

بسمه تعالی

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

دفتر سلامت خانواده و جمعیت

اداره سلامت کودکان

دانشگاه علوم پزشکی تهران مدیریت مرکز مراقبت مرگ کودکان 1-59 ماهه در بیمارستان

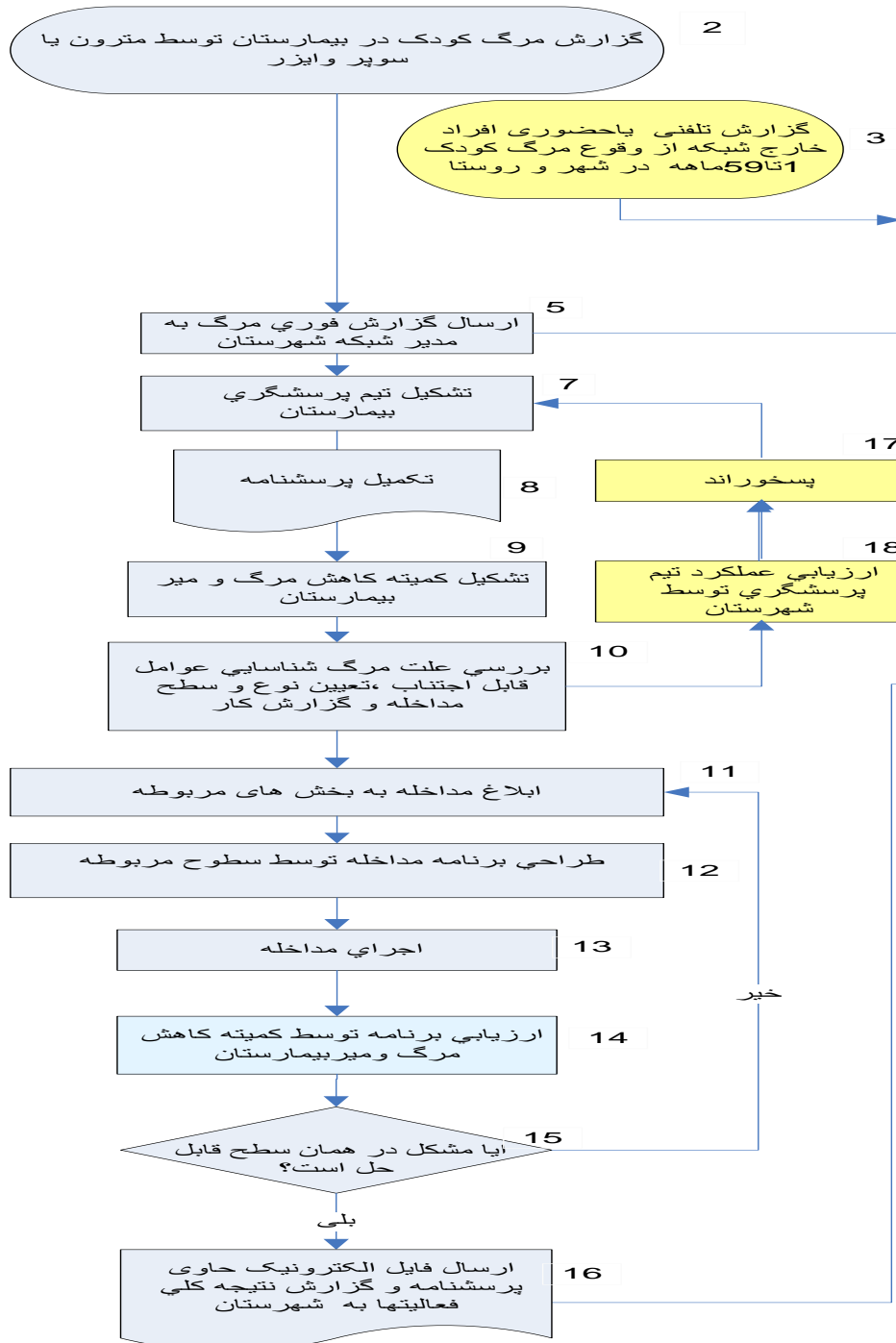
فهرست عناوین

گردش کار بررسی نظام مراقبت مرگ کودکان 1 تا 59 ماهه در بیمارستان

شرح مراحل گردش کار بررسی مرگ کودک در بیمارستان

- پیوست 1: فرم گزارش فوری مرگ کودک
- پیوست 2: پرسشنامه های بررسی مرگ کودک و دستورالعمل تکمیل آن
- پیوست 1-2: گروه بندی بیماری ها بر اساس ICD10 و آشنایی مقدماتی با تعیین علت مرگ
- پیوست 3: فرم لیست مداخلات استخراج شده از اطلاعات نظام مراقبت کودکان
- پیوست 4: ترکیب اعضا و شرح وظایف کمیته بیمارستانی بررسی مرگ کودکان 1 تا 59 ماهه
- پیوست 5: فلوجارت اجرای نظام مراقبت کودکان در بیمارستان
- پیوست 6: فرم جدول فعالیت تفصیلی مداخلات تعیین شده
- پیوست 7: چک لیست پایش برنامه نظام مراقبت مرگ کودکان 1 تا 59 ماهه در بیمارستان و دستورالعمل آن. چک لیست پایش بیمارستان و دستورالعمل آن

گردش کار بررسی نظام مراقبت مرگ کودکان
در بیمارستان



شرح مراحل گردش کار بررسی مرگ کودک در بیمارستان

2. مرگ کودکان 1 تا 59 ماهه ای که در بیمارستان رخ داده باشد، مترون یا سوپروایزر بیمارستان موظف به گزارش فوری تلفنی مرگ به مسوول بررسی مرگ کودکان در شبکه شهرستان وقوع مرگ می باشد. در بیمارستان های مرکز استان می توان با هماهنگی بعمل آمده به مسوول بررسی مرگ داخل بیمارستانی کودکان در معاونت درمان اطلاع داده شود.
5. فرم گزارش تلفنی موارد مرگ کودکان 1-59 ماهه (پیوست 1) توسط مسوول بررسی مرگ کودکان در بیمارستان تکمیل شده و به مسوول بررسی مرگ کودکان در شبکه شهرستان ارسال می شود. در بیمارستان های مرکز استان می توان با هماهنگی بعمل آمده اطلاعات را به مسوول بررسی مرگ داخل بیمارستانی کودکان در معاونت درمان ارسال نماید.
7. مسوول تیم پرسشگری در بیمارستان، مترون بیمارستان می باشد که اعضای که مناسب برای تیم 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.
8. تیم پرسشگری بیمارستان باید پرسشنامه های **ب، ج، د، و (پیوست 2)** را مطابق با دستور العمل نحوه تکمیل آن برای هر کودک متوفی حداکثر طی مدت 2 روز تکمیل کند.
9. بعد از انجام پرسشگری و تکمیل پرسشنامه های مربوطه، اطلاعات جمع آوری شده توسط مسوول بررسی مرگ کودکان در بیمارستان وارد نرم افزار **CSO** می شود و مداخلات پیشنهادی از هر یک از پرسشنامه ها استخراج می شود سپس **گروه کاری در بیمارستان با مسوولیت مترون بیمارستان** 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 3) را برای دستور جلسه در کمیته آماده می کنند.
- مسوول گروه کاری در بیمارستان، مترون بیمارستان می باشد که اعضای که مناسب برای گروه کاری می باشد انتخاب می کند. حداقل اعضای کار گروه بیمارستان شامل: مترون بیمارستان - سوپروایزر آموزشی - مسوول بخش کودکان - کارشناس مسوول بررسی مرگ می باشد.
- مسوول تشکیل کمیته در بیمارستان، رییس بیمارستان می باشد که اعضای که مناسب برای کمیته می باشد انتخاب و ابلاغ آن را صادر می کند. شرح وظایف کمیته بیمارستانی و لیست حداقل افرادی که باید در کمیته حضور فعال داشته باشند در **پیوست 4** درج شده است. زمان برای برگزاری کمیته های مرگ و میر کودکان در بیمارستان هر 1 ماه یکبار می باشد:
- در صورتیکه مرگ کودکان 1 تا 59 ماهه در طی مدت ذکر شده برای تشکیل کمیته در بیمارستان اتفاق نیافتاده است یا لیست مداخلاتی از مرگ های اتفاق افتاده، استخراج نشده است اطلاعات باید بر اساس پایش و ارزیابی بخش های کودکان و اورژانس بیمارستان استخراج شود و در کمیته مطرح گردد (**پیوست 5** فلوچارت اجرای نظام مراقبت کودکان در بیمارستان)
10. لیست پیشنهادی مداخلات توسط مترون بیمارستان 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 بیمارستان است، مراتب باید در اسرع وقت به مسوول بررسی مرگ شهرستان یا مسوول داخل بیمارستانی در معاونت درمان گزارش گردد.
11. 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.
12. هر بخش یا سطحی که متولی مداخله شناخته شده است باید فعالیت های اجرایی مداخله مصوب شده (تکمیل فرم جدول فعالیت تفصیلی **پیوست 6**) را مشخص و در موعد مقرر به کمیته تحویل دهد.
13. برنامه باید طبق جدول فعالیت های تدوین شده و زمانبندی مقرر به اجرا درآید گزارش پیشرفت و عدم انجام فعالیت ها در زمان مقرر می باید به مسوول بررسی مرگ بیمارستان جهت ارائه به کمیته ارسال شود.
14. 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 6**) وارد شود.
15. 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.
16. نتیجه فعالیت های انجام شده همراه با نتایج حاصل از پایش و ارزیابی در آغاز هر جلسه کمیته باید توسط مترون بیمارستان خوانده شود. و لیست مداخلات پیشنهادی (**پیوست 3**)، جدول فعالیت های تفصیلی (**پیوست 6**)، صورتجلسه کمیته هاو فایل **CSO** «حاوی اطلاعات مرگ کودکان» باید هر ماه یک بار به مسوول بررسی مرگ کودکان تا 59 ماهه شهرستانی ارسال شود (در بیمارستان های مرکز استان می توان با هماهنگی بعمل آمده اطلاعات را به مسوول بررسی مرگ داخل بیمارستانی کودکان در معاونت درمان ارسال نماید.)

پرسشنامه های بررسی مرگ کودکان 1 تا 59 ماهه ودستورالعمل نحوه تکمیل آنها

باسمه تعالی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

تاریخ پرسشگری:.....

نام دانشگاه/دانشکده:	نام شهرستان:	نام بیمارستان:	نام پرسشگر:.....
1- نام و نام خانوادگی متوفی:		2- سن متوفی هنگام فوت (برحسب ماه):	
3- تاریخ تولد متوفی:/...../13.....		4- زمان وقوع فوت:/...../13..... ساعت.....	
5- جنس و ملیت متوفی: 1- پسر <input type="checkbox"/> 2- دختر <input type="checkbox"/>		6- منطقه سکونت: 1- شهری <input type="checkbox"/> 2- روستایی <input type="checkbox"/> 3- عشایر <input type="checkbox"/>	
7- وضعیت حضور متوفی در خانواده: 1- زندگی با پدر و مادر <input type="checkbox"/> 2- زندگی با مادر <input type="checkbox"/> 3- زندگی با پدر <input type="checkbox"/> 4- زندگی با سایر افراد خانواده و بستگان <input type="checkbox"/> 5- مراکز نگهداری و حمایتی <input type="checkbox"/> 6- سایر <input type="checkbox"/>			
8- میزان تحصیلات مادر/مراقب متوفی: 1- بیسواد <input type="checkbox"/> 2- ابتدائی <input type="checkbox"/> 3- راهنمایی <input type="checkbox"/> 4- دبیرستان <input type="checkbox"/> 5- دانشگاهی <input type="checkbox"/>			
9- آیا مرگ کودک در اثر حادثه بوده است؟ 1- بله <input type="checkbox"/> 2- خیر <input type="checkbox"/> اگر مرگ در اثر حادثه نبود به سوال 14 بروید .			
10- زمان وقوع حادثه:(ساعت)...../...../13.....			
11- محل وقوع حادثه: 1- منزل <input type="checkbox"/> 2- حریم منطقه مسکونی <input type="checkbox"/> 3- جاده داخل منطقه مسکونی <input type="checkbox"/> 4- جاده خارج منطقه مسکونی <input type="checkbox"/> 5- سایر <input type="checkbox"/>			
12- نوع حادثه: 1- تصادف با وسیله نقلیه <input type="checkbox"/> 2- غرق شدن <input type="checkbox"/> 3- سقوط <input type="checkbox"/> 4- سوختگی <input type="checkbox"/> 5- مسمومیت <input type="checkbox"/> 6- خفگی <input type="checkbox"/> 7- ضربه <input type="checkbox"/> 8- گزش خزندگان وحشرات <input type="checkbox"/> 9- برق گرفتگی <input type="checkbox"/> 10- سایر <input type="checkbox"/> . نوع آن ذکر شود:.....			
13- نحوه خروج کودک حادثه دیده از محل حادثه: 1- توسط بستگان یا افراد عادی <input type="checkbox"/> 2- توسط گروه امداد و نجات <input type="checkbox"/>			
14- محل فوت: 1- در محل وقوع حادثه <input type="checkbox"/> 2- در راه انتقال <input type="checkbox"/> 3- در مرکز بهداشتی یا درمانی <input type="checkbox"/> 4- درمانگاه یا مطب <input type="checkbox"/> 5- بیمارستان <input type="checkbox"/> 6- منزل <input type="checkbox"/>			
15- برای درمان کودک بترتیب به چه کسی یا محلی مراجعه کردید ؟ 1- بیمارستان <input type="checkbox"/> ... 2- مرکز بهداشتی یا درمانی دولتی <input type="checkbox"/> ... 3- مطب و مراکز خصوصی <input type="checkbox"/> ... 4- خانه بهداشت <input type="checkbox"/> ... 5- درمانگرهای سنتی <input type="checkbox"/> .. 6- به هیچ کجا <input type="checkbox"/> اگر جواب گزینه 1 یا 2 یا 3 نباشد به سوال 23 بروید			
16- زمان اولین مراجعه:(ساعت)...../...../13.....			
17- 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:.....			
18- آیا پس از ورود به مرکز درمانی یا بیمارستان ، کودک بلافاصله (کمتر از 5 دقیقه) توسط پزشک معاینه شده بود؟ 1- بله <input type="checkbox"/> 2- 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"/>			
19- 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 بود به سوال 22 بروید			
20- 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"/>			
21- وضعیت خانواده در قبال دستورات درمانی و تشخیصی توصیه شده : 21-1- دسترسی به درمان و داروی توصیه شده 1- بله <input type="checkbox"/> 2- خیر <input type="checkbox"/> 3- نمی داند <input type="checkbox"/> 21-2- دسترسی به آزمایشگاه و رادیولوژی توصیه شده 1- بله <input type="checkbox"/> 2- خیر <input type="checkbox"/> 3- نمی داند <input type="checkbox"/> 21-3- مشکلات اقتصادی در راه تامین و انجام توصیه ها 1- بله <input type="checkbox"/> 2- خیر <input type="checkbox"/> 3- نمی داند <input type="checkbox"/>			
22- 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.....			
23- کودک کدامیک از علائم زیر را (قبل از مراجعه) داشت ؟ زمان مشاهده اولین علامت فوق :(ساعت)...../...../13..... 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"/>			
24- آیا کودک بیماری مزمن یا صعب العلاج داشته است؟ 1- بله <input type="checkbox"/> 2- خیر <input type="checkbox"/> اگر بلی، چه بیماری:			
25- آیا فرزند دیگری در سن کمتر از 5 سال در خانواده تاکنون فوت کرده است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> علت فوت:..... سن متوفی:..... جنس			
26- آیا سن متوفی کمتر از 24 ماه بوده است؟ 1- بله <input type="checkbox"/> 2- خیر <input type="checkbox"/> اگر بلی، آیا متوفی با شیرمادر تغذیه می شده است؟ 1- بله <input type="checkbox"/> 2- خیر <input type="checkbox"/>			
27- داستان مرگ از زبان مادر یا سرپرست کودک:(توضیحات اضافه تر)			

به نظر شما در چه صورتی می توانست این اتفاق نیافتد ویا 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 1 تا 59 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 کودک متوفی (والدین ، سرپرست ، یا سایر افراد درجه اول خانواده) تکمیل می شود. ابتدا کد انتخابی کودک متوفی (اولین مرگ کد1 گذاشته شود)، نام پرسشگرو 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 1 تا 6 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 2- **تاریخ تولد متوفی** بر حسب روز، ماه و سال ثبت می شود.

سوال 4: **زمان وقوع مرگ** بر اساس گفته والدین بطور دقیق و بر حسب ساعت و به تفکیک روز ، ماه و سال نوشته می شود.

سوال 6- **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 7- 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 8- منظور از **میزان تحصیلات مادر یا مراقب کودک متوفی** تعیین میزان تحصیلات فردی است.

سوال 9- 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 9 ، اگر مرگ در اثر حادثه نبود به سوال 14 بروید.

سوال 10: **زمان وقوع حادثه** بر حسب ساعت و به تفکیک روز، ماه و سال نوشته می شود (اساس گفته والدین است).

سوال 11: **محل وقوع حادثه** را نیز باید بر اساس گفته والدین یکی از گزینه ها انتخاب می شود: 1- منزل : فقط داخل حریم منزل را شامل می شود 2- 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 3- جاده داخل منطقه مسکونی: فقط خیابان و جاده داخل منطقه مسکونی را شامل می شود 4- جاده خارج منطقه مسکونی: فقط جاده های خارج منطقه مسکونی را شامل می شود 5- سایر: بقیه منطقه های که شامل موارد بالا نباشد مانند مناطق کشاورزی.

سوال 12: **نوع حادثه** را نیز باید بر اساس گفته والدین یکی از گزینه ها انتخاب شود.

سوال 13: **نحوه خروج کودک** حادثه دیده از محل وقوع حادثه از زبان والدین یا سرپرست نوشته می شود.

سوال 14: 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 1 " محل وقوع حادثه " علامت زده شود در این صورت کودک بلافاصله پس از حادثه فوت کرده باشد به سوال 27 بروید

سوال 15: **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 1 یا 2 یا 3 انتخاب نشود به سوال 23 بروید.

سوال 16: **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 17: 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 18: این سوال به گزارش والدین در مورد **معاینه بلافاصله کودک (کمتر از 5 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 19: این سوال در مورد این که آیا **دستورات درمانی و تشخیصی برای کودک توصیه شده است؟** اگر جواب خیر می داند باشد به سوال 22 بروید.

سوال 20: این سوال به گزارش والدین در مورد **انجام بلافاصله اقدامات درمانی و تشخیصی** می باشد.

سوال 21: (1-21 تا 3-21) 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 22: 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 23 : **علائم 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 تایید شدن ، گزینه مربوطه علامت زده شود. و در آخر **زمان شروع اولین علائم** ذکر شده به ساعت و تفکیک سال، ماه، روز نوشته شود.

سوال 24: در این سوال مشخص می شود آیا **قبل از فوت کودک، بیماری مزمن یا صعب العلاحی برای او تشخیص داشته شده است** یا خیر. در صورتی که جواب این سوال "بله" باشد، **نوع بیماری کودک** نوشته می شود

سوال 25: در این سوال مشخص می شود آیا **فرزند دیگری (کمتر از 5 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 26: در این سوال اگر **سن متوفی کمتر از 2 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 27: 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 صورتی می توانست این اتفاق نیافتد ویا 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.

نام و نام خانوادگی متوفی:	کد متوفی:
<p>نوع مرکز مراجعه شده: 1- اورژانس بیمارستان آموزشی <input type="checkbox"/> 2- اورژانس بیمارستان غیر آموزشی دولتی <input type="checkbox"/> 3- اورژانس بیمارستان خصوصی <input type="checkbox"/> 4- خانه بهداشت <input type="checkbox"/> 5- مرکز بهداشتی یا درمانی دولتی <input type="checkbox"/> 6- مطب و مراکز خصوصی <input type="checkbox"/></p>	
<p>نحوه پذیرش کودک: 1- مراجعه مستقیم توسط والدین(با سرپرست) <input type="checkbox"/> 2- ارجاع از سایر مراکز <input type="checkbox"/> 3- سایر <input type="checkbox"/></p>	
1- زمان ورود کودک به اورژانس.....(ساعت ودقیقه)/...../13	2- زمان خروج کودک از اورژانس:(ساعت ودقیقه)/...../13
<p>3- آیا کودک بیش از 2 ساعت در مرکز یا اورژانس بوده است؟ 1- بله <input type="checkbox"/> 2- خیر <input type="checkbox"/> اگر بلی، علت:</p>	
<p>1- منتظر پذیرش از بخش بیمارستان <input type="checkbox"/> 2- عدم امکانات لازم جهت انتقال <input type="checkbox"/> 3- اقدامات تشخیصی درمانی طول کشیده <input type="checkbox"/> 4- سایر <input type="checkbox"/></p>	
<p>4- آیا در بدو ورود علائم خطر فوری داشته: 1- بله <input type="checkbox"/> 2- خیر <input type="checkbox"/> اگر بلی 1- تا 4-7 را تکمیل کنید</p>	
<p>4-1 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>4-2 آیا نیاز به خون و فرآورده های خونی بود؟ 1- بله <input type="checkbox"/> 2- خیر <input type="checkbox"/> اگر بلی، آیا دردسترس بود؟ 1- بله <input type="checkbox"/> 2- خیر <input type="checkbox"/> اگر خیر، علت:</p>	
<p>4-3 آیا اقدامات اولیه احیا انجام شد؟ 1- بله <input type="checkbox"/> 2- خیر <input type="checkbox"/> اگر خیر، علت:</p>	
<p>4-4 آیا دسترسی به وسایل اولیه احیا(اکسیژن، ساکشن، آمیوبک مناسب، داروهای احیا) مطلوب بود؟ 1- بله <input type="checkbox"/> 2- خیر <input type="checkbox"/> اگر خیر، علت:</p>	
<p>4-5 آیا نیاز به دستگاه الکتروشوک بود؟ 1- بله <input type="checkbox"/> 2- خیر <input type="checkbox"/> اگر بلی، آیا دردسترس بود؟ 1- بله <input type="checkbox"/> 2- خیر <input type="checkbox"/> اگر خیر، علت:</p>	
<p>4-6 آیا تمامی پرسنل احیاگر کارگاه دو روزه احیاء را طی یک سال گذشته گذرانده اند؟ 1- بله <input type="checkbox"/> 2- خیر <input type="checkbox"/></p>	
<p>4-7 آیا اقدام احیا با موفقیت انجام شد؟ 1- بله <input type="checkbox"/> 2- خیر <input type="checkbox"/></p>	
<p>5- آیا در بدو ورود علائم حیاتی کودک ثبت شده است؟ 1- بله <input type="checkbox"/> 2- خیر <input type="checkbox"/> اگر خیر، علت:</p>	
<p>تعداد تنفس: تعداد نبض: درجه حرارت:</p>	
<p>6- آیا در بدو ورود نشانه های خطر داشته است؟ 1- بله <input type="checkbox"/> 2- خیر <input type="checkbox"/> اگر بلی، آیا ثبت شده است؟ 1- بله <input type="checkbox"/> 2- خیر <input type="checkbox"/> اگر بلی، کدامیک از نشانه ها؟</p>	
<p>1- عدم توانایی خوردن و نوشیدن <input type="checkbox"/> 2- خواب آلودگی یا کاهش هوشیاری <input type="checkbox"/> 3- استفراغ یا خوردن هر چیزی <input type="checkbox"/> 4- تشنج در زمان این بیماری <input type="checkbox"/> 5- سایر <input type="checkbox"/></p>	
<p>7- آیا وضعیت وزن ، واکسیناسیون و وضعیت تغذیه کودک ثبت شده است؟ 1- بله <input type="checkbox"/> 2- خیر <input type="checkbox"/></p>	
<p>وزن کیلوگرم وضعیت واکسیناسیون 1- کامل <input type="checkbox"/> 2- ناقص <input type="checkbox"/> 3- عدم انجام <input type="checkbox"/> 4- نامعلوم <input type="checkbox"/> وضعیت تغذیه:</p>	
<p>8- آیا ارجاع کودک به مرکز دیگری درخواست(توصیه) شده است؟ 1- بله <input type="checkbox"/> 2- خیر <input type="checkbox"/> اگر جواب، خیر بود به سوال 11 بروید</p>	
<p>9- آیا ارجاع به مرکز دیگری انجام شده است؟ 1- بله <input type="checkbox"/> 2- خیر <input type="checkbox"/> اگر خیر، علت را بنویسید و به سوال 11 بروید</p>	
<p>10- 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"/> - اقدامات حین انتقال:</p>	
<p>11- آیا پرسنل کادر درمان مرکز، کارگاه آموزشی یا باز آموزی مانا را طی 2 سال گذشته گذرانده اند؟ 1- بله <input type="checkbox"/> 2- خیر <input type="checkbox"/></p>	
<p>12- وضعیت خروج کودک از مرکز چگونه بود؟</p>	
<p>1- ترخیص با دستور پزشک معالج <input type="checkbox"/> 2- ترخیص با رضایت و خواست والدین <input type="checkbox"/> 3- انتقال به بخش <input type="checkbox"/> 4- فوت <input type="checkbox"/> 5- اعزام/ارجاع <input type="checkbox"/> 6- سایر <input type="checkbox"/></p>	
<p>13- 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 و متابولیسم <input type="checkbox"/> بیماریهای خون و دستگاه خون ساز <input type="checkbox"/> سرطانها <input type="checkbox"/> بیماریهای دستگاه اداری <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>14- توضیحات اضافه تر:</p>	

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 فعالیتهای، 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 سوابق) پرداخته و در صورت لزوم از کمک کارکنان (برای بازخوانی و یافتن پاسخها در مستندات) بهره میگیرد و بدین طریق پاسخ سوابق پرسشنامه را استخراج میکند. **توجه کنید که همیشه نیازی به مراجعه به تمامی مراکز که کودک قبل از فوت در آنها 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.

- 1- 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)
- 2- 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)
- 3- اورژانس بیمارستان خصوصی (تمامی بیمارستانهایی که توسط اشخاص حقیقی و حقوقی تملک و اداره شده و به هیچکدام از گروههای فوق الذکر درگزینه های 1 و 2 تعلق ندارند)
- 4- خانه بهداشت
- 5- مرکز بهداشتی درمانی (کلیه مراکز بهداشتی درمانی دولتی یا خصوصی)
- 6- 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 1 و 2: **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 3: این سوال باتوجه به فاصله زمانی سوال 1 و 2 مشخص می شود، اگر کودک بیش از 2 ساعت در مرکز یا اورژانس **بوده است** علت آن از بین گزینه های داده شده انتخاب و علامت زده شود

سوال 4: 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 1- 4 تا 7- 4 را به هر کدام جداگانه پاسخ دهید.

سوال 5: 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 6: 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 7: آخرین **وضعیت وزن، واکسیناسیون و تغذیه کودک** در صورت ثبت شدن هر **3 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 8: **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 11 بروید.**

سوال 9: **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 11 بروید.**

سوال 10: 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 11: این سوال که **آیا پرسنل کادر درمان مرکز، کارگاه آموزشی یا باز آموزی مانا را طی 2 سال گذشته گذرانده اند** می توان به اظهارات شفاهی کارکنان مرکز مربوطه رجوع کرد. کارکنان مراکز مورد نظر عبارت هستند از: 1- پزشک: پزشک معالج مستقیم کودک 2- پرستار یا بهیار: بیشتر در مورد مراکز درمانی بیمارستانی یا درمانگاهها مصداق دارد 3- کارمند بهداشتی غیر پزشک: بیشتر در مورد مراکز بهداشتی و درمانی و خانه بهداشت مصداق دارد که شامل بهورز، کاردان و کارشناس بیمارها، 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 3 روز می باشد و CD خودآموزان برای آموزش غیرحضوری پزشکان موجود می باشد.

سوال 12: 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 13: در صورت فوت کودک در مرکز، **تشخیص نهایی را بر اساس گروه بندی ICD10 (پیوست 2-1) یکی را انتخاب و علامت** بزنید و زیر گروه آن را بنویسید.

سوال 14: اگر توضیحات اضافه تری وجود دارد در این قسمت درج کنید و در آخر نام خانوادگی پرسشگر، سمت و شماره تلفن تماس نوشته شود.

بسمه تعالی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

تاریخ تکمیل:.....

کد متوفی:.....	پرسشنامه "د" مخصوص بررسی کلی سوابق رسیدگی(اقدامات پزشکی) در بخش بیمارستان متوفی-1-59 ماهه
نحوه پذیرش کودک:1- از اورژانس <input type="checkbox"/> 2-درمانگاه <input type="checkbox"/> 3-ازبخش دیگر <input type="checkbox"/>4-ارجاع از سایر مراکز <input type="checkbox"/> 5- سایر <input type="checkbox"/>	
1- زمان ورود کودک به بخش.....(ساعت ودقیقه)/...../13	2-زمان خروج یا فوت کودک:(ساعت ودقیقه)/...../13
3- زمان اولین دستوریزشک(ساعت ودقیقه)/...../13	4- زمان اولین اجرای دستور(ساعت ودقیقه)/...../13
5- علت بستری دربخش:	
<input type="checkbox"/> علل جراحی:1- عمل جراحی اورژانس <input type="checkbox"/> 2- عمل جراحی الکتیو <input type="checkbox"/>3-تحت نظر <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> علل داخلی: عدم توانایی نوشیدن(شیر یا مایعات) <input type="checkbox"/> تشنج در این بیماری <input type="checkbox"/> استفراغ هرچیزی <input type="checkbox"/> خواب آلودگی یا کاهش هوشیاری <input type="checkbox"/> کما <input type="checkbox"/> خونریزی <input type="checkbox"/> درد شکم <input type="checkbox"/> سرفه باتنفیس مشکل <input type="checkbox"/> اسهال <input type="checkbox"/> بیقراری <input type="checkbox"/> تب <input type="checkbox"/> اختلال رشد <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>	
6- وضعیت بیماردربدو ورود به بخش در گزارش پرستاری چگونه ثبت شده است؟	
1- وضعیت عمومی مناسب <input type="checkbox"/> 2-وضعیت عمومی خیلی بد(علائم خطروری) <input type="checkbox"/> 3- وضعیت عمومی نامناسب(نشانه های خطر) <input type="checkbox"/> کدامیک از نشانه ها؟ -عدم توانایی خوردن و نوشیدن <input type="checkbox"/> -خواب آلودگی یا کاهش هوشیاری <input type="checkbox"/> -استفراغ یاخوردن هرچیزی <input type="checkbox"/> -تشنج در زمان این بیماری <input type="checkbox"/> -سایر <input type="checkbox"/>	
7- علائم حیاتی کودک دربدو ورودبه بخش: تعدادتنفس: تعداد نبض: درجه حرارت: BP:	
8- آیا تشخیص اولیه / احتمالی در پرونده نوشته شده است؟ 1- بله <input type="checkbox"/> 2- خیر <input type="checkbox"/> اگرلی، نام ببرید.....	
9- آیا برگ شرح حال به صورت کامل نوشته شده است؟ 1- بله <input type="checkbox"/> 2- خیر <input type="checkbox"/>	
10- آیا سابقه بیماری مزمن یا صعب العلاجی وجودداشته است؟ 1- بله <input type="checkbox"/> 2- خیر <input type="checkbox"/> اگرلی، نام ببرید.....	
11- آیا وضعیت تغذیه ، واکسیناسیون و وزن کودک در بدو ورود به بخش درپرونده ثبت شده است؟ 1- بله <input type="checkbox"/> 2- خیر <input type="checkbox"/> وضعیت تغذیه..... واکسیناسیون: 1- کامل <input type="checkbox"/> 2- ناقص <input type="checkbox"/> 3- عدم انجام <input type="checkbox"/> 4- نامعلوم <input type="checkbox"/> وزن هنگام بستریکیلوگرم	
12- آیا وضعیت رشد کودک قبل از بستری (با توجه با کارت رشد) در پرونده ثبت شده است؟ 1- بله <input type="checkbox"/> 2- خیر <input type="checkbox"/> اگرلی، روند رشد کودک طی دو مراقبت اخیر (قبل از بستری) چگونه بوده است؟ 1- نزولی <input type="checkbox"/> 2- صعودی <input type="checkbox"/> 3- بدون تغییر <input type="checkbox"/> 4- نامعلوم <input type="checkbox"/>	
13- آیا طی مدت بستری در بخش، وزن کودک روزانه ثبت شده است؟ 1- بله <input type="checkbox"/> 2- خیر <input type="checkbox"/> اگرلی ، وضعیت وزن گیری: 1- افزایش <input type="checkbox"/> 2- کاهش <input type="checkbox"/> 3- بدون تغییر <input type="checkbox"/> آخرین وزن ثبت شدهکیلوگرم	
14- چگونگی ثبت سیربیماری (بزشک) از نظر حال عمومی،علائم حیاتی و معاینه کودک: 1- کامل <input type="checkbox"/> 2- ناقص <input type="checkbox"/> 3- ثبت نشده است <input type="checkbox"/>	
15- آیا گزارش پرستاری در هر اجرای دستور از نظر اقدامات انجام شده ، ثبت شده است؟ 1- کامل <input type="checkbox"/> 2- ناقص <input type="checkbox"/> 3- ثبت نشده است <input type="checkbox"/>	
16- سیر بیماری کودک در طی بستری دربخش چگونه بوده است؟	
1- وضعیت ناپایداریا متغیر <input type="checkbox"/> 2- وخیم شدن بیماری بصورت تدریجی <input type="checkbox"/> 3- وخیم شدن بیماری بصورت ناگهانی <input type="checkbox"/>	
17- آیا برای کودک ،اقدامات درمانی درخواست شده است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> اگرلی، آیا این اقدامات به طور کامل انجام شده بود؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> آیا برای کودک ،اقدامات تشخیصی خاصی درخواست شده است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> اگرلی، آیا این اقدامات به طور کامل انجام شده بود؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> اگر جواب درانجام هر اقدام خیر است، علت :	
1-عدم دسترسی به درمان و داروی توصیه شده <input type="checkbox"/> 2-عدم امکانات موردنیاز <input type="checkbox"/> 3- مشکلات اقتصادی در راه انجام توصیه ها <input type="checkbox"/> 4-سایر <input type="checkbox"/>	
18- آیا ارجاع کودک به مرکز دیگری درخواست(توصیه) شده است؟1- بله <input type="checkbox"/> 2- خیر <input type="checkbox"/> اگر جواب،خیر بود به سوال20 بروید	
19- آیا ارجاع انجام شده است؟ 1- بله <input type="checkbox"/> 2- خیر <input type="checkbox"/> 3- نامعلوم <input type="checkbox"/> اگرخیر، علت راینویسید.....	
20- آنگه کودک قبل ازفوت یاخروج ازبخش علائم خطر فوری داشته است؟ 1- بله <input type="checkbox"/> 2- خیر <input type="checkbox"/> اگرلی، 20-1 تا 20-6 را تکمیل کنید	
20-1- با کدام علامت؟ قطع تنفس/سیانوزمرکزی/دیسترس تنفسی شدید <input type="checkbox"/> خونریزی <input type="checkbox"/> شوک/انتهای سرد <input type="checkbox"/> تشنج <input type="checkbox"/> کما <input type="checkbox"/>	
20-2- آیا نیاز به خون وفرآورده های خونی بود؟1- بله <input type="checkbox"/> 2- خیر <input type="checkbox"/> اگرلی ، آیا در دسترس بود؟1- بله <input type="checkbox"/> 2- خیر <input type="checkbox"/> اگرخیر، علت.....	
20-3- آیا برای کودک اقدامات احیا انجام شد؟ 1- بله <input type="checkbox"/> 2- خیر <input type="checkbox"/> اگرخیر، علت.....	
20-4- آیا دسترسی به وسایل اولیه احیا(اکسیژن، ساکشن، آمبویک مناسب، داروهای احیا)مطلوب بود؟1- بله <input type="checkbox"/> 2- خیر <input type="checkbox"/> اگرخیر، علت.....	
20-5- آیا نیاز به دستگاه الکتروشوک بود؟1- بله <input type="checkbox"/> 2- خیر <input type="checkbox"/> اگرلی ، آیا در دسترس بود؟1- بله <input type="checkbox"/> 2- خیر <input type="checkbox"/> اگرخیر، علت.....	
20-6- آیا تمامی پرسنل احیاگر کارگاه دو روزه احیاء را طی یک سال گذشته گذرانده اند؟ 1- بله <input type="checkbox"/> 2- خیر <input type="checkbox"/>	
21- وضعیت خروج کودک ازبخش چگونه بود؟1- با دستوریزشک معالج <input type="checkbox"/> 2- با رضایت و خواست والدین <input type="checkbox"/> 3- فوت <input type="checkbox"/> 4- انتقال به بهارستان دگر <input type="checkbox"/>	
22- درصورت فوت دربخش تشخیص نهایی رابراساس گروه بندی ICD10 وزیر گروه های آن بنویسید:	
حوادث وسوانح غیرعمدی <input type="checkbox"/> ناهنجاریهای مادرزادی وکروموزومی <input type="checkbox"/> بیماریهای دستگاه تنفسی <input type="checkbox"/> بیماریهای قلبی عروقی <input type="checkbox"/> بیماریهای عفونی وانگلی <input type="checkbox"/> بیماریهای دستگاه عصبی مرکزی <input type="checkbox"/> بیماریهای دستگاه گوارش <input type="checkbox"/> بیماریهای تغذیه ،غذومتابولیک <input type="checkbox"/> بیماریهای خون ودستگاه خون ساز <input type="checkbox"/> سرطانها <input type="checkbox"/> بیماریهای دستگاه ادراری <input type="checkbox"/> بیماریهای روانی واختلالات رفتاری <input type="checkbox"/> بیماریهای حول تولد <input type="checkbox"/> حالات بد تعریف شده <input type="checkbox"/> سایر علل <input type="checkbox"/>	

شماره تلفن تماس :

نام خانوادگی تکمیل کننده :

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 1 و 2: **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 3 و 4: **زمان اولین دستور پزشکی 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 5: **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 6: 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 7: این سوال **علائم حیاتی کودک در بدو ورود به بخش** بر اساس پرونده نوشته می شود.

سوال 8: **تشخیص اولیه بیماری کودک** بطور دقیق از اطلاعات مندرج در پرونده و نتایج حاصل از پرسشگری استخراج و درج می شود. سوال 9: **برگ شرح حال کامل** شامل شکایت اصلی (CC)، سابقه بیماری (PH)، سابقه فامیلی (FH)، شرح کامل معاینه فیزیکی می باشد.

سوال 10: در این سوال مشخص می شود آیا قبل از فوت کودک، بیماری مزمن یا صعب العلاجی برای او تشخیص داشته شده است یا خیر. در صورتی که جواب این سوال "بله" باشد، نوع بیماری کودک نوشته می شود.

سوال 11: **وضعیت وزن، واکسیناسیون و تغذیه کودک** در صورت ثبت شدن هر 3 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 12: 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 13: در این سوال اگر طی مدت بستری در بخش، **وزن کودک روزانه** 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 14: 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 15: اگر گزارش پرستاری در هر اجرای دستور پزشکی 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 16: 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 1- وضعیت ناپایداری متغیر: وضعیت را گویند که کودک در طی بستری بطور متناوب رو به وخامت و بهبودی گزارش شده است 2- وخیم شدن بیماری بصورت تدریجی: وضعیت را گویند که کودک در طی بستری بطور تدریجی رو به بدتر شدن وضعیت بیماری گزارش شده است 3- وخیم شدن بیماری بصورت ناگهانی: وضعیت را گویند که کودک در طی بستری بطور ناگهانی وضعیت بیماری رو به وخامت و مرگ منتهی شده است

سوال 17: 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 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 18: اگر **ارجاع بیمار به مرکز دیگری درخواست (توصیه) شده است** بر حسب مندرجات پرونده پاسخ دهید (اگر جواب سوال "خیر" است به سوال 20 بروید).

سوال 19: بر حسب مندرجات پرونده پاسخ داده شود که **ارجاع بیمار انجام شده است یا خیر**. اگر جواب خیر است علت آن نوشته شود

سوال 20: 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 1- 20 تا 6- 20 را به هر کدام جداگانه پاسخ داده شود.

سوال 21: **وضعیت خروج کودک از بخش چگونه بوده است؟** بر حسب مندرجات پرونده یکی از گزینه ها را انتخاب و بدیهی است در بیمارستانی که فوت در آن اتفاق افتاده است گزینه 3 انتخاب می شود.

سوال 22: در صورت فوت کودک در بخش، **تشخیص نهایی را بر اساس گروه بندی ICD10 (پیوست 2-1) یکی را انتخاب** و علامت بنزید وزیر گروه آن را بنویسید.

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

پرسشنامه "ه" : چک لیست تخصصی بررسی علل مرگ کودک 1-59 ماه در بیمارستان	
نام و نام خانوادگی متوفی:	کد متوفی:
<p>1- آیا زمان مراجعه به بیمارستان مناسب بود؟ <input type="checkbox"/> 1-بله <input type="checkbox"/> 2-خیر <input type="checkbox"/> 3- نامعلوم <input type="checkbox"/></p> <p>اگر خیر، علت : 1- تاخیر در تصمیم گیری توسط خانواده <input type="checkbox"/> 2- تاخیر در جراحی به ای بیمارستان <input type="checkbox"/> 3- تاخیر در تشخیص و درمان <input type="checkbox"/> 4- سایر <input type="checkbox"/></p>	
<p>2- آیا اجرای اقدامات احیای کودک (CPR) مناسب و کامل بوده است؟ <input type="checkbox"/> 1- بله <input type="checkbox"/> 2- خیر <input type="checkbox"/> 3- مورد ندارد <input type="checkbox"/></p>	
<p>3- آیا اجرای اقدامات احیای کودک (CPR) به موقع بوده است؟ <input type="checkbox"/> 1- بله <input type="checkbox"/> 2- خیر <input type="checkbox"/> 3- مورد ندارد <input type="checkbox"/></p>	
<p>4- آیا دستورات پزشک (با توجه به علائم و تشخیص بیماری متوفی) برای اقدامات تشخیصی مناسب و کامل بوده است؟ <input type="checkbox"/> 1- بله <input type="checkbox"/> 2- خیر <input type="checkbox"/></p>	
<p>5- آیا دستورات پزشک (با توجه به علائم و تشخیص بیماری متوفی) برای اقدامات درمانی مناسب و کامل بوده است؟ <input type="checkbox"/> 1- بله <input type="checkbox"/> 2- خیر <input type="checkbox"/></p>	
<p>6- آیا اجرای اقدامات تشخیصی به موقع بوده است؟ <input type="checkbox"/> 1- بله <input type="checkbox"/> 2- خیر <input type="checkbox"/></p>	
<p>7- آیا اجرای اقدامات درمانی به موقع بوده است؟ <input type="checkbox"/> 1- بله <input type="checkbox"/> 2- خیر <input type="checkbox"/></p>	
<p>8- آیا امکان تشخیصی دیگری برای بیمار وجود داشت؟ <input type="checkbox"/> 1- بله <input type="checkbox"/> 2- خیر <input type="checkbox"/> اگر خیر به سوال 10 برود</p>	
<p>9- آیا این اقدام تشخیصی در بیمارستان محل وقوع فوت امکان پذیر یا در دسترس بود؟ <input type="checkbox"/> 1- بله <input type="checkbox"/> 2- خیر <input type="checkbox"/></p>	
<p>10- آیا امکان درمانی دیگری برای بیمار وجود داشت؟ <input type="checkbox"/> 1- بله <input type="checkbox"/> 2- خیر <input type="checkbox"/> اگر خیر به سوال 12 برود</p>	
<p>11- آیا این اقدام درمانی در بیمارستان محل وقوع فوت امکان پذیر یا در دسترس بود؟ <input type="checkbox"/> 1- بله <input type="checkbox"/> 2- خیر <input type="checkbox"/></p>	
<p>12- آیا درخواست ارجاع بیمار به مرکز درمانی دارای امکانات بیشتر ضرورت داشته است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>اگر بلی: آیا ارجاع صورت گرفته است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>در صورت خیر، علت : 1- عدم درخواست ارجاع <input type="checkbox"/> 2- ندادن پذیرش بیمارستان مقصد <input type="checkbox"/> 3- عدم امکانات لازم جهت انتقال کودک <input type="checkbox"/></p> <p>در صورت بلی: آیا اقدامات درمانی حمایتی قبل از انتقال مناسب و کافی بوده است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>آیا اقدامات درمانی حمایتی حین انتقال مناسب و کافی بوده است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p>	
<p>13- آهل کودک قبل از بستری، نگاه به مراقبت خاصی داشته است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> اگر بلی، آیا مراقبت ها بدرستی انجام گرفته است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p>	
<p>14- آیا تشخیص نهایی با توجه به علائم و یافته های بالینی و آزمایشگاهی صحیح بوده است؟ <input type="checkbox"/> 1- بله <input type="checkbox"/> 2- خیر <input type="checkbox"/></p> <p>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>15- آیا عوارض خاصی در طی بستری گزارش شده است؟ <input type="checkbox"/> 1- بله <input type="checkbox"/> 2- خیر <input type="checkbox"/></p> <p>اگر بلی آیا اقدامات انجام شده برای برخورد با عوارض گزارش شده کامل و کافی بوده است؟ <input type="checkbox"/> 1- بله <input type="checkbox"/> 2- خیر <input type="checkbox"/></p>	
<p>چه توصیه هایی برای پیشگیری از موارد مشابه مرگ دارید؟</p>	
<p>نام خانوادگی تکمیل کننده پرسشنامه : شماره تلفن تماس : شماره نظام پزشکی:</p>	

پرسشنامه (ه) : فرم چک لیست تخصصی بررسی علل مرگ کودک 1 تا 59 ماهه در بیمارستان

این پرسشنامه برای تمام موارد مرگ بیمارستانی و بستری **قبل از تشکیل کمیته** توسط حداقل یک پزشک متخصص (غیر از پزشک معالج) تکمیل می شود.

پس از تکمیل پرسشنامه های (ب، ج، د) کودک متوفی توسط مسوول بررسی مرگ به همراه پرونده کامل پزشکی موجود، 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 پرسشنامه های تکمیل شده نظام مراقبت مرگ و در صورت نیاز با استفاده از مصاحبه با پرسنل پزشکی مسئول درمان و والدین (ویا 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 براساس گروه بندی ICD10 (پیوست 2-1) یکی را انتخاب و علامت بزنیید و زیر گروه آن را بنویسید.

Certain infectious and parasitic diseases		بیماریهای عفونی واکنشی
Intestinal infectious diseases (روده ای ویبا-تیفوئید-سالمونلا-شیگلا-آمیب-عفونت ویرال-سایر عفونت های)		عفونت های روده ای
Tuberculosis (سل ریوی-سل سیستم عصبی-سل سایر ارگانها)		سل
Other bacterial diseases (کزاز-دیفتری-سیاه سرفه-مننگوکوک-سپتی سمی-سایر باکتریال)		سایر بیماریهای باکتریال
Viral infections of the central nervous system (ویروسی-مننژیت و ویروسی پلیومیالیت-هاری-انسفالیت)		عفونت های ویرال سیستم عصبی
Viral hepatitis (هپاتیت A-هپاتیت B- سایر هپاتیت های حاد-هپاتیت مزمن)		هپاتیت ویرال
Other viral diseases (سایتو مگالو ویروس-اورویون-مونوکلوز عفونی-هرپس-سرخک-سایر ویرال)		سایر بیماریهای ویرال
Other infectious diseases (کالازار-مالاریا-سایر بیماریهای عفونی)		سایر بیماریهای عفونی
Neoplasms		سرطانها
Malignant neoplasms except of lymphoid, haematopoietic (سرطان عصبی-سرطان گوارشی-سرطان تنفسی-سرطانهای اداری)		سرطانها غیر خونی و لنفی
Malignant neoplasms, lymphoid, haematopoietic (لوسمی-لنفوم)		سرطانها خونی و لنفی
Other neoplasms		سایر سرطانها
Diseases of the blood and disorders involving the immune mechanism		بیماریهای سیستم خونساز و دستگاه ایمنی
Nutritional anaemias (انمی فقر آهن-انمی مگالوبلاستیک-سایر انمی تغذیه ای)		انمی تغذیه ای
Haemolytic anaemias (تالاسمی-سیکل سل-سایر انمی های همولتیک-فاویسم) اختلال آنزیم		انمی های همولتیک
Aplastic and other anaemias (آپلاستیک-سایر انمی ها اریتروبلاستوپنی-سایر)		انمی آپلاستیک و سایر انمی ها
Coagulation defects, purpura and other haemorrhagic conditions (DIC-هموفیلی-سایر)		اختلالات انعقادی و خونریزی دهنده
Other diseases of blood and blood-forming organs (اگر انولوسیتوز-انوزینوفیلی-سایر)		سایر بیماریهای خونساز
Certain disorders involving the immune mechanism (هیپوگاماگلوبولینمی-SCID-CVID-سایر)		اختلالات دستگاه ایمنی
Endocrine, nutritional and metabolic diseases		بیماریهای غده، تغذیه و متابولیک
Disorders of thyroid gland (هیپوتیروئیدی-تیروئوکسیکوز-تیروئیدیت-سایر)		اختلالات غده تیروئید
Diabetes mellitus (انسولین دیابت وابسته به انسولین-دیابت غیر وابسته به)		دیابت میلیتوس
Disorders of other endocrine glands (هیپوپاراتیروئیدی-هیپیرپاراتیروئیدی-هیپوپیتوتریسم-دیابت اینسپید)		سایر اختلالات غده اندوکرین
Malnutrition (کواشیورکور-مارسموس-مارسموس کواشیورکور-سایر)		سوء تغذیه
Other nutritional deficiencies (کمبود ویتامین د-کمبود کلسیم-کمبود روی-کمبود ویتامین آ)		سایر اختلالات تغذیه ای
Metabolic disorders (ذخیره گلیکوژن-سیستیک فیبروزیس-سایر اختلال اسید آمینه-اختلال سیکل اوره-بیماری)		اختلالات متابولیک
Mental and behavioural disorders		اختلالات روانی و رفتاری
Mental disorders due to psychoactive substance use (مخدر-سایر دارو ها استفاده الکل-مواد)		اختلالات جسمی روانی در نتیجه سوء مصرف مواد
Mental retardation (عقب ماندگی ذهنی)		عقب ماندگی ذهنی
Other mental disorder		سایر اختلالات روانی
Diseases of the nervous system		بیماریهای سیستم عصبی
Inflammatory diseases of the central nervous system (مننژیت-انسفالیت-آبسه مغز-سایر)		بیماریهای التهابی سیستم عصبی مرکزی
Demyelinating diseases of the central nervous system (مولتیپل اسکلروز)		بیماریهای دمیلینه سیستم عصبی مرکزی
Episodic and paroxysmal disorders (صرع-استاتیک اپی لپسی-میگرن-سایر سندرم های سردرد)		اختلالات حمله ای و پاروکسیسمال
Polynuropathies and other disorders of the peripheral nervous system (پلی نوروپاتی)		پلی نوروپاتی
Diseases of myoneural junction and muscle (عضلانی-میوپاتی-سایر میاستنی گراو-دیستروفی)		بیماریهای جانکشنال و عضلانی
Cerebral palsy and other paralytic syndromes (فلج مغزی-همی پلژی-نتراپلژی)		فلج مغزی
Other disorders of the nervous system		سایر بیماریهای سیستم عصبی
Diseases of the circulatory system		بیماریهای سیستم قلبی عروقی
Acute rheumatic fever (تب روماتیسمی با درگیری قلب تب روماتیسمی بدون گرفتاری قلبی-تب)		تب روماتیسمی حاد
Chronic rheumatic heart diseases (میترال-آئورت-تری کوسپید-سایر بیماری روماتیسمی درجه)		بیماریهای مزمن روماتیسم قلبی
Hypertensive diseases (قلبی-هیپر تانسین کلوی فشار خون اولیه-فشار خون ثانویه-هیپر تانسین)		بیماریهای فشار خون
Ischaemic heart diseases (انژین قلبی-انفارکتوس قلبی)		بیماریهای ایسکمیک قلبی
Other forms of heart disease (کار دیت-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)	انفولانزا و پنومونی
Other acute lower respiratory infections (برونشیت-برونکولیت)	سایر عفونت های حاد تنفس تحتانی
Chronic lower respiratory diseases (مزمن روی-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 (ازوفاژیت-ریفلاکس مری-زخم معده و دندونوم)	بیماریهای مری، معده، دندونوم
Diseases of appendix (آپاندیسیت حاد و سایر انواع)	بیماریهای آپاندیس
Hernia (فتق اینگوینال-فمورال-شکمی-دیافراگماتیک-سایر)	هرنی
Diseases of liver (کبدتوکسیک-نارسایی کبد-فیروزوسیروزکبدی-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 گلوومرولار
Renal tubulo-interstitial diseases (توبولار-اروپاتی انسدادی و ریفلاکس نفریت اینترسیتیل)	بیماریهای توبولوانترسیتیل
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 منشاء 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 (آسفسی)	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 منشاء 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-آنومالی دیواره قلبی-دریچه قلبی)	ناهنجاریهای مادرزادی سیستم قلبی عروقی
Congenital malformations of the respiratory system (آنومالی لارنکس-برونش-ریه)	ناهنجاریهای مادرزادی سیستم تنفسی
Cleft lip and cleft palate	لب شکری و شکاف کام
Other congenital malformations of the digestive system (آنومالی دستگاه گوارش و کبد)	ناهنجاریهای مادرزادی سیستم گوارشی
Congenital malformations of the urinary system (آزرنی 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 وسیله نقلیه باعابر-دوچرخه و موتورباوسیله)	حوادث حمل و نقل
Falls (بخی-لغزنده-ولچر-تخت-صندلی-زردبان-پلکان-داربست-پام-درخت-صخره-شجره-زدن-سایر سقوطاز روی سطح)	سقوط
Exposure to inanimate mechanical forces (شده-قرار گرفتن بین دوشی-اشیائ تیز برخورد با اجسام پرتاب)	برخورد با نیروهای مکانیکی بیجان
Exposure to animate mechanical forces (حیوانات-فشار جمعیت یا گله-مگاز گرفتگی لگد، شاخ و ضربه)	برخورد با نیروهای مکانیکی جاندار
Accidental drowning and submersion (بااستخر-منابع آب طبیعی غرق شدگی دروان-حوض)	غرق شدن
Other accidental threats to breathing (آویز-آسپیره 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 بلاها 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 یا افزایش 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 و طبقه بندی آن در نظام مراقبت مرگ کودکان 1 تا 59 ماهه

نسخه دهم طبقه بندی بین المللی بیماریها (ICD10) یک نظام طبقه بندی آماری است که حاوی تعداد محدودی کد های طبقه بندی شده است که در این نظام در ساختار خود دارای یک سلسله مراتبی است، 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، دو یا بیش 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 و احدا علت اولیه و یا underlying cause of death می گویند.

مفهوم علت اصلی یا اولیه محور طبقه بندی مرگ و میراست. لذا بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت علت اولیه عبارت است از: اولین بیماری و یا آسیبی که در سلسله وقایع منجر به مرگ دخیل بوده است. شرایطی از حوادث یا خشونت که باعث آسیب های منجر به مرگ شده اند.

بنابر این علت اولیه (UC) شرایط و یا واقعه ای است که بدون وجود آن برای بیمار مرگ اتفاق نمی افتد. به عنوان مثال بیمار سرطانی را در نظر بگیرید که فوت می کند و آخرین علت مرگ وی (immediate Cause of death) نارسایی قلبی ناشی از متاستاز بوده است، منتهی محل اصلی سرطان وی روده بزرگ (کولون) بوده است. تسلسل وقایع اتفاق افتاده عبارت بوده است از: سرطان بدخیم که نتیجه آن متاستاز بوده و سپس منتج به نارسایی قلبی شده است. بنابراین سرطان کولون وضعیتی است که باید به عنوان علت اولیه (UC) طبقه بندی شود.

فردی که علت مرگ را تعیین می کند ترتیب و تسلسل وقایع منجر به مرگ را در گواهی فوت ثبت می کند شکل زیر نمونه ای از فرم بین المللی گواهی پزشکی علت مرگ می باشد

زمان تقریبی بین شروع تا مرگ	علت مرگ	
	الف: (آخرین علت مرگ یا علت فوری)..... ب: (علت ماقبل آخر یا علت واسطه)..... ج: (علت اولیه یا اصلی).....	1- آخرین بیماری یا وضعیتی که بلافاصله پیش از مرگ وجود داشت*
	2- سایر بیماریهایی که به مرگ کمک کرده اند ولی وجود آنها به تنهایی موجب مرگ نمی باشند.

* 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 25 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 - سکتة قلبی - آنفولانزا در این مورد سکتة قلبی به عنوان علت اولیه انتخاب می شود شوک کاردیوژنیک به علت سکتة قلبی ایجاد شده ولی آنفولانزا نمی تواند علت بیماری سکتة 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 - فشار خون... 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 غیرکشنده:

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 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

لیست مداخلات استخراج شده از اطلاعات نظام مراقبت کودکان

نام بیمارستان.....

نام شهرستان.....

نام دانشگاه.....

نام تکمیل کننده.....

وضعیت اجرا				لیست مداخلات استخراج شده از اطلاعات نظام مراقبت کودکان	ردیف
علت تاخیر یا عدم اجرا یا عدم تصویب	وضعیت انجام مداخله	تاریخ تصویب کمیته (ماه)	تاریخ استخراج (ماه)		
					1
					2
					3
					4
					5
					6
					7
					8
					9
					10
					11
					12
					13

ترکیب و شرح وظایف کمیته بیمارستانی کاهش مرگ و میر کودکان 1 تا 59 ماهه

اعضاء کمیته :

- 1- ریاست بیمارستان
- 2- مدیر بیمارستان
- 3- مسوول فنی بیمارستان
- 4- مدیر دفتر پرستاری (مترون)
- 5- مسوول آموزش پرستاری (سوپروایزر آموزشی)
- 6- مسوول پرستاری بخش کودکان
- 7- ریاست بخش کودکان یایک نفر متخصص کودکان
- 8- کارشناس مسوول بررسی مرگ کودکان 1 تا 59 ماهه بیمارستان

روش انجام کار :

- 1- جلسات کمیته باید بطور مرتب و حداقل هر 1 ماه يك بار تشکیل گردد.
- 2- ریاست کمیته را ریاست بیمارستان عهده دار خواهد بود .
- 3- دبیر کمیته توسط ریاست بیمارستان و از بین اعضاء جلسه (ترجیحاً مدیر دفتر پرستاری) انتخاب خواهد شد .
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 .

شرح وظایف کمیته :

- 1- بحث و بررسی لیست پیشنهادی مداخلات مرگ کودکان 1 تا 59 ماهه، استخراج شده از پرسشنامه های (ب، ج ، د، ه) بررسی موارد فوت .
- 2- مصوب کردن مداخلات بر اساس اطلاعات بدست آمده در بیمارستان .
- 3- تعیین بخش یا سطح مداخله کننده و سقف زمانی برای اجرای مداخله
- 4- ابلاغ اجرای مداخله به سطح تعیین شده.
- 5- تعیین مسؤلین اجرای پایش و ارزیابی بر نحوه اجرای مداخلات تصویب شده در بیمارستان .
- 6- ارائه پیشنهاد به کمیته شهرستانی کاهش مرگ و میر برای اجرای مداخلات تصویب شده در سطح شهرستان
تبصره 1 - مداخلات استخراج شده از نرم افزار و اطلاعات بدست آمده از پرسشنامه ها در گروه کاری بیمارستان که با مسوولیت مترون بیمارستان تشکیل می شود را بررسی کرده و لیست پیشنهادی مداخلات مرگ کودکان را برای دستور جلسه در کمیته آماده می کنند.
تبصره 2 - در صورتیکه در ماه گذشته مرگ کودکی اتفاق نیافتاده است یا لیست مداخلاتی از مرگ های اتفاق افتاده، استخراج نمی شود لیست پیشنهادی مداخلات باید بر اساس اطلاعات پایش و ارزیابی بخش کودکان و اورژانس بیمارستان استخراج شود.

وظایف رئیس کمیته :

- 1- اداره جلسات کمیته .
- 2- تقسیم کار و تعیین وظایف اعضاء کمیته .
- 3- تشکیل کمیته های فرعی کارشناسی .
- 4- تایید صورتجلسه کمیته و ابلاغ آن .
- 5- تعیین دبیر کمیته .

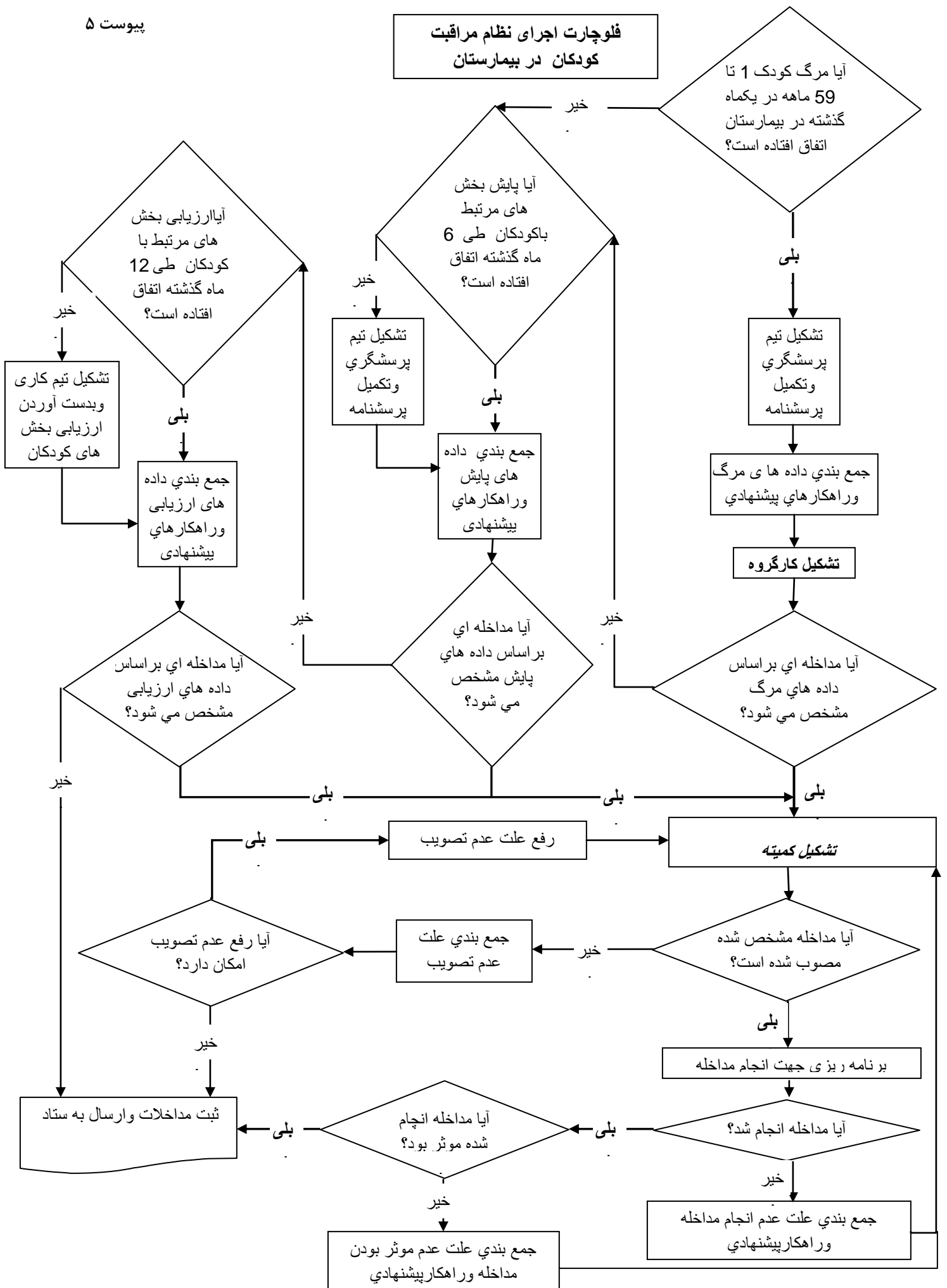
وظایف دبیر کمیته :

- 1- تهیه دستور جلسه با هماهنگی ریاست کمیته .
- 2- ارسال دعوت نامه ها ، پیگیری برای تشکیل جلسات و ارسال صورتجلسات .
- 3- فراهم نمودن تدارکات لازم و مورد نیاز برای تشکیل جلسه کمیته .
- 4- گزارش حضور و غیاب اعضاء به ریاست جلسه .
- 5- پیگیری مصوبات کمیته و وظایفی که برای اعضاء کمیته تعیین شده است .
- 6- ارسال گزارش ماهانه مصوبات کمیته و مداخلات صورت گرفته به مسوول بررسی مرگ شهرستان

وظایف منشی کمیته :

- 1- تهیه دعوت نامه ها .
- 2- تهیه صورتجلسه .
- 3- کمک به دبیر کمیته در اجرای وظایف محوله .

فلوجارت اجرای نظام مراقبت
کودکان در بیمارستان



فرم 3: جدول فعالیت تفصیلی مداخلات تعیین شده برای کاهش عوامل قابل اجتناب مرگ کودکان

نام بیمارستان.....

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
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
14												
15												
16												

مداخلات طراحی شده در کمیته باید حداکثر ظرف 3 ماه اجرا گردد

«چک لیست پایش برنامه نظام مراقبت مرگ کودکان 1 تا 59 ماهه در بیمارستان»

نام بیمارستان:

نام شهرستان:

نام دانشگاه:

تاریخ پایش:	حداکثر امتیاز	
1	2	کامل=2 ناقص=1 عدم=0
2	3	هر3مورد=3 دومورد=2 یک مورد=1 عدم=0
3	3	تمام موارد =3 بقیه =0
3	3	3 مورد کمتر از 24 ساعت=3 کمتر از 3 مورد=2 0 مورد=0
4	3	3 مورد کمتر از 24 ساعت=3 2 مورد > 24 ساعت=2 1مورد> 24 ساعت=1
5	11	هر پرسشنامه =3 عدم صحت =0
6	4	کامل=4 ناقص=2 عدم=0
7	9	مشاهده لیست مداخلات پیشنهادی =9 توانایی استخراج آن از نرم افزار=5
8	5	هر یک ماه=5 هر دو ماه =4 هر سه ماه=3 4تا6 ماه یکبار=2 6تا12 ماه=1
9	2	وجود مصوبه=2 عدم =0
10	8	کامل=8 ناقص=4 عدم=0
11	4	کامل=4 ناقص=2 عدم=0
12	5	کتابی و کامل=5 کتابی و ناقص=3 شفاهی=2 عدم=0
13	5	کتابی=5 شفاهی=3 عدم=0
14	5	کتابی=5 شفاهی=3 عدم=0
15	9	هر سه ماه=9 4تا6 ماه یکبار=5 6تا12 ماه=1 بقیه=0
16	10	هر سه ماه=9 4تا6 ماه یکبار=5 6تا12 ماه=1 بقیه=0
17	9	هر سه ماه=9 4تا6 ماه یکبار=5 6تا12 ماه=1 بقیه=0
جمع کل	100	

" دستورالعمل نحوه تکمیل چک لیست پایش بیمارستان "

1. با توجه به دستورالعمل نظام مراقبت مرگ کودکان ،اعضای کمیته مشخص شده اند .رویت ابلاغ اعضاء کفایت می کند
2. دسترسی به تلفن مستقیم و رایانه و اینترنت الزامی است .در صورت نبود هر کدام از امکانات فوق ،مورد ذکر شود
3. حداقل 5 مورد به صورت تصادفی در عرض سه ماه گذشته از گزارش فوری موارد مرگ کودکان 1 تا 59 ماهه کنترل شود . در صورتیکه تعداد مرگها کمتر از 5 مورد بود ، همه موارد کنترل شده و میانگین تا 24 ساعت مورد تایید می باشد.
4. حداقل 5 پرسشنامه به صورت تصادفی و گزارشات آنها در عرض 3 ماه گذشته کنترل شود. در صورتیکه تعداد مرگها کمتر از 5 مورد بود ، همه موارد کنترل شده و میانگین تا 24 ساعت مورد تایید می باشد.
5. 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 2 مورد باشد کلیه موارد مورد بررسی قرار گیرد.
6. دو پرسشنامه بررسی شده در سوال 5 را در فایل CSO بیمارستان از نظر ورود کامل و صحیح در نرم افزار مورد بررسی قرار گیرد.
7. بر اساس مشاهده لیست مداخلات پیشنهادی و مطابقت آن در ماههای مورد نظر طبق نرم افزار بررسی شود.
8. در صورتی که صورتجلسات وجود دارد و هر ماه یکبار کمیته ها تشکیل شده است گزینه بله انتخاب شود.
9. مداخلات پیشنهادی در هر يك از صورتجلسات بررسی شوند چنانچه مداخلاتی به تصویب رسیده است درصد نوشته شود.
10. چنانچه جدول فعالیت تفصیلی برای هر يك از مداخلات تهیه شده است گزینه بلی انتخاب شود.
11. مکاتبات ارسال انجام فعالیت ها مشاهده شود.
12. مکاتبات پیگیری ها برای مصوبات کمیته بررسی و مشاهده شود
13. جمع بندی علل عدم انجام مداخلات مشاهده و بررسی شود.
14. نتایج مصوبات کمیته قبلی در گزارش صورتجلسه کمیته اخیر وجود دارد.
15. مشاهده گزارش های ارسال شده صورتجلسه به همراه فرم فعالیت های تفصیلی هر ماه يك بار به مسئول بررسی مرگ کودکان 1-59 ماهه شهرستان. در صورتی که تاریخ آن حداکثر 15 روز بعد از تشکیل کمیته باشد مورد قبول است.
16. مشاهده نامه ارسالی نرم افزار به مسئول بررسی مرگ کودکان 1-59 ماهه شهرستان. انتظار است 15 روز بعد از پایان هر فصل ارسال شده باشد.
17. 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 1-59 ماهه شهرستان. انتظار است 15 روز بعد از پایان هر ماه ارسال شده باشد.

چک لیست پایش بیمارستان

بسمه تعالی

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

شهرستان..... نام بیمارستان نام مدیر خدمات پرستاری.....

بخش نام سرپرستار بخش :

نام و نام خانوادگی پایشگر:.....

پایش اول	پایش دوم
تاریخ پایش : صبح <input type="checkbox"/> عصر <input type="checkbox"/> شب <input type="checkbox"/>	تاریخ پایش : صبح <input type="checkbox"/> عصر <input type="checkbox"/> شب <input type="checkbox"/>
تعداد بیماران بخش :	تعداد بیماران بخش :
تعداد تخت کودکان بخش :	تعداد تخت بخش :
تعداد پرستار :	تعداد پرستار :
تعداد بهیار :	تعداد بهیار :
تعداد کمک بهیار :	تعداد کمک بهیار :
کل :	کل :
چیدمان : صبح عصر شب	چیدمان : صبح عصر شب

عناوین مورد پایش	پایش اول		پایش دوم	
	امتیاز کسب شده	امتیاز عنوان	امتیاز کسب شده	امتیاز عنوان
ثبت اطلاعات در پرونده و فلو چارت بیماران		۵		۵
گزارشات پرستاری در پرونده		۱۰		۱۰
نحوه ثبت در کاردکس		۷		۷
ثبت اطلاعات در دفاتر مربوطه		۵		۵
تجهیزات		۱۳		۱۳
امکانات اکسیژن رسانی		۵		۵
دارو در مانوی		۶		۶
سرم درمانی		۶		۶
موازین ایمنی		۶		۶
گزارش تغییر شیفت		۵		۵
موازین کنترل عفونت		۱۱		۱۱
رعایت موازین بهداشت فردی		۳		۳
حمل و نقل		۴		۴
رضایت بیماران		۵		۵
ارزیابی فعالیت های آموزشی		۵		۵
ارزیابی عملکرد سرپرستار در حیطه کنترل		۴		۴
جمع کل		۱۰۰		۱۰۰

ثبت اطلاعات در پرونده و فلو چارت بیماران

ردیف	موارد ارزیابی	امتیاز هر سوال	بیش اول	بیش دوم	ابزار ارزیابی	توضیحات
۱	مشخصات کامل بیمار روی جلد پرونده و کلیه اوراق بطور کامل ثبت شده است. در صورت مجهول‌هویه بودن، جنس و سن تقریبی بیمار قید گردد.	۰.۵			بررسی ۲ پرونده در هر شیفت	
۲	اوراق پرونده بر اساس شماره مصوب مرکز اسناد و مدارک پزشکی تنظیم شده است .	۰.۵			بررسی ۲ پرونده در هر شیفت	
۳	آزمایشات و بر اساس تاریخ انجام در برگه های مربوطه پرونده نصب شده است .	۰.۵			بررسی ۲ پرونده در هر شیفت	
۴	دستورات پزشک با ثبت تعداد موارد به حروف و درج ساعت و تاریخ توسط چک کننده امضاء شده و سپس با یک خط مستقیم به گونه ای بسته شده است که جایی برای اضافه کردن دستورات نمی باشد	۱.۵			بررسی ۲ پرونده در هر شیفت	
۵	علایم حیاتی واطلاعات خواسته شده در برگ چارت و در محل خود بطوردقیق و با رنگ استاندارد چارت شده است .	۰.۵			بررسی ۲ پرونده در هر شیفت	
۶	مشخصات بیمار روی کلیه چارت های زیر پای بیمار ثبت شده است. (فقط برای بخش بستری)	۰.۵			۲ مورد بیمار	
۷	فواصل کنترل علایم حیاتی وضعیت بیمار در چارت زیر پای بیمار با دستورات داده شده در کاردکس مطابقت دارد.	۰.۵			۲ مورد بیمار	
۸	میزان وزن کنترل شده روزانه دربرگ مخصوص یادداشت می شود.	۰.۵			بررسی ۲ پرونده در هر شیفت	
جمع		۵				

ردیف	موارد ارزیابی	امتیاز هر سوال	بیش اول	بیش دوم	ابزار ارزیابی	توضیحات
۱	گزارشات پرستاری بدون خط خوردگی و لاک گرفتگی است. بی در صورت خط خوردگی، کلمه Error با خودکار قرمز نوشته شده باشد.	۱			۲ مورد پرونده	
۲	گزارشات پرستاری بطور خوانا و متوالی نوشته شده و فضای خالی بین آنها نیست.	۰.۵			۲ مورد پرونده	
۳	از واژه های مبهم مثل خوب، نرمال، متوسط و... در گزارش استفاده نشده است.	۰.۵			۲ مورد پرونده	
۴	به ساعت انجام اقدامات خاص (مثل آزمایشات، رادیو گرافی، ویزیت پزشک و...) اشاره شده است.	۰.۵			۲ مورد پرونده	
۵	پایان گزارش با یک خط مستقیم به گونه ای بسته شده است که جایی برای اضافه کردن نمی باشد و همچنین نام، سمت، زمان ثبت گزارش و امضاء شده است.	۱			۲ مورد پرونده	
۶	در گزارش پرستاری بدو ورود به علت مراجعه، نحوه مراجعه و نوع حادثه اشاره شده است.	۱			۲ مورد پرونده	
۷	در مورد وضعیت عمومی بیمار (علائم حیاتی، سطح هوشیاری، علائم عینی و ذهنی توضیحات کافی داده شده است.	۱			۲ مورد پرونده	
۸	در مورد وضعیت تغذیه بیمار با معیار های قابل اندازه گیری توضیحات کامل داده شده است.	۰.۵			۲ مورد پرونده	
۹	در مورد وضعیت دفع بیمار توضیحات کافی داده شده است (در صورت وجود اسهال، تعداد دفعات، رنگ و قوام و...)	۰.۵			۲ مورد پرونده	
۱۰	در مورد وضعیت درمان های تسهالشی مثل (تجویز اکسیژن، سوند فولی، NGT و...) توضیحات لازم ذکر شده است.	۱			۲ مورد پرونده	
۱۱	به فرآیند آموزش و یادگیری بیمار اشاره شده است.	۰.۵			۲ مورد پرونده	
۱۲	دستورات دارویی دقیق ثبت شده است (با ذکر شکل فراورده دارویی، نام دارو، دوز، راه مصرف، زمان اجرای دارو، امضاء پرستار)	۱			۲ مورد پرونده	
۱۳	مداخلات پرستاری (بر اساس مشکل بیمار) در ثبت گزارشات رعایت شده است	۱			۲ مورد پرونده	
جمع		۱۰				

ردیف	موارد ارزیابی (فقط برای بخش بستری)	امتیاز هر سوال	بیش اول	بیش دوم	ابزار ارزیابی	توضیحات
۱	در ابتدای کاردکس، دستور العمل نحوه ثبت در کاردکس وجود دارد.	۰.۵			مشاهده کاردکس	
۲	موارد ثبت شده در کاردکس خواناست.	۰.۵			مشاهده ۲ کارت	
۳	به جای فاصله زمانی دستورات ، ساعت انجام هر دستور پزشکی قید شده است مثلا ۱۲-۱۸-۲۴-۶ به جای Q۶h	۰.۵			مشاهده ۲ کارت	
۴	مشخصات کامل دارو شامل نام دارو ، راه استفاده ، دوز، ساعت و تاریخ شروع دارو کامل ثبت شده است .	۱			مشاهده ۲ کارت	
۵	در محل تشخیص ، تشخیص بیماری یا علت بستری ثبت شده است	۰.۵			مشاهده ۲ کارت	
۶	در ستون دستورات پزشک، کلیه تست های تشخیصی و پارا کلینیکی و اعمال تهاجمی که تنها به دستور پزشک قابل انجام است قید شده است .	۰.۵			مشاهده ۲ کارت	
۷	در ستون مداخلات پرستاری به چهار دسته اقداماتی که پرستار مجاز به انجام آن می باشد اشاره شده است. *	۱			مشاهده ۲ کارت	
۸	از کارت های هشدار دهنده بنا به ضرورت و با توجه به وضعیت بیمار بطور درست استفاده شده است.(در صورت موجود نبودن، آگاهی پرسنل سوال شود)	۱			مشاهده ۲ کارت	
۹	بیماران دارای کارت مشخصات بالای سر شامل اطلاعات خواسته شده (نام بیمار ، شماره تخت ، نام پزشک معالج، تاریخ بستری و تشخیص و یا علت بستری) منطبق با خود بیمار می باشند .	۱			بررسی ۲ مورد	
۱۰	کارت موجود در کاردکس با پرونده بیمار مطابقت دارد.	۰.۵			بررسی ۲ مورد	
جمع		۷				

ثبت اطلاعات در دفاتر مرگ و طه و فرم ها						
ردیف	موارد ارزیابی	امتیاز هر سوال	بایش اول	بایش دوم	ابزار ارزیابی	توضیحات
۱	دفتر پذیرش با مشخصات زیر کامل است : ردیف ، شماره پرونده، نام بیمار ، سن ، نام پدر ، تشخیص ، نام پزشک معالج ، تاریخ و ساعت پذیرش و ترخیص ، علت اعزام، شماره تلفن و آدرس	۱.۵			مشاهده دفاتر مربوطه	
۲	دفتر تحویل وسایل روزانه با مشخصات زیر کامل است : تاریخ ، شیفت، نام وسایل و تجهیزات موجود در بخش ، سالم بودن، تعداد، نام تحویل دهنده، نام تحویل گیرنده، امضاء	۱			مشاهده دفاتر مربوطه	
۳	دفتر ارزشیابی پرسنل دارای مشخصات زیر و کامل است: نام پرسنل ، ثبت نکات مثبت و منفی ، مستند با ذکر تاریخ و ساعت	۰.۵			مشاهده دفاتر مربوطه	
۴	دفتر مواد مخدر دارای مشخصات زیر و کامل است : ردیف ، تاریخ ، شیفت ، نام مواد مخدر ، دوز آن ، تعداد آمپول های پر ، تعداد پوکه های خالی ، نام تحویل دهنده ، نام تحویل گیرنده ، امضاء	۰.۵			مشاهده دفاتر مربوطه	
۵	فرم جابجایی و تعویض برنامه پرسنلی دارای مشخصات زیر و کامل است: با ذکر نام درخواست کننده برنامه ، تاریخ و شیفت مورد نظر ، موافقت مقام مافوق ، امضاء دو نفر جابجاکننده.	۰.۵			مشاهده دفاتر مربوطه	
۶	دفتر یا فرم CPR با مشخصات زیر کامل است : ردیف ، نام بیمار ، سن، تشخیص ، شماره پرونده ، نام پزشک معالج ، تاریخ و ساعت CPR ، شرح CPR، نتیجه CPR، امضاء تیم CPR، مسئول تیم CPR، زمان اعلام کد احیا	۱			مشاهده دفاتر یا فرم مربوطه	
جمع		۵				

ردیف	موارد ارزیابی	امتیاز هر سوال	پایه اول	پایه دوم	ابزار ارزیابی	توضیحات
۱	اتصالات و شیر آلات اکسیژن رسانی سالم و آماده است .	۱.۵			امتحان عملی	
۲	در مواقع اورژانسی سهولت دسترسی و امکان استفاده سریع و آسان از اکسیژن وجود دارد.	۱			بازرسی و کنترل محل قرار گیری	
۳	جهت مرطوب کردن اکسیژن، ۱/۳ حجم فلومتر حاوی <u>آب مقطر</u> است. (فقط در زمان استفاده)	۰.۵			بازرسی و کنترل کیفیت	
۴	از کاتتر ، ماسک و هود اکسیژن بطور صحیح استفاده شده است.(درصورت مشاهده نشدن سوال از پرسنل شود)	۱			ارزیابی و کنترل کیفیت	
۵	فلومتر اکسیژن ، میزان اکسیژن دریافتی بیمار را مطابق با دستور پزشک نشان می دهد.(اگر بیماری اکسین دریافت نمی کند نمره کامل داده شود)	۱			مقایسه میزان دریافتی با دستور داده شده در کاردکس	
جمع		۵				

مکانیک اکسیژن رسانی

ردیف	موارد ارزیابی	امتیاز هر سوال	بیش اول	بیش دوم	ابزار ارزیابی	توضیحات
۱	قفسه دارویی برای حفظ دارو های شبانه روزی بخش وجود دارد.	۱			مشاهده لیست	
۲	دارو های تاریخ گذشته در بخش موجود نمی باشد.	۱			بررسی و مشاهده	
۳	دارو ها با پوشش کامل و با مشخص بودن دوز در باکس مربوطه قرار دارند	۱			مشاهده	
۴	ویالهای باز و یا حل شده دارای برچسب، ساعت و تاریخ است و به زمان انقضای آن توجه شده است.	۱			بررسی و کنترل بر تاریخ	
۵	به هنگام دادن دارو به بیماران از توالی دارو استفاده می شود.	۰.۵			مشاهده نحوه دادن دارو	
۶	پرسنل از داروهای مصرفی ، نحوه آماده کردن ، نگهداری، رقیق کردن و محاسبه دوز دارو آگاهی کامل دارند.	۱.۵			مصاحبه با پرسنل	
جمع		۶				

دارو در

دوره سالی

ردیف	موارد ارزیابی	امتیاز هر سوال	بیش اول	بیش دوم	ابزار ارزیابی	توضیحات
۱	کلیه سرم ها دارای شناسنامه سرم شامل تاریخ و ساعت وصل سرم، نام پرستار، نام بیمار تعداد قطرات ، دوز دقیق دارو های اضافه شده است.	۱.۵			مقایسه سرم با دستور داده شده در کاردکس در ۲ بیمار	
۲	نوع سرم وصل شده با دستور داده شده مطابقت دارد	۱			مقایسه سرم با دستور داده شده در کاردکس در ۲ بیمار	
۳	تعداد قطرات سرم در جریان با دستور داده شده مطابقت دارد.	۰.۵			مقایسه سرم با دستور داده شده در کاردکس در ۲ بیمار	
۴	علائم نشت و قلبیت در محل تزریق مشاهده نمی شود.	۱.۵			مشاهده در ۲ بیمار	
۵	زمان مجاز میکروست (۷۲ ساعت) رعایت شده است.	۰.۵			مشاهده در ۲ بیمار	
۶	نوع و حجم سرم دریافتی و داروهای اضافه شده به صورت روزانه در برگ چارت مربوطه در پرونده بیماران ثبت شده است.	۱			مشاهده در ۲ بیمار	
جمع		۶				

توضیحات ارزیابی

ردیف	موارد ارزیابی	امتیاز هر سوال	بیش اول	بیش دوم	ابزار ارزیابی	توضیحات
۱	در صورت داشتن کپسول اکسیژن کنار تخت بیمار، کمربند ایمنی کپسول وجود دارد	۰.۵			مشاهده	
۲	چرخهای وسایل چرخدار مثل ویلچر و برانکارد قبل از قرار گرفتن آن قفل می شود.	۰.۵			مشاهده	
۳	کپسول اطفای حریق در بخش، سالم و پر (دارای دستورالعمل و تاریخ) و در محل مناسبت و ایمن نصب شده است.	۱			مشاهده	
۴	کلید ها ، پریز های برق وسیم کشی ها ، سالم و ایمن (در دسترس نبودن) می باشد.	۰.۵			مشاهده	
۵	پرسنل آموزش لازم جهت مواجهه با حوادث ایمنی را دیده اند. (در صورت داشتن استاندارد آموزشی)	۰.۵			مشاهده مستندات	
۶	برای جلوگیری از آسیب کودکان بی قرار، از وسایل ثابت کننده نظیر مچ بند، آتل های روکش دار و... استفاده می شود.	۱			مشاهده	
۷	وسایل بازی در اختیار کودکان از نظرایمنی (داران بودن قسمت های کوچک، نداشتن لبه های تیز...) رعایت شده است.	۰.۵			مشاهده	
۸	پنجره اتاق ها دارای حفاظ و توری مناسب و سالم می باشد.	۰.۵			مشاهده	
۹	در بیماران بیهوش ، بیقرار و ضعیف ، نرده کنار تخت بالا کشیده شده است.	۱			مشاهده	
جمع		۶				

گزارش تغییر بیمار

ردیف	مصادر ارزیابی	امتیاز هر سوال	بیش اول	بیش دوم	ابزار ارزیابی	توضیحات
۱	کلیه پرسنل شیفت قبلی و شیفت بعدی در گزارش تغییر شیفت حضور دارند.	۱			مشاهده	
۲	در صورت نیاز برخی گزارشات در ایستگاه پرستاری داده می شود. (نه در بالین بیمار)	۰.۵			مصاحبه	
۳	تمامی اقدامات درمانی و تهاجمی بیمار مانند سرم ،FC,NGT اکسیژن تراپی و... در بالین بیمار توضیح داده می شود.	۰.۵			مشاهده	
۴	به هنگام تحویل بالینی ، کلیه اتصالات و تجهیزات متصل به بیمار از نظر صحت کارکرد و میزان ترشحات چک می شود.	۰.۵			مشاهده	
۵	در مورد مراقبت های پرستاری و درمانی انجام شده دران شیفت(مثل تغییر دوز داروها) و نیز مراقبت های درمانی و پرستاری لازم که باید در شیفت بعدی انجام شود توضیحات لازم داده شود.	۱			مشاهده	
۶	گزارشی از خلاصه پذیرش بیماران جدید شامل تشخیص ، سن ، برنامه درمانی ، وضعیت عمومی ، نام بیمار و پزشک و اقدامات درمانی انجام گرفته و... ارائه می شود.	۰.۵			مشاهده	
۷	گزارشی از تعداد کل بیماران بستری در بخش ، تعداد پذیرفته ، مرخص شده، انتقال یافته و فوت شده داده می شود.	۰.۵			مشاهده	
۸	لیستی از نام پزشک آنکال وجود دارد.	۰.۵			مشاهده	
جمع		۵				

ردیف	موارد ارزیابی	انتخاب هر سوال	بیش اول	بیش دوم	ابزار ارزیابی	توضیحات
۱	نظافت بخش براساس برنامه تنظیمی بخش انجام شده است	۱			مشاهده	
۲	سطل های آشغال (به تفکیک عفونی و غیر عفونی) دارای درب و کیسه زباله است	۱			مشاهده	
۳	وسایل استریل موجود در بخش دارای برچسب مشخصات و تاریخ (طبق دستورالعمل) است	۰.۵			مشاهده	
۴	تخت (انکوباتور در صورت وجود) پس از ترخیص بیمار بطور کامل تمیز می شود. (تشک ، سینی زیر بیمار ، شیشه های اطراف و...)	۱			مشاهده	
۵	محفظه آب مقطر (نیولایزر، اکسیژن) باید روزانه یکبار باز شده و بطور کامل تمیز شود در صورت عدم استفاده خشک باشد.	۰.۵			مشاهده	
۶	نظافت دستگاه بخور (سرد و گرم) مطلوب است.	۰.۵			مشاهده	
۷	رعایت بهداشت دست، مطابق دستورالعمل انجام می شود.	۱.۵			مشاهده و مصاحبه	
۸	وسایل نوک تیز و برنده در ظروف مقاوم جمع آوری می شود و بعد از پر شدن به میزان ۸۰ درصد، تعویض می شود.	۱.۵			مشاهده و مصاحبه	
۹	زباله های بخش مطابق دستورالعمل تفکیک و جمع آوری می شود (زمان تعویض)	۱			مشاهده و مصاحبه	
۱۰	رعایت اصول انواع ایزوله براساس نوع بیمار بستری در بخش، انجام می شود	۱			مشاهده و مصاحبه	
۱۱	در صورت عدم استفاده از ساکشن، خشک نگهداری می شود.	۱			مشاهده	
۱۲	کلیه اتصالات مربوط به درناژ (Urine bag, N.G.Tube, ...) در سطحی پایین تر از محل درناژ قرار دارند و با زمین تماس ندارند.	۰.۵			مشاهده	
جمع		۱۱				

موازن کنترل عفونت

ردیف	موارد ارزیابی	امتیاز هر سوال	بیش اول	بیش دوم	ابزار ارزیابی	توضیحات	
۱	بیمار در ظاهر پاکیزه بنظر می رسد. (چشم ها ، دهان ، صورت ، دست ها و...) و واز آراستگی کافی برخوردار است	۱.۵			مشاهده		
۲	لباس،ملحفه و پتو و بالش تمیز در دسترس است.	۰.۵			مشاهده		
۳	کودکی که از پوشک (کهنه) استفاده می نماید ، ناحیه ژنیتال از نظافت لازم برخوردار است.	۱			مشاهده		
جمع		۳					

رعایت موازین بهداشت فردی بیماران

ردیف	موارد ارزیابی	امتیاز هر سوال	پایه اول	پایه دوم	ابزار ارزیابی	توضیحات
۱	وسایل حمل و نقل مناسب، کات های مناسب (کودکان) ، صندلی چرخدار و یا برانکاردر مناسب در بخش موجود می باشد.	۰.۵			مشاهده	
۲	در حین حمل بیمار از البسه و پوشش مناسب (جهت حفاظت از سرما و...) استفاده می گردد.	۱			مشاهده و مصاحبه با همراه	
۳	در حین حمل بیمار از کمر بند ها و یا سایر وسایل امنیتی استفاده می گردد.	۱			مشاهده و مصاحبه با همراه	
۴	آیا حمل بیمار توسط پرسنل بیمارستان (فرد آموزش دیده با لباس مشخص) انجام می گیرد.	۱.۵			مشاهده	
جمع		۴				

حمل و نقل کودکان

ردیف	موارد ارزیابی	امتیاز هر سوال	بیش اول	بیش دوم	ابزار ارزیابی	توضیحات
۱	همراه بیمار از پیگیری مشکلات درمانی بیمار خود رضایت دارد	۱.۵			مصاحبه با همراه	
۲	همراه بیمار از پاسخ به موقع پرستار به درخواست بیمار خود رضایت دارد.	۰.۵			مصاحبه با همراه	
۳	همراه بیمار از تامین تسهیلات لازم (برای خود و بیمار) رضایت دارد.	۰.۵			مصاحبه با همراه	
۴	حفظ حریم بیمار در زمان انجام ارائه خدمات رعایت شده است.	۱.۵			مصاحبه با همراه	
۵	به رفع نیاز های روانی کودکان با توجه به مراحل رشد و تکامل توجه می شود. (دادن اجازه ملاقات به نزدیکان مورد علاقه ، اسباب بازی های مناسب ، دیدن تلویزیون و...)	۱			مصاحبه با همراه	
جمع		۵				

رضایت بیماران

ارزایی فعالیت های آموزشی

۱	برنامه آموزشی متناسب با نیاز برای پرسنل به صورت مدون و مکتوب دربخش وجود دارد	۱.۵	مشاهده	
۲	دستوالعمل راهنمای استفاده از تجهیزات پزشکی مثل الکتروشوک و...دربخش در دسترس پرسنل است	۱	مشاهده	
۳	دستوالعمل راهنمای انجام پروسچورهای عمومی و اختصاصی دربخش در دسترس پرسنل است	۱	مشاهده	
۴	بورد آموزشی متناسب با نیاز پرسنل دربخش وجود دارد.	۰.۵	مشاهده	
۵	آموزش همراه بیمار به صورت مدون و برنامه ریزی شده درحین پذیرش، حین بستری و هنگام ترخیص انجام می گیرد.	۱	مشاهده با همراه	
جمع		۵		

ارزبانی عملکرد سرپرستار در حیطه کنترل و نظارت

	مشاهده			۱.۵	تقسیم کار در شیفت های مختلف به صورت کتبی وجود دارد	۱
	مشاهده صورت جلسه			۰.۵	جهت اصلاح روشها و ارتقای برنامه ها؛ جلساتی بین پرسنل و سرپرستار برگزار می شود. (داشتن صورت جلسه)	۲
	مشاهده			۰.۵	وجود شرح وظیفه به تفکیک رده پرسنل درزونکن بخش موجود می باشد.	۵
	مشاهده			۱.۵	توزیع نیروی انسانی در سه شیفت با توجه به حجم کار و تعداد نیروی موجود مناسب است.	۶
				۴	جمع	

راهنمای تکمیل چکلیست پایش بیمارستان

1. فرم پایش برای بخش کودکان و اورژانس تکمیل می شود
2. این فرم هر ۶ ماه یک بار برای بخش های مورد نظر تکمیل می شود
3. فرم پایش جهت بیمارستانهای تک تخصصی کودکان، بیمارستان جنرال با بخش کودکان، بیمارستان های جنرال شهرستان هایی که تخت بستری کودکان و متخصص کودکان دارد و بیمارستان های تک تخصصی که بخش اطفال دارند تکمیل می گردد.
4. این فرم برای تمام بیمارستان های ذکر شده در بند ۳ بدون در نظر گرفتن داشتن مرگ یا نداشتن مرگ و میر کودکان تکمیل می گردد
5. مسئولیت نظارت بر تکمیل فرم پایش بر عهده مدیر خدمات پرستاری می باشد.
6. مسئولیت تکمیل فرم پایش بر عهده سوپروایزر بالینی با همکاری مسئول مرگ و میر کودکان ۵۹-۱ ماهه بیمارستان است.
7. چک لیست پایش تکمیل شده در اولین کمیته بیمارستانی بررسی مرگ و میر کودکان طرح و مداخلات لازم استخراج و اقدامات اصلاحی انجام می گیرد .
8. صورت جلسه چک لیست پایش به معاونت درمان ارسال می گردد.
9. در سوالاتی که چند آیتم را با همدیگر چک می کنند قانون همه یا هیچ مدنظر قرار می گیرد.
10. ارزیابی فرم پایش توسط مسئول داخل بیمارستانی مرگ و میر کودکان دانشگاه انجام می گیرد .
11. ارزیابی از ابتدای سال ۱۳۸۹ شروع می شود .
12. ارزیابی به صورت سالانه یک بار و برای هر بیمارستان در نظر گرفته می شود.
13. مسئولین بررسی مرگ و میر کودکان ۵۹-۱ ماهه شهرستان ها در برنامه ارزیابی همکاری می نمایند.

