

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

نام و نام خانوادگی متوفی: .....	کد متوفی: .....
<p>۱- آیا زمان مراجعه به بیمارستان مناسب بود؟ <input type="checkbox"/> بله-۱ <input type="checkbox"/> خیر-۲ <input type="checkbox"/> نامعلوم-۳</p> <p><b>اگر خیر، علت:</b> ۱- تاخیر در تصمیم گیری توسط خانواده <input type="checkbox"/> ۲- تاخیر در ارجاع به این بیمارستان <input type="checkbox"/> ۳- تاخیر در تشخیص و درمان <input type="checkbox"/> ۴- سایر <input type="checkbox"/></p>	
<p>۲- آیا اجرای اقدامات احیای کودک (CPR) مناسب و کامل بوده است؟ <input type="checkbox"/> بله-۱ <input type="checkbox"/> خیر-۲ <input type="checkbox"/> مورد ندارد-۳</p>	
<p>۳- آیا اجرای اقدامات احیای کودک (CPR) به موقع بوده است؟ <input type="checkbox"/> بله-۱ <input type="checkbox"/> خیر-۲ <input type="checkbox"/> مورد ندارد-۳</p>	
<p>۴- آیا دستورات پزشک (با توجه به علائم و تشخیص بیماری متوفی) برای اقدامات تشخیصی مناسب و کامل بوده است؟ <input type="checkbox"/> بله-۱ <input type="checkbox"/> خیر-۲ <input type="checkbox"/></p>	
<p>۵- آیا دستورات پزشک (با توجه به علائم و تشخیص بیماری متوفی) برای اقدامات درمانی مناسب و کامل بوده است؟ <input type="checkbox"/> بله-۱ <input type="checkbox"/> خیر-۲ <input type="checkbox"/></p>	
<p>۶- آیا اجرای اقدامات تشخیصی به موقع بوده است؟ <input type="checkbox"/> بله-۱ <input type="checkbox"/> خیر-۲ <input type="checkbox"/></p>	
<p>۷- آیا اجرای اقدامات درمانی به موقع بوده است؟ <input type="checkbox"/> بله-۱ <input type="checkbox"/> خیر-۲ <input type="checkbox"/></p>	
<p>۸- آیا امکان تشخیصی دیگری برای بیمار وجود داشت؟ <input type="checkbox"/> بله-۱ <input type="checkbox"/> خیر-۲ <input type="checkbox"/> <b>اگر خیر به سوال ۱۰ برود</b></p>	
<p>۹- آیا این اقدام تشخیصی در بیمارستان محل وقوع فوت امکان پذیر یا در دسترس بود؟ <input type="checkbox"/> بله-۱ <input type="checkbox"/> خیر-۲ <input type="checkbox"/></p>	
<p>۱۰- آیا امکان اقدام درمانی دیگری برای بیمار وجود داشت؟ <input type="checkbox"/> بله-۱ <input type="checkbox"/> خیر-۲ <input type="checkbox"/> <b>اگر خیر به سوال ۱۲ برود</b></p>	
<p>۱۱- آیا این اقدام درمانی در بیمارستان محل وقوع فوت امکان پذیر یا در دسترس بود؟ <input type="checkbox"/> بله-۱ <input type="checkbox"/> خیر-۲ <input type="checkbox"/></p>	
<p>۱۲- آیا درخواست ارجاع بیمار به مرکز درمانی دارای امکانات بیشتر ضرورت داشته است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p><b>در صورت خیر، علت:</b> ۱- عدم درخواست ارجاع <input type="checkbox"/> ۲- ندادن پذیرش بیمارستان مقصد <input type="checkbox"/> ۳- عدم امکانات لازم جهت انتقال کودک <input type="checkbox"/></p> <p><b>در صورت بلی:</b> 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>۱۳- آیا کودک قبل از بستری، نیاز 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>۱۴- آیا تشخیص نهایی با توجه به علائم و یافته های بالینی و آزمایشگاهی صحیح بوده است؟ <input type="checkbox"/> بله-۱ <input type="checkbox"/> خیر-۲ <input type="checkbox"/></p> <p>تشخیص نهایی را بر اساس گروه بندی ICD10 و زیر گروه های آن بنویسید:</p> <p><b>گروه اصلی (ICD10):</b> 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"/>.</p> <p>بیماریهای عفونی و انگلی <input type="checkbox"/>. بیماریهای دستگاه عصبی مرکزی <input type="checkbox"/>. بیماریهای دستگاه گوارش <input type="checkbox"/>. بیماریهای تغذیه، غده متابولیک <input type="checkbox"/></p> <p>سرطانها <input type="checkbox"/>. بیماریهای دستگاه ادراری <input type="checkbox"/>. بیماریهای روانی و اختلالات رفتاری <input type="checkbox"/>. بیماریهای خون و دستگاه خون ساز <input type="checkbox"/></p> <p>بیماریهای حول تولد <input type="checkbox"/>. حالات بد تعریف شده <input type="checkbox"/>. سایر علل <input type="checkbox"/></p> <p><b>زیر گروه:</b> ..... <b>زیر گروه زیر گروه:</b> .....</p>	
<p>۱۵- آیا عوارض خاصی (دارویی، پزشکی، تشخیصی و...) در طی بستری گزارش شده است؟ <input type="checkbox"/> بله-۱ <input type="checkbox"/> خیر-۲ <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"/> بله-۱ <input type="checkbox"/> خیر-۲ <input type="checkbox"/></p>	
<p>چه توصیه هایی برای پیشگیری از موارد مشابه مرگ دارید؟</p>	
نام خانوادگی تکمیل کننده پرسشنامه :	شماره تلفن تماس :
شماره نظام پزشکی:	