگ کودکان ۱-۵۹ ماهه در شهرستان

1388

فهرست عناوین

- گردش کار بررسی نظام مراقبت مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه در شهرستان
- شرح مراحل گردش کار بررسی مرگ کودک در شهرستان
 - 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
- پیوست ۴: ترکیب اعضا و شرح وظایف کمیته شهرستانی بررسی مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه
- پیوست ۵: فلوجارت اجرای نظام مراقبت کودکان در شهرستان
- 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 تکمیل آن



شرح مراحل گردش کار بررسی مرگ کودک در شهرستان

۱. در استان هایی که نظام ثبت مرگ وجود دارد، فهرست متوفیان ۱ تا ۵۹ ماهه منطقه که به هر علتی فوت شده اند به همراه نشانی آنان توسط مسئول ثبت مرگ شهرستان به مسئول بررسی مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه شهرستان تحویل داده می شود.
۳. فوت کودک در روستا توسط بهورز، پزشک مرکز بهداشتی درمانی روستا یا اهالی روستا و از طریق فرم گزارش فوری مرگ کودک یا تلفنی به نزدیک ترین واحد بهداشتی درمانی یا مرکز بهداشت شهرستان اطلاع داده می شود. فوت کودک در شهر توسط بیمارستان، مطب خصوصی، سازمان های مختلف، مرکز بهداشتی درمانی شهری، پایگاه بهداشتی و افراد غیر رسمی از طریق تکمیل فرم گزارش فوری مرگ یا تلفنی به نزدیک ترین واحد بهداشتی درمانی یا مرکز بهداشت شهرستان اطلاع داده می شود.
۴. مسئول بررسی مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه شهرستان به همکاران محیطی اعلام می کند که با توجه به نشانی، به محل سکونت متوفی در زمان حیات مراجعه و ضمن مصاحبه با بستگان وی و براساس تعریف کشوری بررسی مرگ، موارد مرگ کودک را شناسایی کنند.
۶. مسئول بررسی مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه شهرستان پس از دریافت لیست کودکان فوت شده آن را به مسئول بررسی مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه دانشگاه ارسال می نماید.
۷. **مسئول تیم پرسشگری در شهرستان، مسئول بهداشت خانواده شهرستان می باشد که اعضای که مناسب برای پرسشگری می باشد** انتخاب می کند.
- سرعت تشکیل و رسیدگی تیم پرسشگری اهمیت دارد تا از هرگونه مخدوش شدن داده های لازم جلوگیری شود و به اعتبار نتایج کمک کند. همچنین این افراد علاوه بر توانمندی های علمی، بایستی قدرت ارتباطات برای پرس و جوی لازم و بررسی همه جانبه داشته باشند.
۸. تیم پرسشگری شهرستان به منظور تکمیل پرسشنامه به منزل متوفی و هر یک از واحدهای بهداشتی- درمانی که مرگ در آنجا اتفاق افتاده است مانند بیمارستان یا مطب مراجعه کرده، پرسشنامه را تکمیل می کند. تیم پرسشگری شهرستان باید پرسشنامه های **ب، ج، د، ه (پیوست ۲)** را مطابق با دستورالعمل نحوه تکمیل آن برای هر کودک متوفی در خارج بیمارستان حداکثر طی مدت ۱۵ روز تکمیل کند.
۹. بعد از انجام پرسشگری و تکمیل پرسشنامه های مربوطه، اطلاعات جمع آوری شده توسط مسئول بررسی مرگ کودکان در شهرستان وارد نرم افزار **CSO** می شود و همچنین اطلاعات بیمارستان ها نیز در نرم افزار شهرستان انتقال داده می شود و مداخلات پیشنهادی از هر یک از پرسشنامه ها استخراج می شود سپس گروه کاری در شهرستان با **مسئولیت بهداشت خانواده شهرستان** تشکیل می شود و مداخلات استخراج شده از نرم افزار و اطلاعات بدست آمده از پرسشنامه ها را بررسی کرده و لیست پیشنهادی مداخلات مرگ کودکان (نمونه فرم در پیوست ۳) و همچنین لیست مشکلات بدست آمده (مانند فرم در پیوست ۳) را برای دستور جلسه در کمیته آماده می کنند.
- مسئول گروه کاری در شهرستان، مسئولیت بهداشت خانواده شهرستان می باشد که اعضای که مناسب برای گروه کاری می باشد** انتخاب می کند. حداقل اعضای کار گروه شهرستان شامل: مسئول بهداشت خانواده-یک نماینده از واحد مبارزه با بیماریها-یک پزشک فعال در تیم بررسی مرگ - کارشناس برنامه کودکان-کارشناس مسئول بررسی مرگ می باشد.
- مسئول تشکیل کمیته در شهرستان، رئیس شبکه بهداشت و درمان شهرستان می باشد که اعضای که مناسب برای کمیته می باشد** انتخاب و ابلاغ آن را صادر می کند. شرح وظایف کمیته شهرستانی و لیست حداقل افرادی که باید در کمیته حضور فعال داشته باشند در **پیوست ۴** درج شده است.
- حداقل زمان برای برگزاری کمیته های مرگ و میر کودکان در شهرستان هر ۲ ماه یکبار می باشد:
- در صورتیکه مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه در طی مدت ذکر شده برای تشکیل کمیته در شهرستان اتفاق نیافتاده است یا لیست مداخلاتی از مرگ های اتفاق افتاده، استخراج نشده است اطلاعات باید براساس پایش و ارزیابی برنامه های کودکان در شهرستان استخراج شود و در کمیته مطرح گردد (**پیوست ۵** فلوجارت اجرای نظام مراقبت کودکان در شهرستان)
۱۰. لیست پیشنهادی مداخلات توسط **مسئولیت بهداشت خانواده** 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 شهرستان است، مراتب باید در اسرع وقت به مسئول بررسی مرگ کودکان دانشگاه گزارش گردد.
۱۱. پس از مصوب شدن مداخلات و تعیین مسئول اجرای آن در کمیته، باید به هر بخش یا سطحی که متولی مداخله شناخته شده است ابلاغ با امضای رئیس کمیته صادر و ارسال گردد.
۱۲. هر بخش یا سطحی که متولی مداخله شناخته شده است باید فعالیت های اجرایی مداخله مصوب شده (تکمیل فرم جدول فعالیت تفصیلی **پیوست ۶**) را مشخص و در موعد مقرر به کمیته تحویل دهد.
۱۳. 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 مسئول بررسی مرگ شهرستان جهت ارائه به کمیته ارسال شود.
۱۴. 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 تفصیلی (**پیوست ۶**) وارد شود.
۱۵. 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.
۱۶. نتیجه فعالیت های انجام شده همراه با نتایج حاصل از پایش و ارزیابی در آغاز هر جلسه کمیته باید توسط **مسئولیت بهداشت خانواده** خوانده شود. و لیست مداخلات پیشنهادی (**پیوست ۳**)، جدول فعالیت های تفصیلی (**پیوست ۶**)، صورتجلسه کمیته ها و فایل **CSO** «حاوی اطلاعات مرگ کودکان» باید هر ۳ ماه یک بار به **مسئول بررسی مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه دانشگاهی** ارسال شود.
- ۱۷ و ۱۸. **مسئول بررسی مرگ کودکان شهرستان باید حداقل** از کلیه بیمارستانهای تابعه شهرستان هر فصل یک بازدید با چک لیست پایش بیمارستان (**پیوست ۷**) داشته باشد و عملکرد تیم پرسشگری بیمارستان را براساس اطلاعات جمع آوری شده در پرسشنامه ارزیابی کرده و پسوراند حاصل از ارزیابی را در فرآیند های بعدی اعمال نمایند.

پرسشنامه های بررسی مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه ودستورالعمل نحوه تکمیل آنها

باسمه تعالی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

تاریخ پرسشگری:.....

نام پرسشنامه "ب": مخصوص بررسی مشخصات کلی خانواده و سوابق بیماری متوفی ۵۹۰۱ ماهه	نام پرسشگر:.....
نام دانشگاه/دانشکده: نام شهرستان: نام بیمارستان:.....	
۱- نام و نام خانوادگی متوفی:	۲- سن متوفی هنگام فوت (برحسب ماه):
۳- تاریخ تولد متوفی:/...../..... ۱۳	۴- زمان وقوع فوت:/...../..... ۱۳ ساعت:.....
۵- جنس و ملیت متوفی: ۱- پسر ☐ ۲- دختر ☐	۶- منطقه سکونت: ۱- شهری ☐ ۲- روستایی ☐ ۳- عشایر ☐
۷- وضعیت حضور متوفی در خانواده: ۱- زندگی با پدر و مادر ☐ ۲- زندگی با مادر ☐ ۳- زندگی با پدر ☐ ۴- زندگی با سایر افراد خانواده و بستگان ☐ ۵- مراکز نگهداری و حمایتی ☐ ۶- سایر ☐	
۸- میزان تحصیلات مادر/مراقب متوفی: ۱- بیسواد ☐ ۲- ابتدائی ☐ ۳- راهنمایی ☐ ۴- دبیرستان ☐ ۵- دانشگاهی ☐	
۹- آیا مرگ کودک در اثر حادثه بوده است؟ ۱- بله ☐ ۲- خیر ☐ اگر مرگ در اثر حادثه نبود به سوال ۱۴ بروید.	
۱۰- زمان وقوع حادثه: (ساعت)/...../..... ۱۳	
۱۱- محل وقوع حادثه: ۱- منزل ☐ ۲- حرم منطقه مسکونی ☐ ۳- جاده داخل منطقه مسکونی ☐ ۴- جاده خارج منطقه مسکونی ☐ ۵- سایر ☐	
۱۲- نوع حادثه: ۱- تصادف با وسیله نقلیه ☐ ۲- غرق شدن ☐ ۳- سقوط ☐ ۴- سوختگی ☐ ۵- مسمومیت ☐ ۶- خفگی ☐ ۷- ضربه ☐ ۸- گزش خزندگان وحشرات ☐ ۹- برق گرفتگی ☐ ۱۰- سایر ☐ نوع آن ذکر شود:.....	
۱۳- نحوه خروج کودک حادثه دیده از محل حادثه: ۱- توسط بستگان یا افراد عادی ☐ ۲- توسط گروه امداد و نجات ☐	
۱۴- محل فوت: ۱- در محل وقوع حادثه ☐ ۲- در راه انتقال ☐ ۳- در مرکز بهداشتی یا درمانی ☐ ۴- درمانگاه یا مطب ☐ ۵- بیمارستان ☐ ۶- منزل ☐	
۱۵- برای درمان کودک بترتیب به چه کسی یا محلی مراجعه کردید؟ ۱- بیمارستان ☐ ۲- مرکز بهداشتی یا درمانی دولتی ☐ ۳- مطب و مراکز خصوصی ☐ ۴- خانه بهداشت ☐ ۵- درمانگرهای سنتی ☐ ۶- به هیچ کجا ☐ 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 ☐ خیر ☐ اگر خیر، علت؟ عدم دسترسی فوری ☐ به نظرم نیازی نبود ☐ سایر ☐	
اگر بلی، آیا حین انتقال برای کودک سرم تزریق شده بود؟ بله ☐ خیر ☐ 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 ☐ ۲- خیر ☐ اگر خیر، علت؟ در آن زمان پزشک حضور نداشته ☐ تعداد مراجعین به پزشک زیاد بود ☐ سایر ☐	
۱۹- آیا برای کودک، دستورات درمانی و تشخیصی توصیه شده بود؟ بله ☐ خیر ☐ نمی داند ☐ اگر جواب، خیر و نمی داند بود به سوال ۲۳ بروید	
۲۰- آیا پس از ویزیت، بلافاصله اقدامات درمانی و تشخیصی انجام شده است؟ بله ☐ خیر ☐ نمی داند ☐	
۲۱- وضعیت خانواده در قبال دستورات درمانی و تشخیصی توصیه شده: ۲۱-۱- دسترسی به درمان و داروی توصیه شده: ۱- بله ☐ ۲- خیر ☐ ۳- نمی داند ☐ ۲۱-۲- دسترسی به آزمایشگاه و رادیولوژی توصیه شده: ۱- بله ☐ ۲- خیر ☐ ۳- نمی داند ☐ ۲۱-۳- مشکلات اقتصادی در راه تامین و انجام توصیه ها: ۱- بله ☐ ۲- خیر ☐ ۳- نمی داند ☐	
۲۲- آیا درخواست انتقال به مرکز دیگری توصیه شده بود؟ بله ☐ خیر ☐ نمی داند ☐	
اگر بلی: آیا انتقال، انجام شده است؟ بله ☐ خیر ☐ 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 ☐ عدم توانایی نوشیدن (شیر یا مایعات) ☐ تشنج در این بیماری ☐ استفراغ بدنیاال خوردن هر چیزی ☐ خواب آلودگی یا کاهش هوشیاری ☐ خونریزی ☐ درد شکم ☐ اسهال خونی ☐ بیقراری ☐ تب ☐ سایر ☐	
۲۴- آیا کودک بیماری مزمن یا صعب العلاج داشته است؟ ۱- بله ☐ ۲- خیر ☐ اگر بلی، چه بیماری:	
۲۵- آیا فرزند دیگری در سن کمتر از ۵ سال در خانواده تاکنون فوت کرده است؟ بله ☐ خیر ☐ علت فوت:..... سن متوفی:..... جنس:.....	
۲۶- آیا سن متوفی کمتر از ۲۴ ماه بوده است؟ ۱- بله ☐ ۲- خیر ☐ اگر بلی، آیا متوفی با شیر مادر تغذیه می شده است؟ ۱- بله ☐ ۲- خیر ☐	
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 بامتوفی: آدرس یا شماره تلفن تماس:

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 کد انتخابی کودک متوفی (اولین مرگ کد ۱ گذاشته شود)، نام پرسشگری تاریخ پرسشگری رانوشته و در ردیف بعدی نام دانشگاه یا دانشکده و نام شهرستان محل فوت واردمی شود و در صورتی که کودک در بیمارستان فوت کرده باشد نام بیمارستان در این فرم وارد خواهد شد. سوالات ۱ تا ۶ در مورد مشخصات کودک متوفی پرسیده می شود (شامل نام و نام خانوادگی، سن هنگام فوت بر حسب ماه، تاریخ تولد متوفی، زمان وقوع فوت، جنس و ملیت (در صورت غیر ایرانی نام کشور را ثبت کنید) متوفی و منطقه سکونت).

سوال ۲- **تاریخ تولد متوفی** بر حسب روز، ماه و سال ثبت می شود.
سوال ۳- **زمان وقوع مرگ** بر اساس گفته والدین بطور دقیق و بر حسب ساعت و به تفکیک روز، ماه و سال نوشته می شود.
سوال ۴- **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 ۵- **منظور از وضعیت حضور متوفی در خانواده** ترکیب خانواده یا محلی است که کودک بطور دائم در آنجا زندگی میکند. در این سوال 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 ۶- **منظور از میزان تحصیلات مادر یا مراقب کودک متوفی** تعیین میزان تحصیلات فردی است.
سوال ۷- **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 نبوده 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 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 **محل فوت** است که می تواند در محل وقوع حادثه یا خارج از آن باشد. در صورتی که در جواب این سوال گزینه ۱ "محل وقوع حادثه" علامت زده شود در این صورت کودک بلافاصله پس از حادثه فوت کرده باشد به سوال ۲۷ بروید
سوال ۱۵: **برای درمان کودک 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 کودک توسط آمبولانس انتقال انجام گرفته است در مورد **وضعیت تزریق سرم و ایجاد یک رگ باز برای کودک** بر اساس گزارش والدین مشخص و علامت بزنید 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 ۲-۲۱) 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: **علامت مشاهده شده در کودک متوفی قبل از مراجعه**، بر اساس جواب والدین، گزینه مناسب مشخص شود. جواب والدین برای هر یک از حالات مختلف سوال شود و در صورت تأیید شدن، گزینه مربوطه علامت زده شود. و در آخر **زمان شروع اولین علامت** ذکر شده به ساعت و تفکیک سال، ماه، روز نوشته شود.

سوال ۲۴: در این سوال مشخص می شود آیا **قبل از فوت کودک، بیماری مزمن یا صعب العلاجی برای او تشخیص داده شده است** یا خیر. در صورتی که جواب این سوال "بله" باشد، **نوع بیماری کودک** نوشته می شود.

سوال ۲۵: در این سوال مشخص می شود 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 فرزند قبلی، سن کودک فوت شده قبلی و جنس فرزند فوت شده قبلی** نیز مشخص می شود.

سوال ۲۶: در این سوال اگر **سرن متوفی کمتر از ۲ سال** داشته باشد، گزینه بلی علامت زده می شود و در مورد **تغذیه متوفی** **باشیر مصنوعی** پرسیده می شود که در صورت تغذیه متوفی با شیر مصنوعی گزینه بلی علامت زده می شود.

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 **درجه صوری 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 یا متوفی و آدرس یا شماره تلفن تماس نوشته شود.

باسمه تعالی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

تاریخ پرسشگری:.....

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

نام و نام خانوادگی متوفی:	نام و نام خانوادگی متوفی:
نوع مرکز مراجعه شده: ۱- اورژانس بیمارستان آموزشی ☐ ۲- اورژانس بیمارستان غیر آموزشی دولتی ☐ ۳- اورژانس بیمارستان خصوصی ☐ ۴- خانه بهداشت ☐ ۵- مرکز بهداشتی یا درمانی دولتی ☐ ۶- مطب و مراکز خصوصی ☐	
نحوه پذیرش کودک: ۱- مراجعه مستقیم توسط والدین (یا سرپرست) ☐ ۲- ارجاع از سایر مراکز ☐ ۳- سایر ☐	
۱- زمان ورود کودک به مرکز:.....(ساعت و دقیقه) ۱۳...../...../.....	۲- زمان خروج کودک از مرکز:.....(ساعت و دقیقه) ۱۳...../...../.....
۳- آیا کودک بیش از ۲ ساعت در مرکز با اورژانس بوده است؟ ۱- بله ☐ ۲- خیر ☐ اگر بله، علت:..... ۱- منتظر پذیرش از بخش یا بیمارستان ☐ ۲- عدم امکانات لازم جهت انتقال ☐ ۳- اقدامات تشخیصی درمانی طول کشیده ☐ ۴- سایر ☐	
۴- آیا در بدو ورود علائم خطر فوری داشته: ۱- بله ☐ ۲- خیر ☐ اگر بله ۱- تا ۷-۴ را تکمیل کنید ۴-۱- کدام علامت؟ قطع تنفس/سیانوز مرکزی/دیسترس تنفسی شدید ☐ خونریزی ☐ شوک ☐ تشنج ☐ کما ☐ ۴-۲- آیا نیاز به خون و فراورده های خونی بود؟ ۱- بله ☐ ۲- خیر ☐ اگر بله، آیا در دسترس بود؟ ۱- بله ☐ ۲- خیر ☐ اگر خیر، علت:..... ۴-۳- آیا اقدامات اولیه احیا انجام شد؟ ۱- بله ☐ ۲- خیر ☐ اگر خیر، علت:..... ۴-۴- آیا دسترسی به وسایل اولیه احیا (اکسیژن، ساکشن، آمبویک مناسب، داروهای احیا) مطلوب بود؟ ۱- بله ☐ ۲- خیر ☐ اگر خیر، علت:..... ۴-۵- آیا نیاز به دستگاه الکتروشوک بود؟ ۱- بله ☐ ۲- خیر ☐ اگر بله، آیا در دسترس بود؟ ۱- بله ☐ ۲- خیر ☐ اگر خیر، علت:..... ۴-۶- آیا تمامی پرسنل احیاگر کارگاه دو روزه احیاء را طی یک سال گذشته گذرانده اند؟ ۱- بله ☐ ۲- خیر ☐ ۴-۷- آیا اقدام احیا با موفقیت انجام شد؟ ۱- بله ☐ ۲- خیر ☐	
۵- آیا در بدو ورود علائم حیاتی کودک ثبت شده است؟ ۱- بله ☐ ۲- خیر ☐ اگر خیر، علت:..... تعداد تنفس:..... تعداد نبض:..... درجه حرارت:.....	
۶- آیا در بدو ورود نشانه های خطر داشته است؟ ۱- بله ☐ ۲- خیر ☐ اگر بله، آیا ثبت شده است؟ ۱- بله ☐ ۲- خیر ☐ اگر بله، کدامیک از نشانه ها؟ ۱- عدم توانایی خوردن و نوشیدن ☐ ۲- خواب آلودگی یا کاهش هوشیاری ☐ ۳- استفراغ یا خوردن هر چیزی ☐ ۴- تشنج در زمان این بیماری ☐ ۵- سایر ☐	
۷- وضعیت وزن، و اکسیناسیون و وضعیت تغذیه کودک ثبت شده است؟ ۱- بله ☐ ۲- خیر ☐ وزن:..... کیلوگرم وضعیت و اکسیناسیون ۱- کامل ☐ ۲- ناقص ☐ ۳- عدم انجام ☐ ۴- نامعلوم ☐ وضعیت تغذیه:.....	
۸- آیا ارجاع کودک به مرکز دیگری درخواست (توصیه) شده است؟ ۱- بله ☐ ۲- خیر ☐ اگر جواب، خیر بود به سوال ۱۱ بروید	
۹- آیا ارجاع به مرکز دیگری انجام شده است؟ ۱- بله ☐ ۲- خیر ☐ اگر خیر، علت را بنویسید به سوال ۱۱ بروید	
۱۰- آیا انتقال کودک توسط آمبولانس صورت گرفت؟ بله ☐ خیر ☐ اگر خیر، علت:..... اگر بله، آیا اقدامات انتقال، به طور مطلوب انجام شده است؟ بله ☐ خیر ☐ - اگر خیر، اقدامات نامطلوب:	
۱۱- آیا پرسنل کادر درمان مرکز، کارگاه آموزشی یا باز آموزی مانا را طی ۲ سال گذشته گذرانده اند؟ ۱- بله ☐ ۲- خیر ☐	
۱۲- وضعیت خروج کودک از مرکز چگونه بود؟ ۱- ترخیص یا دستور پزشک معالج ☐ ۲- ترخیص یا رضایت و خواست والدین ☐ ۳- انتقال به بخش ☐ ۴- فوت ☐ ۵- اعزام/ارجاع ☐ ۶- سایر ☐ ۱۳- در صورت فوت در مرکز، 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 ☐	
۱۴- توضیحات اضافه تر:	
نام خانوادگی پرسشگر:	سمت:
شماره تلفن تماس:	

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

پرسشنامه ج مربوط به بررسی سوابق اقدامات پزشکی 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 نهادهای و یا ادارات دولتی وابسته بوده و جزو گروه بیمارستانهای آموزشی نباشد) 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 به مرکز درمانی مراجعه کرده است. سوال ۱: **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 ۲: 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 تا ۷- را به هر کدام جداگانه پاسخ دهید.

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.

سوال ۷: آخرین وضعیت وزن، واکسیناسیون و تغذیه کودک در صورت ثبت شدن هر ۲ 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 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 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 بلی 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 بلی، 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 در مورد 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 ماما می باشد

مانا (مراقبت های ادغام یافته ناخوشه های 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 می باشد و CD خودآموز آن برای آموزش غیرحضور پزشکان موجود می باشد.

سوال ۱۲: اگر کودک بیمار از مرکز ترخیص شده است، نحوه ترخیص کودک را بر حسب گزینه های ارائه شده و بر اساس ثبت پرونده درج کنید.

سوال ۱۳: در صورت فوت کودک در مرکز، تشخیص نهایی را بر اساس گروه بندی ICD10 (پیوست ۲- ۱) یکی را انتخاب و علامت بزنید و زیر گروه آن را بنویسید.

سوال ۱۴: اگر توضیحات اضافه تری وجود دارد در این قسمت درج کنید و در آخر نام خانوادگی پرسشگر، سمت و شماره تلفن تماس نوشته شود.

باسمه تعالی
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

تاریخ پرسشگری:.....

پرسشنامه "ه" : چک لیست تخصصی بررسی علل مرگ کودک ۱-۵۹ ماه در خارج بیمارستان		
نام و نام خانوادگی متوفی:	نام و نام خانوادگی متوفی:	
۱-آیازمان مراجعه به مرکز درمانی مناسب بود؟ ۱-بله ☐ ۲-خیر ☐ ۳-نامعلوم ☐ ۴-به هیچ مرکزی مراجعه نکرده ☐ اگر جواب سوال، گزینه ۴ است به سوال ۱۳ بروید		
اگر خیر، علت : ۱- تاخیر در تصمیم گیری توسط خانواده ☐ ۲- تاخیر در ارجاع به این مرکز ☐ ۳- تاخیر در تشخیص و درمان ☐ ۴- سایر ☐		
۲- آیا اجرای اقدامات احیای کودک (CPR) مناسب و کامل بوده است؟ ۱- بله ☐ ۲- خیر ☐ ۳- مورد ندارد ☐		
۳- آیا اجرای اقدامات احیای کودک (CPR) به موقع بوده است؟ ۱- بله ☐ ۲- خیر ☐ ۳- مورد ندارد ☐		
۴- آیا دستورات پزشک (با توجه به علائم و تشخیص بیماری متوفی) برای اقدامات تشخیصی مناسب و کامل بوده است؟ ۱- بله ☐ ۲- خیر ☐		
۵- آیا دستورات پزشک (با توجه به علائم و تشخیص بیماری متوفی) برای اقدامات درمانی مناسب و کامل بوده است؟ ۱- بله ☐ ۲- خیر ☐		
۶- آیا اجرای اقدامات تشخیصی به موقع بوده است؟ ۱- بله ☐ ۲- خیر ☐		
۷- آیا اجرای اقدامات درمانی به موقع بوده است؟ ۱- بله ☐ ۲- خیر ☐		
۸- آیا امکان تشخیصی دیگری برای بیمار وجود داشت؟ ۱- بله ☐ ۲- خیر ☐ اگر خیر به سوال ۱۰ بروید		
۹- آیا این اقدام تشخیصی در مرکز محل وقوع فوت امکان پذیر یا در دسترس بود؟ ۱- بله ☐ ۲- خیر ☐		
۱۰- آیا امکان اقدام درمانی دیگری برای بیمار وجود داشت؟ ۱- بله ☐ ۲- خیر ☐ اگر خیر به سوال ۱۲ بروید		
۱۱- آیا این اقدام درمانی در مرکز محل وقوع فوت امکان پذیر یا در دسترس بود؟ ۱- بله ☐ ۲- خیر ☐		
۱۲- آیا درخواست ارجاع بیمار به مرکز درمانی دارای امکانات بیشتر ضرورت داشته است؟ بله ☐ خیر ☐ اگر بلی: آیا ارجاع صورت گرفته است؟ بله ☐ خیر ☐ در صورت خیر، علت : ۱- عدم درخواست ارجاع ☐ ۲- ندادن پذیرش بیمارستان مقصد ☐ ۳- عدم امکانات لازم جهت انتقال کودک ☐ در صورت بلی: آیا اقدامات درمانی حمایتی قبل از انتقال مناسب و کافی بوده است؟ بله ☐ خیر ☐ آیا اقدامات درمانی حمایتی حین انتقال مناسب و کافی بوده است؟ بله ☐ خیر ☐		
۱۳- آیا کودک نیاز به مراقبت خاصی داشته است؟ بله ☐ خیر ☐ اگر بلی، آیا مراقبت ها بدرستی انجام گرفته است؟ بله ☐ خیر ☐		
۱۴- آیا تشخیص نهایی با توجه به علائم و یافته های بالینی و آزمایشگاهی صحیح بوده است؟ ۱- بله ☐ ۲- خیر ☐ ۳- موردی ندارد ☐ تشخیص نهایی را براساس گروه بندی ICD10 زیر 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 و متابولیک ☐ بیماریهای خون و دستگاه خون ساز ☐ سرطانات ☐ بیماریهای دستگاه ادراری ☐ بیماریهای روانی و اختلالات رفتاری ☐ بیماریهای حول تولد ☐ حالات بد تعریف شده ☐ سایر علل ☐		
چه توصیه هایی برای پیشگیری از موارد مشابه مرگ دارید؟		
نام خانوادگی تکمیل کننده پرسشنامه :	شماره تلفن تماس :	شماره نظام پزشکی :

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

این پرسشنامه برای تمام موارد مرگ خارج بیمارستانی **قبل از تشکیل کمیته** توسط حداقل یک پزشک متخصص (غیر از پزشک معالج) تکمیل می شود. (در صورت عدم دسترسی به پزشک متخصص 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 مسئول 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 بازخورد 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 کد متوفی 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 (و یا سرپرست کودک) اطلاعات تکمیل و نظر نهایی در مورد واقعه مرگ و روند بیماری و اقدامات انجام شده منجر به مرگ استخراج و به سوالات پرسشنامه پاسخ داده می شود.

لازم به ذکر است تشخیص نهایی که بر اساس گروه بندی ICD10 (طبق پیوست ۲-۱) یکی را انتخاب و علامت بزنید وزیر گروه آن را بنویسید.

گروه بندی بیماری ها بر اساس ICD10

پیوست ۲- ۱

بیماریهای عفونی واکنشی		Certain infectious and parasitic diseases
عفونت های روده ای	(روده ای و باکتریایی-سالمونلا-شیگلا-آمیب-عفونت ویرال-سایر عفونت های)	Intestinal infectious diseases
سل	(سل ریوی-سل سیستم عصبی-سل سایر ارگانها)	Tuberculosis
سایر بیماریهای باکتریال	(کز از-دیفتری-سیاه سرفه-مننگوکوک-سپتی سمی-سایر باکتریال)	Other bacterial diseases
عفونت های ویرال سیستم عصبی	(ویروسی-مننژیت و ویروسی پلیومیالیت-هاری-انسفالیت)	Viral infections of the central nervous system
هپاتیت ویرال	(هپاتیت A-هپاتیت B- سایر هپاتیت های حاد-هپاتیت مزمن)	Viral hepatitis
سایر بیماریهای ویرال	(سایتومگالوویروس-اوربون-مونوکلوز عفونی-هرپس-سرخ-سایر ویرال)	Other viral diseases
سایر بیماریهای عفونی	(کالازار-مالاریا-سایر بیماریهای عفونی)	Other infectious diseases
سرطانها		Neoplasms
سرطانها غیر خونی و لنفی	سرطان عصبی-سرطان گوارشی-)	Malignant neoplasms except of lymphoid, haematopoietic
سرطانها خونی و لنفی	(سرطان تنفسی-سرطانهای اداری)	Malignant neoplasms, lymphoid, haematopoietic
سایر سرطانها	(لوسمی-لنفوم)	Other neoplasms
بیماریهای سیستم خونساز و دستگاه ایمنی		Diseases of the blood and disorders involving the immune mechanism
انمی تغذیه ای	(انمی فقر آهن-انمی مگالوبلاستیک-سایر انمی تغذیه ای)	Nutritional anaemias
انمی های همولتیک	(تالاسمی-سیکل سل-سایر انمی های همولتیک- (فاویسم) اختلال انزیم)	Haemolytic anaemias
انمی آپلاستیک و سایر انمی ها	(آپلاستیک-سایر انمی ها اریتروبلاستونی-سایر)	Aplastic and other anaemias
اختلالات انعقادی و خونریزی دهنده	(DIC- هموفیلی-سایر)	Coagulation defects, purpura and other haemorrhagic conditions
سایر بیماریهای خونساز	(اگر آنولوسیتوز-آنوزینوفیلی-سایر)	Other diseases of blood and blood-forming organs
اختلالات دستگاه ایمنی	(هیپوگاماگلوبولینی-SCID-CVID-سایر)	Certain disorders involving the immune mechanism
بیماریهای غدد، تغذیه و متابولیک		Endocrine, nutritional and metabolic diseases
اختلالات غدد تیروئید	(هیپوتیروئیدی-تیروئیدیت-تیروئیدیت-سایر)	Disorders of thyroid gland
دیابت میلئوس	(انسولین دیابت وابسته به انسولین-دیابت غیر وابسته به)	Diabetes mellitus
سایر اختلالات غدد اندوکرین	(هیپوپاراتیروئیدی-هیپرپاراتیروئیدی-هیپوپیتوئتریسم-دیابت اینسپید)	Disorders of other endocrine glands
سوء تغذیه	(کواشیور کور-مارسموس-مارسموس کواشیور کور-سایر)	Malnutrition
سایر اختلالات تغذیه ای	(کمبود ویتامین D-کمبود کلسیم-کمبود ویتامین A- کمبود ویتامین)	Other nutritional deficiencies
اختلالات متابولیک	(ذخیره گلیکوژن-سیستیک فیبروزیس-سایر اختلال اسید آمینه-اختلال سیکل اوره-بیماری)	Metabolic disorders
اختلالات روانی و رفتاری		Mental and behavioural disorders
اختلالات جسمی روانی در نتیجه سوء مصرف مواد	(مخدر-سایر داروها استفاده الکل-مواد)	Mental disorders due to psychoactive substance use
عقب ماندگی ذهنی	(عقب ماندگی ذهنی)	Mental retardation
سایر اختلالات روانی		Other mental disorder
بیماریهای سیستم عصبی		Diseases of the nervous system
بیماریهای التهابی سیستم عصبی مرکزی	(مننژیت- انسفالیت-ابسه مغز-سایر)	Inflammatory diseases of the central nervous system
بیماریهای دمیالینه سیستم عصبی مرکزی	(مولتپل اسکلروز)	Demyelinating diseases of the central nervous system
اختلالات حمله ای و پاروکسیسمال	(صرع-استاتیک اپی لپسی-میگرن-سایر سندرم های سردرد)	Episodic and paroxysmal disorders
پلی نوروپاتی	(پلی نوروپاتی)	Polynuropathies and other disorders of the peripheral nervous system
بیماریهای جانکشنال و عضلانی	(عضلانی-میوپاتی-سایر میاستنی گراو-دیستروفی)	Diseases of myoneural junction and muscle
فلج مغزی	(فلج مغزی-همی پلژی-تتراپلژی)	Cerebral palsy and other paralytic syndromes
سایر بیماریهای سیستم عصبی		Other disorders of the nervous system
بیماریهای سیستم قلبی عروقی		Diseases of the circulatory system
تب روماتیسمی حاد	(روماتیسمی با درگیری قلب تب روماتیسمی بدون گرفتاری قلبی-تب)	Acute rheumatic fever
بیماریهای مزمن روماتیسم قلبی	(میترال-آنورت-تری کوسپید-سایر بیماری روماتیسمی در بچه)	Chronic rheumatic heart diseases
بیماریهای فشار خون	(قلبی-هیپرتانسیون کلیوی فشار خون اولیه-فشار خون ثانویه-هیپرتانسیون)	Hypertensive diseases
بیماریهای ایسکمیک قلبی	(آنژین قلبی-انفارکتوس قلبی)	Ischaemic heart diseases

Other forms of heart disease(کاردیت-میوکار دیت-اندوکار دیت-میوکار دیوپاتی-نارسایی قلبی-سایر پری)	سایر بیماریهای قلبی
Cerebrovascular diseases(خونریزی ساب آراکنوئید-خونریزی داخل مغزی-انفارکتوس مغزی)	بیماریهای عروق مغزی
Diseases of the respiratory system	بیماریهای سیستم تنفسی
Acute upper respiratory infections(نازوفارنژیت-سینوزیت-فارنژیت-تونسیلیت-لارنژیت-اپیگلوتیت-سایر)	عفونت های حاد تنفس فوقانی
Influenza and pneumonia(انفولانزا و پنومونی به علل مختلف)	آنفلانزا و پنومونی
Other acute lower respiratory infections(برونشیت-برونکولیت)	سایر عفونت های حاد تنفس تحتانی
Chronic lower respiratory diseases(مزمز ریوی-آسم-سایر برونشیت مزمن-بیماریهای انسداد)	بیماریهای مزمن تنفس تحتانی
Other diseases of the respiratory system	سایر بیماریهای سیستم تنفسی
Diseases of the digestive system	بیماریهای سیستم گوارشی
Diseases of oesophagus, stomach and duodenum(ازوفازیت-ریفلاکس مری-زخم معده و دئودنوم)	بیماریهای مری، معده، دئودنوم
Diseases of appendix(آپاندیسیت حاد و سایر انواع)	بیماریهای آپاندیس
Hernia(فتق اینگوینال-فمورال-شکمی-دیافراگماتیک-سایر)	هرنی
Diseases of liver(کبدتوکسیک-نارسایی کبد-فیروز و سیروز کبدی-سایر بیماریهای التهابی کبد بیماری NEC)	بیماریهای کبد
Other diseases of the digestive system	سایر بیماریهای سیستم گوارشی
Diseases of the genitourinary system	بیماریهای سیستم ادراری تناسلی
Glomerular diseases(سندرم نفریتیک-سندرم نفروتیک-نفروپاتی ها)	بیماریهای گلومرولار
Renal tubulo-interstitial diseases(توبولار-اروپاتی انسدادی و ریفلاکس نفریت اینترسیشیل)	بیماریهای توبولوانترسیشیل
Renal failure(نارسایی کلیه حاد-نارسایی کلیه مزمن)	نارسایی کلیوی
Other disorders of genitourinary tract	سایر بیماریهای سیستم ادراری تناسلی
Certain conditions originating in the perinatal period	حالات معین با منشأ حول تولد
Fetus and newborn affected by maternal factors(عوارض حاملگی-جفت-دارو)	اختلال جنین و نوزاد متأثر از فاکتورهای مادری
Birth trauma(خونریزی داخل کرانیال-صدمه به سر-صدمه به اسکلت-صدمه به اعصاب)	ترومای جنینی
Respiratory and cardiovascular disorders specific to the perinatal period(اسفکسی)	اختلال تنفس و قلبی عروقی مختص به حول تولد
Infections specific to the perinatal period(مادزادی-سپس باکتریال نوزاد بیماریهای ویرال)	عفونتهای اختصاصی دوره حول تولد
Other disorders originating in the perinatal period	سایر اختلالات با منشأ حول تولد
Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities	ناهنجاریهای مادرزادی و کروموزومی
Congenital malformations of the nervous system(انانسفال-میکروسفال-هیدروسفال-انسفالوسل)	ناهنجاریهای مادرزادی سیستم عصبی
Congenital malformations of the circulatory system(عروقی-انومالی دیواره قلبی-دریچه قلبی)	ناهنجاریهای مادرزادی سیستم قلبی عروقی
Congenital malformations of the respiratory system(انومالی لارنکس-برونش-ریه)	ناهنجاریهای مادرزادی سیستم تنفسی
Cleft lip and cleft palate	لب شکری و شکاف کام
Other congenital malformations of the digestive system(انومالی دستگاه گوارش و کبد)	ناهنجاریهای مادرزادی سیستم گوارشی
Congenital malformations of the urinary system(انزلی-کلیه-کلیه پلی کستیک-نقص انسدادی)	ناهنجاریهای مادرزادی سیستم ادراری
Congenital malformations and deformations of the musculoskeletal system(CDH)	ناهنجاریهای مادرزادی سیستم اسکلتی عضلانی
Other congenital malformations	سایر ناهنجاریهای مادرزادی
External causes of morbidity and mortality	علل خارجی مرگ و میر(حوادث)
Transport accidents(نقلیه-تصادف با وسیله نقلیه سنگین و وسیله نقلیه باعابر-دوچرخه و موتور با وسیله)	حوادث حمل و نقل
Falls(یخی-لغزنده-ولچر-تخت-صندلی-نزدبان-پلکان-داربست-پام-درخت-صخره-شجره زدن-سایر سقوط از روی سطح)	سقوط
Exposure to inanimate mechanical forces(شدن-فرار گرفتن بین دوشی-اشیای تیز بر خوردن با اجسام پرتاب)	برخورد با نیروهای مکانیکی بیجان
Exposure to animate mechanical forces(حیوانات-فشار جمعیت یا گله-گاز گرفتگی لگد، شاخ و ضربیه)	برخورد با نیروهای مکانیکی جاندار
Accidental drowning and submersion(پالستخر-منابع آب طبیعی غرق شدگی دروان-حوض)	غرق شدن
Other accidental threats to breathing(آویز-اسپیره محتویات معده/مواد غذایی خفگی در بستر-حلق)	سایر حوادث انسداد تنفسی
Exposure to electric current, radiation and extreme ambient air temperature	برخورد با جریان برق-اشعه و فشار هوای مصنوعی
Exposure to smoke, fire and flames(بامواد اشتعال زا-دود آتش سوزی ساختمان و غیره-سوختگی)	در معرض دود و شعله آتش
Contact with heat and hot substances(شیر داغ-باب جوشیده روی اجاق-بخار با مواد خوراکی داغ-باب)	تماس با آب داغ و حرارت
Contact with venomous animals and plants(زهردار-هزارپا-گیاهان سمی نیش مار-عقرب-عنکبوت)	تماس با حیوانات و گیاهان سمی
Exposure to forces of nature(صاعقه-زلزله-سیل-طوفان-سایر)	در معرض بلایا و نیروهای طبیعت
Accidental poisoning by and exposure to noxious substances(دارو ها-مواد نفتی-حشره کش)	مسمومیت

Overexertion, travel and privation(محروریت بی غذایی-بی آبی-سایر اشکال)	محروریت باافزایش نیاز
Accidental exposure to other and unspecified factors	سایر فاکتورهای حوادث
Intentional self-harm	صدمه عمدی به خود
Assault	تجاوز-خشونت
Legal intervention and operations of war	مداخلات قانونی و جنگ
Complications of medical and surgical care(جراحی-عوارض ابزار تشخیصی عوارض دارو ها-عوارض)	عوارض درمان طبی و جراحی

آشنایی مقدماتی تعیین علت مرگ طبقه بندی آن در نظام مراقبت مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه

نسخه دهم طبقه بندی بین المللی بیماریها (ICD10) یک نظام طبقه بندی آماری است که حاوی تعداد محدودی کدهای طبقه بندی شده است که در این نظام در ساختار خود دارای یک سلسله مراتبی است، بطوری که نظام تقسیم بندی بیماریها، شناسایی گروه وسیع تا یک بیماری اختصاصی را مهیا می سازد.

مفهوم علت اصلی یا اولیه مرگ (underlying cause of death) برخی از گواهی های فوت تنها یک علت مرگ را شامل می شود که به راحتی قابل طبقه بندی هستند. ولی در بسیاری از شرایط، دویابیش تر، وضعیت هایی می باشند که در مرگ سهیم بوده اند و باید در گواهی فوت ثبت شوند. در این چنین موارد از دیدگاه آمار حیاتی باید یک علت مرگ را انتخاب نمود و سپس آنرا طبقه بندی کرد. این علت واحد را علت اولیه یا underlying cause of death می گویند.

مفهوم علت اصلی یا اولیه محور طبقه بندی مرگ و میر است. لذا بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت علت اولیه عبارت است از: اولین بیماری یا آسیبی که در سلسله وقایع منجر به مرگ دخیل بوده است. شرایطی از حوادث یا خشونت که باعث آسیب های منجر به مرگ شده اند. بنابر این علت اولیه (UC) شرایط و واقع ای است که بدون وجود آن برای بیمار مرگ اتفاق نمی افتد. به عنوان مثال بیمار سرطانی را در نظر بگیرید که فوت می کند و آخرین علت مرگ وی (immediate Cause of death) نارسایی قلبی ناشی از متاستاز بوده است، منتهی محل اصلی سرطان وی روده بزرگ (کولون) بوده است. تسلسل وقایع اتفاق افتاده عبارت بوده است از: سرطان بدخیم که نتیجه آن متاستاز بوده و سپس منتج به نارسایی قلبی شده است. بنابر این سرطان کولون وضعیتی است که باید به عنوان علت اولیه (UC) طبقه بندی شود. فردی که علت مرگ را تعیین می کند ترتیب و تسلسل وقایع منجر به مرگ را در گواهی فوت ثبت می کند شکل زیر نمونه ای از فرم بین المللی گواهی پزشکی علت مرگ می باشد

زمان تقریبی بین شروع تا مرگ	علت مرگ
	۱- آخرین بیماری یا وضعیتی که بلافاصله پیش از مرگ وجود داشت*
	الف: (آخرین علت مرگ یا عل فوری)..... ب: (علت ماقبل آخر یا علت واسطه)..... ج: (علت اولیه یا اصلی).....
	۲- سایر بیماریهایی که به مرگ کمک کرده اند ولی وجود آنها به تنهایی موجب مرگ نمی باشد.

* نام بیماری، آسیب یا عوارض آنها که موجب مرگ شده است. در این قسمت نمی توان تابلوی مرگ مانند ایست قلبی یا نارسایی تنفسی را وارد کرد.

در مثال قبل گواهی فوت تکمیل شده به صورت زیر است:

الف: نارسایی قلبی ب: متاستاز کارسینوم ج: سرطان کولون
برای طبقه بندی علت مرگ در آسیب ها (injuries) می بایست عوامل خارجی صدمات (external cause) بعنوان علت اولیه (UC) در نظر گرفته شوند.

انتخاب علت اولیه مرگ

سازمان جهانی بهداشت برای تعیین علت اولیه مرگ، یک سری قوانین و روش های تعریف شده تهیه کرده است. در این قسمت مروری خواهیم داشت بر این قواعد که باید در هنگام طبقه بندی برای هر موردی که انتخاب می شود در نظر گرفته شوند. این قواعد بایک قانون کلی آغاز می شود:

قانون کلی ICD:

هنگامی که بیش از یک وضعیت در گواهی فوت مورد نظر وارد شده است، وضعیتی که سر منشا همه علت های ثبت شده باشد باید بعنوان علت اولیه فوت انتخاب شود

مثال: الف: آبسه ریوی - ب: پنومونی در این مورد پنومونی به عنوان علت اولیه مرگ که منجر به آبسه ریه شده است انتخاب می شود 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 -سکته قلبی- آنفولانزا در این مورد سکته قلبی به عنوان علت اولیه انتخاب می شود شوک کاردیوژنیک به علت سکته قلبی ایجاد شده ولی آنفولانزا نمی تواند علت بیماری سکته قلبی باشد.

قانون دوم:

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

قانون سوم:

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

مثال: الف: برونکوپنومونی - ب: کم خونی ثانویه - ج: لوسمی لنفاتیک مزمن 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 بدتعریف شده:

در شرایطی که در گواهی فوت علت انتخاب شده حالتی بدتعریف 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: آرتريت روماتوئيد در این مورد آرتريت روماتوئيد 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

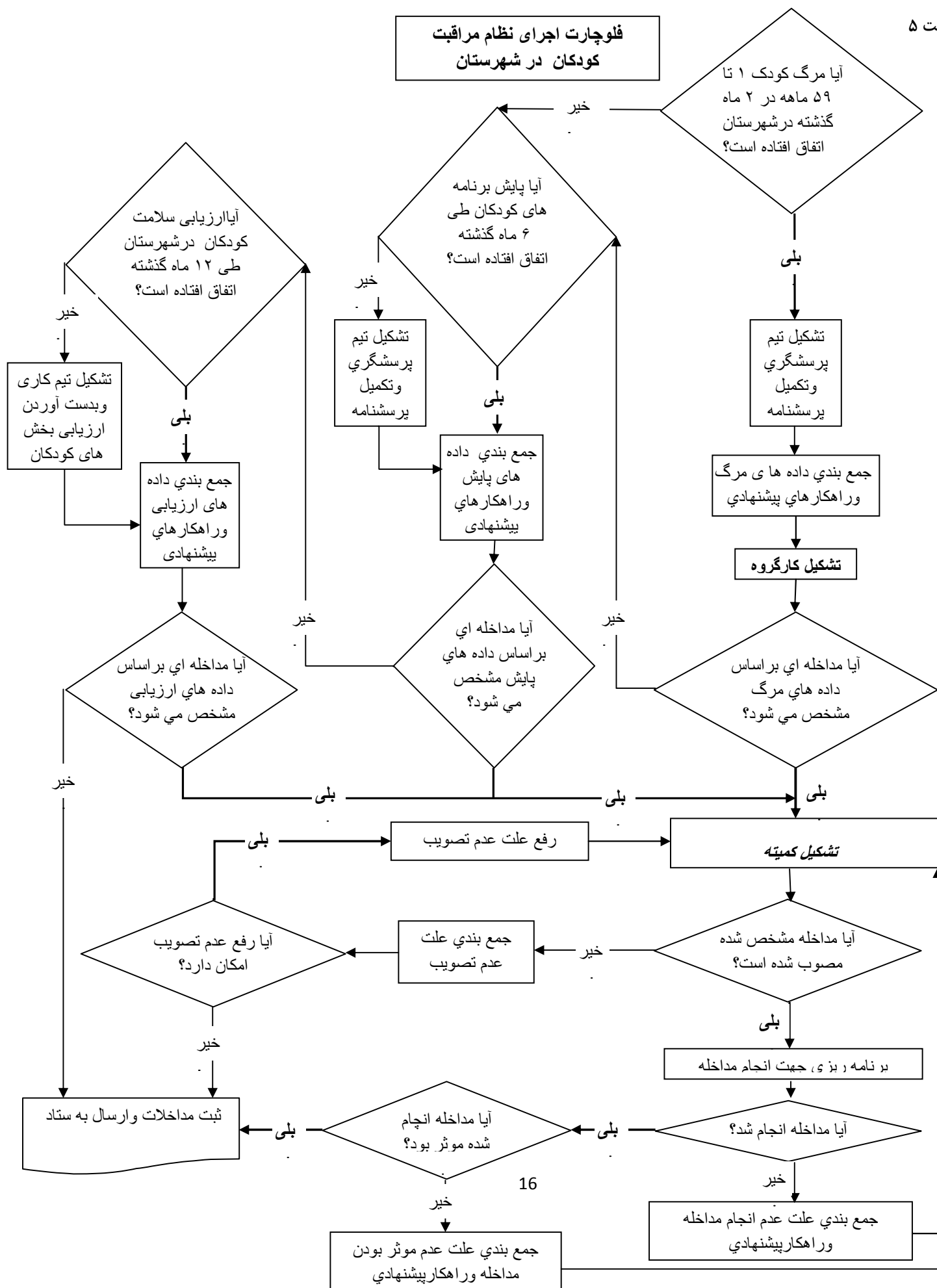
در صورتی که علت انتخاب شده نوع اولیه یک وضعیت باشد که برای آن سیستم طبقه بندی یک طبقه مجزا "پیامداز" ارائه می دهد و شواهدی مبنی بر وقوع مرگ به علت اثرات باقی مانده از آن وضعیت اولیه است تا مراحل فعال آن، طبقه بندی مناسب از طبقه "پیامداز" انتخاب کنید.

مثال: فیبروز ریوی - سل ریوی قدیمی

دوره زمانی

بیان زمان هریک از علل در یک تسلسل پشت سر هم 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



فرم ۳: جدول فعالیت تفصیلی مداخلات تعیین شده برای کاهش عوامل قابل اجتناب مرگ کودکان

نام تکمیل کننده.....

نام شهرستان.....

نام دانشگاه.....

ردیف	راه حل (فعالیت مداخله)	سطح مسئول مداخله	فرد مسئول اجرا	زمان یا دوره اجرا	واحد فعالیت	تعداد	فی	کل هزینه	محل تامین اعتبار	پایش اجرا		
										تاریخ اجرا	اجرا در زمان مقرر	علت تاخیر یا عدم اجرا
۱												
۲												
۳												
۴												
۵												
۶												
۷												
۸												
۹												
۱۰												
۱۱												
۱۲												
۱۳												
۱۴												
۱۵												

تاریخ پایش بررسی مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه در بیمارستان

۱	آیا لیست اعضای کمیته بیمارستانی کاهش مرگ و میر کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه که از طرف رییس بیمارستان صادر شده باشد موجود است؟ (مشاهده ابلاغ ولیست)			
۲	آیا مسئول بررسی مرگ و میر کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه بیمارستان به تلفن مستقیم و رایانه و اینترنت دسترسی دارد؟ (شفاهی)			
۳	میانگین تفاوت بین تاریخ مرگ کودکان و گزارش مرگ آنها به مسئول بررسی شهرستان چند روز است؟ (مشاهده پرسشنامه و گزارش)			
۴	میانگین تفاوت بین تاریخ مرگ کودکان و انجام پرسشگری چند ساعت است؟ (مشاهده پرسشنامه و گزارش - کمتر از ۲۴ ساعت)			
۵	آیا اطلاعات پرسشنامه ها به صورت کامل تکمیل شده است؟ (مشاهده پرسشنامه ها)			
۶	آیا اطلاعات پرسشنامه ها در برنامه نرم افزاری به صورت کامل و صحیح وارد شده است؟ (مشاهده فرم ها در نرم افزار)			
۷	آیا مداخلات پیشنهادی بر اساس هر کدام از پرسشنامه ها قبل از کمیته استخراج شده اند؟ (مشاهده لیست مداخلات پیشنهادی در هر دوره یا توانایی استخراج آن از نرم افزار)			
۸	آیا کمیته های بیمارستانی مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه هر یک ماه یکبار تشکیل می شود؟ (مشاهده مصوبات کمیته)			
۹	چند درصد از مداخلات پیشنهادی استخراج شده در کمیته تصویب شده است؟ (مشاهده لیست مداخلات پیشنهادی و مصوبات کمیته)			
۱۰	آیا لیست فعالیتهای مربوط به هر کدام از مداخلات تعیین شده اند؟ (مشاهده جدول فعالیت تفصیلی)			
۱۱	آیا فعالیتهای برنامه ریزی شده به سطوح مسئول انجام فعالیت ابلاغ شده اند؟ (مشاهده ابلاغ انجام فعالیت ها)			
۱۲	آیا پیگیری فعالیتهای تصویب شده در کمیته انجام شده است؟ (مشاهده مصوبات کمیته و پیگیری های انجام شده بصورت کتبی یا شفاهی)			
۱۳	آیا علت عدم انجام مداخله جمع بندی شده است؟ (مشاهده جمع بندی مداخلات انجام نشده و)			
۱۴	آیا گزارش اجرای فعالیتهای تصویب شده در کمیته قبلی در کمیته حاضر ارائه شده است؟ (مشاهده گزارش مصوبات کمیته)			
۱۵	آیا گزارش صورتجلسه به همراه فرم فعالیتهای تفصیلی به مسئول بررسی مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه شهرستان ویا معاونت درمان (بیمارستانهای مرکز استان) به موقع ارسال گردیده است؟ (ارسال هر یک ماه یکبار)			
۱۶	آیا اطلاعات تکمیل شده در نرم افزار به مسئول مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه دانشگاه به موقع ارسال شده است؟ (ارسال هر یک ماه یکبار)			
۱۷	آیا گزارش عملکرد فعالیتهای برنامه ریزی شده مطابق جدول فعالیتهای تفصیلی و علت عدم انجام آن به مسئول بررسی مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه شهرستان ویا معاونت درمان (بیمارستانهای مرکز استان) به موقع ارسال گردیده است؟ (مشاهده گزارش)			

"دستورالعمل نحوه تکمیل چک لیست پایش بیمارستان"

۱. با توجه به دستورالعمل نظام مراقبت مرگ کودکان ،اعضاي کمیته مشخص شده اند .رویت ابلاغ اعضاء کفایت می کند
۲. دسترسی به تلفن مستقیم و رایانه و اینترنت الزامی است .در صورت نبود هر کدام از امکانات فوق ،مورد ذکر شود
۳. حداقل ۵ مورد به صورت تصادفی در عرض سه ماه گذشته از گزارش فوری موارد مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه کنترل شود . در صورتیکه تعداد مرگها کمتر از ۵ مورد بود ، همه موارد کنترل شده و میانگین تا ۲۴ ساعت مورد تایید می باشد.
۴. حداقل ۵ پرسشنامه به صورت تصادفی و گزارشات آنها در عرض ۳ ماه گذشته کنترل شود. در صورتیکه تعداد مرگها کمتر از ۵ مورد بود ، همه موارد کنترل شده و میانگین تا ۲۴ ساعت مورد تایید می باشد.
۵. دو پرسش نامه مرگ داخل بیمارستانی به صورت تصادفی انتخاب شود و تکمیل کلیه سوالات مورد بررسی قرار گیرد . در صورتیکه تعداد موارد مرگ کمتر از ۲ مورد باشد کلیه موارد مورد بررسی قرار گیرد.
۶. دو پرسشنامه بررسی شده در سوال ۵ را در فایل CSO بیمارستان از نظر ورود کامل و صحیح در نرم افزار مورد بررسی قرار گیرد.
۷. بر اساس مشاهده لیست مداخلات پیشنهادی و مطابقت آن در ماههای مورد نظر طبق نرم افزار بررسی شود.
۸. در صورتی که صورتجلسات وجود دارد و هر ماه یکبار کمیته ها تشکیل شده است گزینه بله انتخاب شود.
۹. مداخلات پیشنهادی در هر يك از صورتجلسات بررسی شوند چنانچه مداخلاتی به تصویب رسیده است درصد نوشته شود.
۱۰. چنانچه جدول فعالیت تفصیلی برای هر يك از مداخلات تهیه شده است گزینه بلی انتخاب شود.
۱۱. مکاتبات ارسال انجام فعالیت ها مشاهده شود.
۱۲. مکاتبات پیگیری ها برای مصوبات کمیته بررسی و مشاهده شود
۱۳. جمع بندی علل عدم انجام مداخلات مشاهده و بررسی شود.
۱۴. نتایج مصوبات کمیته قبلی در گزارش صورتجلسه کمیته اخیر وجود دارد.
۱۵. مشاهده گزارش های ارسال شده صورتجلسه به همراه فرم فعالیت های تفصیلی هر ماه يك بار به مسئول بررسی مرگ کودکان ۱-۵۹ ماهه شهرستان. در صورتی که تاریخ آن حداکثر ۱۵ روز بعد از تشکیل کمیته باشد مورد قبول است.
۱۶. مشاهده نامه ارسالی نرم افزار به مسئول بررسی مرگ کودکان ۱-۵۹ ماهه شهرستان. انتظار است ۱۵ روز بعد از پایان هر فصل ارسال شده باشد.
۱۷. مشاهده گزارش های عملکرد ارسال شده فعالیت های تدوین شده(در صورت عدم انجام علت ذکر شده باشد) هر ماه يك بار به مسئول بررسی مرگ کودکان ۱-۵۹ ماهه شهرستان. انتظار است ۱۵ روز بعد از پایان هر ماه ارسال شده باشد.