

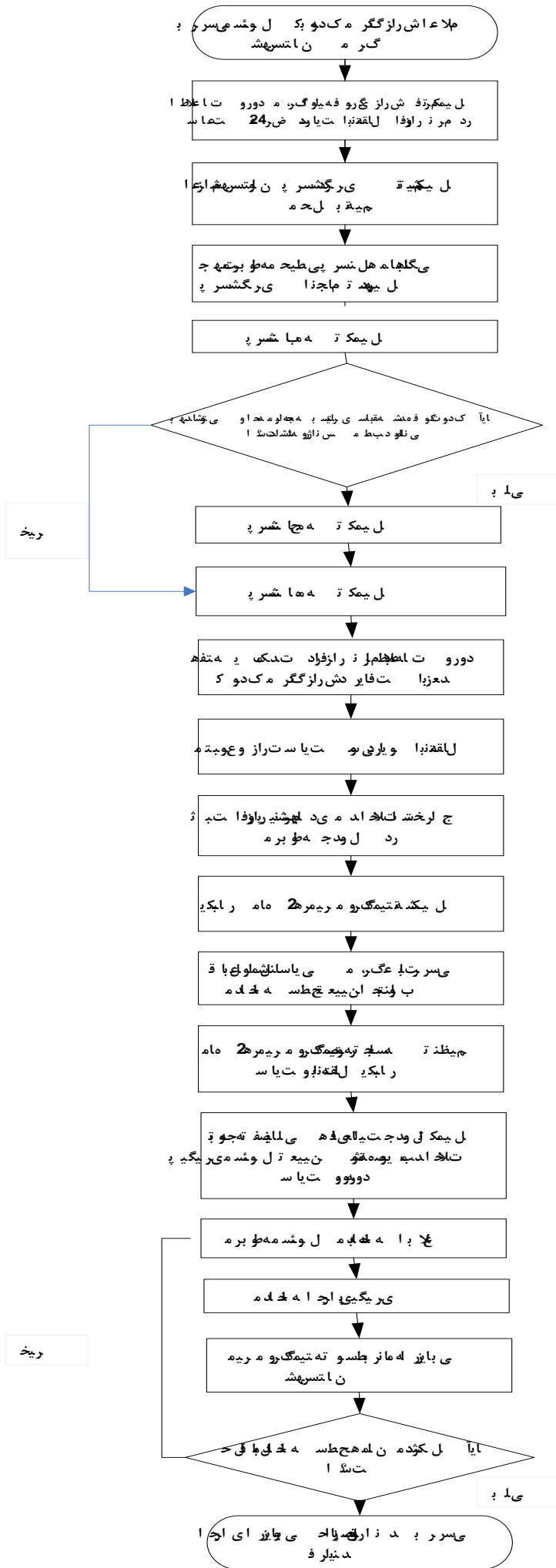
**خلاصه راهنما و دستورالعمل
نظام مراقبت مرگ کودکان ۱-۵۹ ماهه در
دانشگاه های علوم پزشکی کشور**

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
دفتر سلامت خانواده و جمعیت
اداره سلامت کودکان
سال ۱۳۹۱

فهرست عناوین

ردیف	عنوان	شماره صفحه
	گردش کار مراقبت از مرگ کودکان در خارج بیمارستان	۲
	گردش کار مراقبت از مرگ کودکان در داخل بیمارستان	۳
۱	فرم گزارش ماهیانه آمار مرگ و میر کودکان ۱-۵۹ ماهه	۴
۲	پرسشنامه های بررسی مرگ و میر کودکان ۱-۵۹ ماهه و دستورالعمل نحوه تکمیل آنها	۶-۱۵
۳	گروه بندی بیماریها بر اساس ICD10	۱۷-۲۹
۶	چک لیست پایش برنامه نظام مراقبت مرگ کودکان ۱-۵۹ ماهه داخل و خارج بیمارستانی	۳۱-۳۷
۷	فرم های مداخلات استخراج شده از اطلاعات نظام مرگ کودکان	۳۹-۴۱
۸	ترکیب و شرح وظایف کمیته های بررسی مرگ کودکان ۱-۵۹ ماهه	۴۳-۴۸

شدرراک م لاندی سور بت بقدرکرم
ن اکو ک ج راخ ن اسر لمی ب

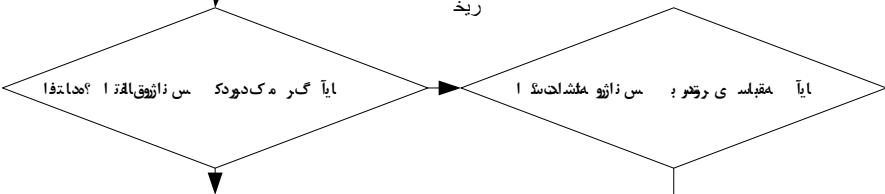


**شدرلگم لاندی سور بدت بقدرگرم
ناکوک لخد انسرلمی بد**

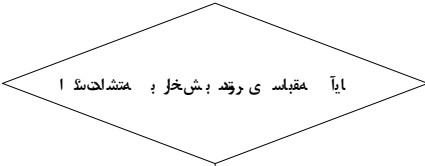
ملاءاش رلزنگر مکدو کلسو تل نسر بد ناسرلمی بد
ه بد ل وشمی سرگرم ناکوک ناسرلمی بد

ل بیمکزده ش رلزنگر گو، م دورو تا اعطای
مرن راوفا لاقنیا تا باید 24 ساعت

ل بیمکزده مباشره



ل بیمکزده ججا شسر بد



ل بیمکزده مباشره

ل بیمکزده مباشره

دورو تا اعطای ل راوفا لاقنیا تا باید
تراز و عویتم

ج لرختن تا ادا م د ل هوشنیرا و فا تا بد
رد ل ودج ه طو برم

ل بیمکزده تیمگرم م ریمره هام رایکد

یسرت بل عگرم ی یاسلن شمولوع با قد
ب ل ونچ ان بیع خ طس ه خ لدم ه تیمگرم

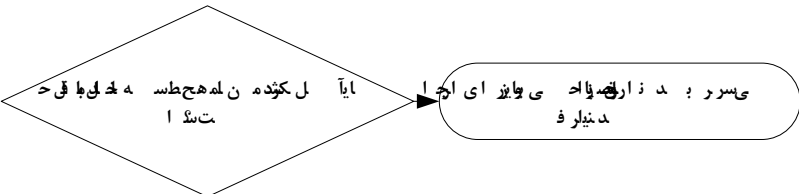
م بیظن ته مسج ته تیمگرم م ریمره هام
رایکد لاقنیا تا باید

ل بیمکزده ل ودج تیالی ه ی لایفه ته جو ته
تا ادا لبه یوم ه شو ن بیع تل وشمی
یریکد یوووو تا باید

یاد با ه ل ه ل وشمی م طو برم

ی ادا ه لدم

ی بایز له مانر طسو ته تیمگرم م ریم
ناسرلمی بد



گزارش ماهیانه آمار مرگ و میر کودکان ۱-۵۹ ماهه

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده :

تاریخ تکمیل :

ماه :

شهرستان :

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

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

پرسشنامه "ب": مخصوص بررسی مشخصات کلی خانواده و سوابق بیماری متوفی ۱-۵۹ ماهه

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

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

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

ابتدا نام پرسشگر و تاریخ پرسشگری نوشته سپس کد متوفی (کد متوفی که رایانه مشخص می کند گذاشته شود) و شماره پرونده (در بیمارستان) یا شماره خانوار (در مراکز) وارد شود و در ردیف بعدی نام دانشگاه یا دانشکده، نام شهرستان، نام بیمارستان محل فوت (در صورتی که کودک در بیمارستان فوت کرده باشد) و کد ملی متوفی (اگر متوفی کد ملی نداشته کد ملی سرپرست خانوار ثبت کنید و در صورت عدم دسترسی به کد ملی سرپرست خانوار، کد متوفی که در رایانه مشخص شده و تارسیدن تعداد ارقام به ۱۰ رقم عدد ۹ در سمت چپ آن وارد کنید بطور مثال: اگر کد متوفی ۱۲۱۰۹۱۱ باشد کد ملی ۹۹۹۱۲۱۰۹۱۱ ثبت شود.

سوال ۱- نام و نام خانوادگی متوفی ثبت شود. سوال ۲- سن متوفی هنگام فوت بر حسب ماه ثبت شود

سوال ۳- تاریخ تولد متوفی روز، ماه و سال ثبت شود. سوال ۴: زمان وقوع مرگ: بر حسب ساعت، روز، ماه و سال نوشته شود.

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

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

سوال ۷- وضعیت حضور متوفی در خانواده، ترکیب خانواده یا محلی است که کودک بطور دائم در آنجا زندگی میکند. و مراکز نگهداری عبارت هستند از تمامی مراکز دولتی و خصوصی که کودک را به هر دلیلی، بطور دائم نگهداری و امکانات زندگی کودک را فراهم می کنند. بدیهی است که اگر موارد بستری طوری باشد که نتوان به آن زندگی و نگهداری دائم اطلاق نمود از این امر مستثنی هستند. همچنین مراکز نیمه وقت مثل مهد کودک و... جزو این موارد نیستند.

سوال ۸- میزان تحصیلات مادری مراقب کودک متوفی منظور تعیین میزان تحصیلات فردی است.

سوال ۹- بر اساس تقسیم بندی نظام ثبت مرگ، علت فوت را به حادثه و غیر حادثه ای تقسیم و پاسخ دهید که آیا مرگ کودک در اثر حادثه بوده است یا خیر. در ادامه بر اساس پاسخ سوال ۹، اگر مرگ در اثر حادثه نبود به سوال ۱۴ بروید.

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

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

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

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

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

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

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

سوال ۱۷: مربوط به نحوه انتقال کودک به مرکز درمانی است. اگر انتقال کودک توسط آمبولانس انجام گرفته است در مورد وضعیت تزریق سرم و یا یک رگ باز برای کودک 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 بعد از فوت 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: (۱-۲ تا ۳-۲) در این سوال وضعیت خانواده در قبال دستورات تشخیصی و درمانی که در مرکز درمانی به آنها توصیه شده است مشخص می شود. جواب والدین برای هر یک از حالات مختلف سوال، جداگانه علامت زده شود.

سوال ۲۲: پرسش در مورد درخواست انتقال به مراکز دیگر است. که اگر گزینه بلی باشد سوال دیگر در مورد انجام شدن انتقال می باشد که در صورت انجام نشدن انتقال، علت آن ذکر شود سوال ۲۳: در این سوال مشخص می شود آیا قبل از فوت کودک، بیماری مزمن یا صعب العلاجی برای او تشخیص داشته شده است یا خیر. در صورتی که جواب این سوال "بله" باشد، نوع بیماری کودک نوشته می شود

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

سوال ۲۵: در این سوال محل فوت پرسیده می شود در صورتیکه فوت در محلی غیر از موارد ذکر شده باشد در قسمت سایر علامت زده شده و محل فوت ثبت می شود.

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

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

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

کد متوفی:

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

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

۳- زمان اولین دستور پزشک: (ساعت و دقیقه) ۱۳/...../.....

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

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

۵- علت بستری در بخش:

علت جراحی: ۱- عمل جراحی اورژانس ۲- عمل جراحی الکتیو ۳- تحت نظر
 علت داخلی: عدم توانایی نوشیدن (شیر یا مایعات) تشنج در این بیماری استفراغ هر چیزی خواب آلودگی یا کاهش هوشیاری کما
 خونریزی درد شکم سرفه یا تنفس مشکل اسهال بیقراری تب اختلال رشد سایر

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

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

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

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

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

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

۱۱- ۱- آیا وضعیت وزن کودک در بدو ورود به بخش در پرونده ثبت شده است؟ بله خیر اگر بله، وزن هنگام بستری کیلوگرم
 ۲- آیا وضعیت واکسیناسیون کودک در پرونده ثبت شده است؟ بله خیر اگر بله، واکسیناسیون: کامل ناقص عدم انجام نامعلوم
 ۳- آیا وضعیت تغذیه کودک در پرونده ثبت شده است؟ بله خیر اگر بله، وضعیت تغذیه (شیر مادر، شیر مصنوعی، غذای خانواده...)

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

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

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

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

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

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

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

اگر جواب در انجام هر اقدام خیر است، علت:

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

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

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

۲۰- آیا کودک قبل از فوت یا خروج از بخش علائم خطر فوری داشته است؟ ۱- بله ۲- خیر اگر خیر، به سوال ۲۱ مراجعه نمایید

۲۰-۱- با کدام علامت؟ قطع تنفس/اسپانوز مرکزی/دیسترس تنفسی شدید خونریزی شوک/انتهای سرد تشنج کما

۲۰-۲- 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:

۲۰-۳- آیا برای کودک اقدامات احیا به موقع انجام شد؟ ۱- بله ۲- خیر اگر خیر، علت:

۲۰-۴- آیا دسترسی به وسایل اولیه احیا (اکسیژن، ساکشن، آمبویک مناسب، داروهای احیا) مطلوب بود؟ ۱- بله ۲- خیر اگر خیر، علت:

۲۰-۵- آیا نیاز به دستگاه الکتروشوک بود؟ ۱- بله ۲- خیر اگر بله، آیا در دسترس بود؟ ۱- بله ۲- خیر اگر خیر، علت:

۲۰-۶- آیا تمامی پرسنل احیاگر کارگاه استاندارد احیای را طی یک سال گذشته گذرانده اند؟ ۱- بله ۲- خیر

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

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

گروه اصلی (ICD10): 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

سرطانها بیماریهای دستگاه ادراری بیماریهای روانی و اختلالات رفتاری بیماریهای خون و دستگاه خون ساز

بیماریهای حول تولد حالات بد تعریف شده سایر علل

زیر گروه: **زیر گروه زیر گروه:**

نام خانوادگی تکمیل کننده: شماره تلفن تماس:

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

این پرسشنامه به منظور ثبت اطلاعات مربوط به بستری کودک در بیمارستان تهیه شده و برای تکمیل آن از مستندات و مدارک و در صورت لزوم (برای بازخوانی و یافتن پاسخها در مستندات) از اظهارات شفاهی پرسنل بیمارستان استفاده می شود. مرجع این پرسشگری استخراج اطلاعات دفتر و پرونده های ثبت، گزارشات و نسخ موجود و در دسترس است (بطور خلاصه مستندات پزشکی مکتوب).

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

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

سوال ۱ و ۲: **زمان ورود کودک به بخش و همچنین زمان خروج یا فوت کودک** بر اساس مستندات موجود در پرونده کودک متوفی بطور دقیق و بر حسب ساعت، دقیقه و به تفکیک روز، ماه و سال ثبت می شود.

سوال ۳ و ۴: **زمان اولین دستور پزشک و همچنین زمان اولین اجرای دستور** بر اساس مستندات موجود در پرونده کودک متوفی بطور دقیق و بر حسب ساعت، دقیقه و به تفکیک روز، ماه و سال ثبت می شود.

سوال ۵: **علت بستری** بر حسب مندرجات پرونده به صورت **علل جراحی یا داخلی و عواملی** که سبب بستری کودک شده است علامت زده می شود در صورتی که گزینه سایر انتخاب شود علت آن نوشته می شود.

سوال ۶: در این سوال **وضعیت عمومی متوفی در بدو ورود به بخش** را بر اساس مستندات موجود در گزارش پرستاری بررسی و یکی از گزینه های را انتخاب و علامت زده شود. اگر کودک یکی از علائم خطر فوری (قطع تنفس یا دیسترس شدید تنفسی، خونریزی شدید، تشنج، کما) را داشته باشد وضعیت عمومی خیلی بد علامت زده می شود در صورتی که یکی از نشانه های خطر (عدم توانایی خوردن و نوشیدن، خواب آلودگی یا کاهش هوشیاری، استفراغ یا خوردن هر چیزی، تشنج در زمان این بیماری) را داشته باشد وضعیت عمومی نامناسب علامت زده می شود و نوع آن را نیز مشخص کنید.

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

سوال ۸: **تشخیص اولیه بیماری کودک** بطور دقیق از اطلاعات مندرج در پرونده و نتایج حاصل از پرسشگری استخراج و درج می شود. سوال

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

سوال ۱۰: در این سوال مشخص می شود **آیا قبل از فوت کودک، بیماری مزمن یا صعب العلاجی برای او تشخیص داده شده است یا خیر**. در صورتی که جواب این سوال "بله" باشد، **نوع بیماری کودک** نوشته می شود

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

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

سوال ۱۳: در این سوال اگر طی مدت بستری در بخش، **وزن کودک طبق روتین بخش** ثبت شده است علامت بلی زده شود و با توجه به **روند وضعیت وزن گیری متوفی طی مدت بستری در بخش**، یکی از گزینه ها انتخاب و علامت زده می شود.

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

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

سوال ۱۵: اگر **گزارش پرستاری در هر اجرای دستور پزشک** در همان ساعت که اقدام انجام گرفته است ثبت شده است گزینه کامل را علامت زده می شود اگر در هر شیفت کاری گزارش اقدامات انجام شده ثبت شده است گزینه ناقص، و در صورت ثبت نشدن، گزینه ثبت نشده است، علامت زده می شود.

سوال ۱۶: در این سوال **سیر بیماری کودک متوفی در طی بستری در بخش** از روی پرونده متوفی بررسی می شود و یکی از گزینه ها علامت زده می شود ۱- وضعیت ناپایدار یا متغیر: وضعیتی را گویند که کودک در طی بستری بطور متناوب رو به وخامت و بهبودی گزارش شده است ۲-

وخیم شدن بیماری بصورت تدریجی: وضعیتی راگویندکه کودک درطی بستری بطورتدریجی رو به بدتر شدن وضعیت بیماری گزارش شده است ۳- وخیم شدن بیماری بصورت ناگهانی: وضعیتی راگویندکه کودک درطی بستری بطورناگهانی وضعیت بیماری رو به وخامت ومرگ منتهی شده است

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

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

سوال ۱۹: بر حسب مندرجات پرونده پاسخ داده شود که ارجاع بیمار انجام شده است یا خیر. اگر جواب خیر است علت آن نوشته شود
سوال ۲۰: در این سوال بر اساس اطلاعات مندرج در پرونده مشخص کنید که کودک قبل از فوت یا خروج از بخش علائم خطر فوری داشته است در صورت پاسخ بلی سوالات ۱- ۲۰ تا ۶۰- را به هر کدام جداگانه پاسخ داده شود.

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

سوال ۲۲: در صورت فوت کودک در بخش، تشخیص نهایی را بر اساس گروه بندی ICD10 (طبق پیوست ۱) یکی را انتخاب و علامت بزنید
وزیر گروه وزیر گروه زیر 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 ۱-۵۹ ماه در بیمارستان

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

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

نام و نام خانوادگی متوفی:	کد متوفی:
<p>۱- آیا زمان مراجعه به مرکز درمانی مناسب بود؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> ۳- نامعلوم <input type="checkbox"/></p> <p>۴- به هیچ مرکزی مراجعه نکرده <input type="checkbox"/> اگر جواب سوال، گزینه ۴ است به سوال ۱۳ بروید</p> <p>اگر خیر، علت: ۱- تاخیر در تصمیم گیری توسط خانواده <input type="checkbox"/> ۲- تاخیر در ارجاع به این مرکز <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؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> ۳- مورد ندارد <input type="checkbox"/></p>	
<p>۳- آیا اجرای اقدامات احیای کودک (CPR) به موقع بوده است؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> ۳- مورد ندارد <input type="checkbox"/></p>	
<p>۴- آیا دستورات پزشک (با توجه به علائم و تشخیص بیماری متوفی) برای اقدامات تشخیصی مناسب و کامل بوده است؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/></p>	
<p>۵- آیا دستورات پزشک (با توجه به علائم و تشخیص بیماری متوفی) برای اقدامات درمانی مناسب و کامل بوده است؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/></p>	
<p>۶- آیا اجرای اقدامات تشخیصی به موقع بوده است؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/></p>	
<p>۷- آیا اجرای اقدامات درمانی به موقع بوده است؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/></p>	
<p>۸- آیا امکان اقدام تشخیصی دیگری برای بیمار وجود داشت؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> اگر خیر به سوال ۱۰ بروید</p>	
<p>۹- آیا این اقدام تشخیصی در مرکز محل وقوع فوت امکان پذیر یا در دسترس بود؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/></p>	
<p>۱۰- آیا امکان اقدام درمانی دیگری برای بیمار وجود داشت؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> اگر خیر به سوال ۱۲ بروید</p>	
<p>۱۱- آیا این اقدام درمانی در مرکز محل وقوع فوت امکان پذیر یا در دسترس بود؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/></p>	
<p>۱۲- آیا درخواست ارجاع بیمار به مرکز درمانی دارای امکانات بیشتر ضرورت داشته است؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>اگر بلی: آیا ارجاع صورت گرفته است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>در صورت خیر، علت: ۱- عدم درخواست ارجاع <input type="checkbox"/> ۲- ندادن پذیرش بیمارستان مقصد <input type="checkbox"/> ۳- عدم امکانات لازم جهت انتقال کودک <input type="checkbox"/></p> <p>در صورت بلی: آیا اقدامات درمانی حمایتی قبل از انتقال مناسب و کافی بوده است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>آیا اقدامات درمانی حمایتی حین انتقال مناسب و کافی بوده است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p>	
<p>۱۳- آیا کودک نیاز به مراقبت خاصی داشته است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> اگر بلی، آیا مراقبت ها بدرستی انجام گرفته است؟ 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؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/></p> <p>تشخیص نهایی رابراساس گروه بندی ICD10 وزیر گروه های آن بنویسید:</p> <p>گروه اصلی (ICD10): 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، غدد و 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>زیر گروه:..... زیر گروه زیر گروه:.....</p>	
<p>چه توصیه هایی برای پیشگیری از موارد مشابه مرگ دارید؟</p>	
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

این پرسشنامه برای تمام موارد مرگ قبل از تشکیل کمیته توسط حداقل یک پزشک متخصص (غیر از پزشک معالج) تکمیل می شود. (در صورت عدم دسترسی به پزشک متخصص در موارد خارج بیمارستانی می توانید در تکمیل پرسشنامه از پزشک عمومی کمک گرفته شود و در کمیته مورد بحث بیشتری قرار گیرد). پس از تکمیل پرسشنامه های (ب، ج، د) کودک متوفی، توسط مسوول بررسی مرگ، سوالات پرسشنامه ه حداقل از یکی از پزشکان متخصص سوال می شود. این پزشک پس از بررسی موارد در مورد علت فوت و روند مراقبت و درمان متوفی نظر میدهد. آنچه که برای برنامه مراقبت مهم است تعیین عامل و یا مقصر فوت نیست بلکه با بررسی روند اقدامات انجام گرفته برای کودک، امکان انجام مداخلات برای پیش گیری از وقوع ابتلا، بهبود روند تشخیص و درمان و کاهش عوارض و عواقب مورد بررسی قرار گرفته و علاوه بر 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 کدمتوفی که در پرسشنامه ب درج شده است یا نام و نام خانوادگی متوفی ثبت می شود. سپس با بررسی پرونده پزشکی و فرم های تکمیل شده مراقبت مرگ و در صورت نیاز با استفاده از مصاحبه با پرسنل مرکز سرپایی و والدین (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 بر اساس گروه بندی ICD10 (طبق پیوست ۲-۱) یکی را انتخاب و علامت بزنید وزیر گروه وزیر گروه زیر گروه آن را بنویسید.

باسمه تعالی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

نام پرسشگر

تاریخ پرسشگری:.....

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

نام و نام خانوادگی متوفی:	نام و نام خانوادگی متوفی:
آخرین مرکز مراجعه شده: ۱- اورژانس بیمارستان آموزشی <input type="checkbox"/> ۲- اورژانس بیمارستان غیر آموزشی دولتی <input type="checkbox"/> ۳- اورژانس بیمارستان خصوصی <input type="checkbox"/> ۴- خانه بهداشت <input type="checkbox"/> ۵- مرکز بهداشتی یا درمانی دولتی <input type="checkbox"/> ۶- مطب و مراکز خصوصی <input type="checkbox"/>	
نحوه پذیرش کودک: ۱- مراجعه مستقیم توسط والدین (یا سرپرست) <input type="checkbox"/> ۲- ارجاع از سایر مراکز <input type="checkbox"/> ۳- سایر <input type="checkbox"/>	
آیا انتقال کودک توسط آمبولانس صورت گرفت؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> اگر خیر، علت:	
اگر بلی، آیا اقدامات انتقال، به طور مطلوب انجام شده است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> - اگر خیر، اقدامات نامطلوب: (امکانات، پرسنل، ...):	
۱- زمان ورود کودک به مرکز اورژانس: (ساعت و دقیقه)/...../..... ۱۳	۲- زمان خروج کودک از مرکز اورژانس: (ساعت و دقیقه)/...../..... ۱۳
۳- آیا کودک بیش از ۲ ساعت در مرکز یا اورژانس بوده است؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> اگر بلی، علت:	
۱- منتظر پذیرش از بخش یا بیمارستان <input type="checkbox"/> ۲- عدم امکانات لازم جهت انتقال <input type="checkbox"/> ۳- اقدامات تشخیصی درمانی طول کشیده <input type="checkbox"/> ۴- سایر <input type="checkbox"/>	
۴- آیا دربدو و ورود علائم خطر فوری داشته: ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> اگر خیر بود به سوال ۵ بروید	
۴-۱- کدام علامت؟ قطع تنفس/سپانوز مرکزی/دیسترس تنفسی شدید <input type="checkbox"/> خونریزی <input type="checkbox"/> شوک <input type="checkbox"/> تشنج <input type="checkbox"/> کما <input type="checkbox"/>	
۴-۲- آیا نیاز به خون و فرآورده های خونی بود؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> اگر بلی، آیا در دسترس بود؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> اگر خیر، علت:	
۴-۳- آیا اقدامات اولیه احیا (CABD) انجام شد؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> اگر خیر، علت:	
اگر بلی، آیا اقدامات احیا بموقع انجام شده است؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> اگر خیر، علت:	
۴-۴- آیا دسترسی به وسایل اولیه احیا (اکسیژن، ساکشن، آمیوبک مناسب، داروهای احیا) مطلوب بود؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> اگر خیر، علت:	
۴-۵- آیا نیاز به دستگاه الکتروشوک بود؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> اگر بلی، آیا در دسترس بود؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> اگر خیر، علت:	
۴-۶- آیا تمامی پرسنل احیاگر کارگاه استاندارد احیاء را طی یک سال گذشته گذرانده اند؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/>	
۴-۷- آیا اقدام احیا با موفقیت انجام شد؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/>	
۴-۸- آیا بعد از انجام اقدامات احیاء، کودک به بخش مراقبتهای ویژه منتقل شده بود؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> اگر خیر، علت:	
۵- آیا دربدو و ورود علائم حیاتی کودک ثبت شده است؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> اگر خیر، علت:	
تعداد تنفس: تعداد نبض: درجه حرارت:	
۶- آیا دربدو و ورود نشانه های خطر داشته است؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> اگر بلی، آیا ثبت شده است؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> اگر بلی، کدامیک از نشانه ها؟	
۱- عدم توانایی خوردن و نوشیدن <input type="checkbox"/> ۲- خواب آلودگی یا کاهش هوشیاری <input type="checkbox"/> ۳- استفراغ یا خوردن هر چیزی <input type="checkbox"/> ۴- تشنج در زمان این بیماری <input type="checkbox"/> ۵- سایر <input type="checkbox"/>	
۷-۱- آیا وضعیت وزن کودک ثبت شده است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> اگر بلی، وزن: کیلوگرم	
۷-۲- آیا وضعیت واکسیناسیون کودک ثبت شده است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> وضعیت واکسیناسیون: ۱- کامل <input type="checkbox"/> ۲- ناقص <input type="checkbox"/>	
۷-۳- آیا وضعیت تغذیه کودک ثبت شده است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> اگر بلی، وضعیت تغذیه (شیر مادر، شیر مصنوعی، غذای خانواده، ...):	
۸- آیا ارجاع کودک به مرکز دیگری درخواست (توصیه) شده است؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> اگر جواب، خیر بود به سوال ۱۱ بروید	
۹- آیا ارجاع به مرکز دیگری انجام شده است؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> اگر خیر، علت را بنویسید و به سوال ۱۱ بروید:	
۱۰- آیا انتقال کودک توسط آمبولانس صورت گرفت؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> اگر خیر، علت:	
اگر بلی، آیا اقدامات انتقال، به طور مطلوب انجام شده است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> - اگر خیر، اقدامات نامطلوب: (امکانات، پرسنل، ...):	
۱۱- آیا پرسنل کادر درمان مرکز، کارگاه آموزشی یا بازآموزی مانا را طی ۲ سال گذشته گذرانده اند؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/>	
۱۲- وضعیت خروج کودک از این مرکز سرپایی (اورژانس، مرکز درمانی، مطب و ...) چگونه بود؟	
۱- ترخیص با دستور پزشک معالج <input type="checkbox"/> ۲- ترخیص با رضایت و خواست والدین <input type="checkbox"/> ۳- انتقال به بخش <input type="checkbox"/> ۴- فوت <input type="checkbox"/> ۵- اعزام/ارجاع <input type="checkbox"/> ۶- سایر <input type="checkbox"/>	
۱۳- در صورت فوت در مرکز، تشخیص نهایی را براساس گروه بندی ICD10 وزیر گروه های آن بنویسید:	
گروه اصلی (ICD10): 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 متابولیک <input type="checkbox"/> 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"/> بیماریهای حول تولد <input type="checkbox"/> حالات بد تعریف شده <input type="checkbox"/> سایر علل <input type="checkbox"/>	
زیر گروه:	زیر گروه زیر گروه:
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 سرپایی است که برای کودک انجام شده است. این اقدامات شامل تمامی فعالیتها، مداخلات و توصیه های تشخیصی، مراقبتی و درمانی است که قبل از فوت کودک و بصورت سرپایی انجام شده و کودک در طی این خدمات (یا برای این خدمات) در بیمارستان بستری نبوده است. کلیه مراکز تشخیصی، درمانی و بهداشتی و همچنین اورژانس های بیمارستانها از جمله محل های مورد نظر برای ارائه این خدمات هستند. نحوه استخراج کلی اطلاعات پرسشنامه به این شرح است که پرسشگر پس از هماهنگی با مسئول مرکز مربوطه و کسب اجازه لازم، به مطالعه مستندات موجود و لازم (بر حسب سوالات) پرداخته و در صورت لزوم از کمک کارکنان (برای بازخوانی و یافتن پاسخها در مستندات) بهره میگیرد و بدین طریق پاسخ سوالات پرسشنامه را استخراج میکند. توجه کنید که همیشه نیازی به مراجعه به تمامی مراکز که کودک قبل از فوت در آنجا بوده است نیست. از آخرین مرکزی که مرگ در آنجا اتفاق افتاده است و یا کودک درست قبل از مرگ در آنجا بوده است، پرسشگری را آغاز کنید.

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

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

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

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

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

۴- خانه بهداشت

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

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

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

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

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

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

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

سوال ۵: این سوال علائم حیاتی کودک در بدو ورود اگر ثبت شده باشد، درج می شود در غیر اینصورت علت عدم ثبت نوشته می شود.

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

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

سوال ۸: آیا ارجاع بیمار به مرکز دیگری درخواست (توصیه) شده است؟ بر حسب دستورات ثبت شده در پرونده پاسخ 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 منتهی 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 بهوز، کاردان و کارشناس بیماریها، کاردان یا کارشناس مادر و کودک و یا مامایی 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 و کددار می باشد و CD خودآموزان برای آموزش غیرحضور پرستاران موجود می باشد.

سوال ۱۲: در این سوال نحوه خروج کودک بررسی می شود که ترخیص با دستور پزشک معالج، ترخیص با رضایت و خواست والدین، انتقال به بخش، فوت، اعزام یا ارجاع شده است. اگر نحوه خروج کودک غیرا موارد ذکر شده باشد سایر را علامت زده و نحوه آن ثبت شود.

سوال ۱۳: در صورت فوت کودک در مرکز، تشخیص نهایی رابراساس گروه بندی CD10 (پیوست ۲-۱) یکی را انتخاب و علامت بزنید و زیر گروه و زیر گروه آن را بنویسید.

و در ردیف آخر نام خانوادگی پاسخ دهنده، سمت و شماره تلفن تماس نوشته شود.

گروه بندی بیماری ها بر اساس

ICD10

گروه بندی بیماری ها بر اساس ICD10

Certain infectious and parasitic diseases	بیماری های عفونی وانگلی
Intestinal infectious diseases (روده ای وبا-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 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 (سایتومگالوویروس-اوربون-مونوکلوز عفونی-هریس-سرخک-سایرویرال)	سایر بیماریهای ویرال
Other infectious diseases (کالازار-مالاریا-سایر بیماریهای عفونی)	سایر بیماریهای عفونی
Neoplasms	سرطان ها
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	بیماری های 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 همولیتیک- (فاویسم) اختلال آنزیم)	انمی های همولیتیک
Aplastic and other anaemias (آپلاستیک-سایر انمی ها اریتروبلاستوپنی-سایر)	انمی آپلاستیک وسایر 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 (اگرانولوسیتوز-انوزینوفیلی-سایر)	سایر بیماریهای خونساز
Certain disorders involving the immune mechanism (هیپوگاماگلوبینومی- CVID-SCID-سایر)	اختلالات دستگاه ایمنی
Endocrine, nutritional and metabolic diseases	بیماری های غدد، تغذیه و متابولیک
Disorders of thyroid gland (هیپوتیروئیدی-تیروتوکسیکوز-تیروئیدیت-سایر)	اختلالات غدد تیروئید
Diabetes mellitus (انسولین دیابت وابسته به انسولین-دیابت غیر وابسته به)	دیابت میلیتوس
Disorders of other endocrine glands (هیپوپاراتیروئیدی-هیپرپاراتیروئیدی-هیپوپیتوتتریسم-دیابت اینسیپید)	سایر اختلالات غدد اندوکرین
Malnutrition (کواشور کور-مارسموس-کواشور کور-سایر)	سوء تغذیه
Other nutritional deficiencies (کمبود ویتامین د-کمبود کلسیم-کمبود روی- کمبود ویتامین A)	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 داروها 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	بیماری های سیستم عصبی
Inflammatory diseases of the central nervous system (مننژیت- انسفالیت- آبه 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
Polyneuropathies 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-تتراپلژی)	فلج مغزی
Other disorders of the nervous system	سایر بیماریهای سیستم عصبی
Diseases of the circulatory system	بیماری های سیستم قلبی عروقی
Acute rheumatic fever (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-هیپرتانسیون کلیوی فشارخون اولیه-فشارخون ثانویه-هیپرتانسیون)	بیماریهای فشارخون
Ischaemic heart diseases (آنژین قلبی-انفارکتوس قلبی)	بیماریهای ایسکمیک قلبی
Other forms of heart disease (کاردیت-میوکاردیت-اندوکاردیت-میوکاردیوپاتی-نارسایی قلبی-سایر پری)	سایر بیماریهای قلبی
Cerebrovascular diseases (خونریزی ساب آراکتوئید-خونریزی داخل مغزی-انفارکتوس مغزی)	بیماریهای عروق مغزی

iseases of the respiratory system	بیماری های 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 (مزمن 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	بیماری های 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-فیروزوسیروز کبدی-سایر بیماریهای التهابی کبد بیماری NEC)	بیماریهای کبد
Other diseases of the digestive system	سایر بیماریهای سیستم گوارشی
Diseases of the genitourinary system	بیماری های سیستم اداری تناسلی
Glomerular diseases (سندرم نفریتیک-سندرم نفروتیک-نفروپاتی ها)	بیماریهای گلومرولار
Renal tubulo-interstitial diseases (توبولار-اروپاتی انسدادی وریفلاکس نفریت اینترستیشیل)	بیماریهای توبولوانترستیشیل
Renal failure (نارسایی کلیه مزمن)	نارسایی کلیوی
Other disorders of genitourinary tract	سایر بیماریهای سیستم اداری 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 (آسفسکی)	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	ناهنجاری های مادرزادی و کروموزومی
Congenital malformations of the nervous system (آنانسفال-میکروسفال-هیدروسفال-آنسفالوسل)	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 (آنومالی کلیه-کلیه پلی کستیک-نقص انسدادی)	ناهنجاریهای مادرزادی سیستم اداری
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 (تصادف با وسیله نقلیه سنگین وسیله نقلیه باعابر-دوچرخه و موتورباوسیله)	حوادث حمل و نقل
Falls (ریخی-لغزنده-ولیچر-تخت-صندلی-تردبان-پلکان-داربست-بام-درخت-صخره-شجره-زدن-سایر سقوط از روی سطح)	سقوط
Exposure to inanimate mechanical forces (شده-قرار گرفتن بین دوشی-اشیائی تیز برخورد با اجسام پر تاب)	برخورد با نیروهای مکانیکی بیجان
Exposure to animate mechanical forces (حیوانات-فشار جمعیت یا گله-گاز گرفتگی لگد، شاخ و ضربه)	برخورد با نیروهای مکانیکی جاندار
Accidental drowning and submersion (با استخر-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 یا 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 بلا یا نیروهای طبیعت
Accidental poisoning by and exposure to noxious substances (داروها-مواد نفتی-حشره کش)	مسمومیت
Overexertion, travel and privation (محرومیت بی غذایی-بی آبی-سایر اشکال)	محرومیت 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 داروها-عوارض)	عوارض درمان طبی و جراحی

آشنایی مقدماتی تعیین علت مرگ و 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 سهمیم 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 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

علت مرگ	زمان تقریبی بین شروع تا مرگ
۱- آخرین بیماری یا وضعیتی که بلافاصله پیش از مرگ وجود داشت*	الف: (آخرین علت مرگ یا علل 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: آبه ریوی - ب: پنومونی در این مورد پنومونی به عنوان علت اولیه مرگ که منجر به آبه 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 علی وجود دارد که به اولین وضعیت وارد شده در گواهی فوت ختم می شود وجود دارد، علت اولیه این سلسله از علت به عنوان علت اولیه انتخاب می شود. مثال: شوک کاردیوژنیک - سکت قلبی - آنفولانزا در این مورد سکت قلبی به عنوان علت اولیه انتخاب می شود شوک کاردیوژنیک به علت سکت قلبی ایجاد شده ولی آنفولانزا نمی تواند علت بیماری سکت قلبی باشد.

قانون دوم:

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

قانون سوم:

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

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

قاعده A - حالت های بدتعریف شده:

در شرایطی که در گواهی فوت علت انتخاب شده حالت های 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 ونهایی بیماری

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

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

قاعده F-پیامد

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

مثال: فیبروز ریوی-سل ریوی قدیمی

دوره زمانی

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

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

گروه بندی و زیر گروه های مرگ و میر ۵۹-۱ ماهه

زیر گروه اصلی	زیر گروه	زیر گروه زیر گروه	
حوادث و سوانح (علل خارجی مرگ و میر)	حوادث حمل و نقل	تصادف وسیله نقلیه باعابر	
		تصادف با وسیله نقلیه سنگین	
		تصادف دو چرخه و موتور با وسیله نقلیه	
	تماس با حیوانات و گیاهان سمی	گیاهان سمی	
		نیش مار	
		نیش هزارپا	
		نیش عقرب	
		نیش عنکبوت زهر دار	
	در معرض بلا یا ونیروهای طبیعت	سیل	
		طوفان	
		سایر	
		صاعقه	
		زلزله	
	مسمومیت	مواد نفتی	
		داروها	
		حشره کش	
		مونوکسید کربن	
	محرومیت یا افزایش نیاز	بی آبی	
		بی غذایی	
		سایر اشکال محرومیت	
	سایر فاکتورهای حوادث	سایر فاکتورهای حوادث	سایر فاکتورهای حوادث
	صدمه عمدی به خود	صدمه عمدی به خود	صدمه عمدی به خود
	تجاوز - خشونت	تجاوز - خشونت	تجاوز - خشونت
	مداخلات قانونی و جنگ	مداخلات قانونی و جنگ	مداخلات قانونی و جنگ
	عوارض درمان طبی و جراحی	عوارض داروها	عوارض داروها
		عوارض ابزار تشخیصی	عوارض ابزار تشخیصی
		عوارض جراحی	عوارض جراحی
	سقوط	سقوط از روی تخت	سقوط از روی تخت
		سقوط از روی سطح یخی	سقوط از روی سطح یخی
		سقوط از روی بام	سقوط از روی بام
سقوط از روی ولیچر		سقوط از روی ولیچر	
سقوط از روی داربست		سقوط از روی داربست	
سقوط از روی صخره		سقوط از روی صخره	
شجره زدن		شجره زدن	

گروه اصلی	زیر گروه	زیر گروه زیر گروه
حوادث و سوانح (علل خارجی مرگ و میر)		سایر
		سقوط از روی نردبان
		سقوط از روی سطح لغزنده
		سقوط از روی صندلی
		سقوط از روی درخت
	بر خورد بانبروهای مکانیکی بیجان	بر خورد با اجسام پرتاب شده
		بر خورد با اشیاء تیز
		قرار گرفتن بین دوشی
		گاز گرفتگی
		فشار جمعیت یا گله
	غرق شدن	لگد، شاخ و ضربه حیوانات
		غرق شدگی در حوض یا استخر
		غرق شدگی در وان
	سایر حوادث انسداد تنفسی	غرق شدگی در منابع آب طبیعی
		حلق آویز
		آسپیره محتویات معده/مواد غذایی
	بر خورد با جریان برق - اشعه و فشار هوای مصنوعی	خفگی در بستر
		بر خورد با جریان برق - اشعه و فشار هوای مصنوعی
	در معرض دود و شعله آتش	دود
آتش سوزی ساختمان و غیره		
سوختگی با مواد اشتعال زا		
تماس با آب جوشیده روی اجاق		
تماس با آب شیر داغ		
تماس با آب داغ و حرارت	تماس با مواد خوراکی داغ	
	تماس با بخار	
	آنانسفال	
ناهنجاریهای مادرزادی و کروموزومی	ناهنجاریهای مادرزادی سیستم عصبی	میکروسفال
		آنسفالوسل
		هیدروسفال
		آنومالی دیواره قلبی
		آنومالی دریچه قلبی
		آنومالی عروقی
		آنومالی برونش
		آنومالی لارنکس
		آنومالی ریه

گروه اصلی	زیر گروه	زیر گروه زیر گروه	
ناهنجاریهای مادرزادی و کروموزومی	لب شکری و شکاف کام	لب شکری و شکاف کام	
	ناهنجاریهای مادرزادی سیستم گوارشی	آنومالی دستگاه گوارش و کبد	
	ناهنجاریهای مادرزادی سیستم اداری	نقص انسدادی	
		آرنژی کلیه	
		کلیه پلی کستیک	
	ناهنجاریهای مادرزادی سیستم اسکلتی عضلانی	CDH	
	سایر ناهنجاریهای مادرزادی	سایر ناهنجاریهای مادرزادی	
	چشم، گوش، صورت و گردن	چشم، گوش، صورت و گردن	
	کروموزومی	آنومالی کروموزومی طبقه بندی نشده	
بیماریهای سیستم تنفسی	عفونت های حاد تنفس فوقانی	نازوفارنژیت	
		لارنژیت	
		تونسیلیت	
		فارنژیت	
		اپیگلوتیت	
		سینوزیت	
		سایر	
	آنفلوآنزا و پنومونی	آنفلوآنزا و پنومونی به علل مختلف	
	سایر عفونت های حاد تنفس تحتانی	برونشیت	
		برونکولیت	
	بیماریهای مزمن تنفس تحتانی	بیماریهای انسداد مزمن ریوی	
		آسم	
		برونشیت مزمن	
		سایر	
	سایر بیماریهای سیستم تنفسی	سایر بیماریهای سیستم تنفسی	
	بیماریهای سیستم قلبی عروقی	تب روماتیسمی حاد	تب روماتیسمی با درگیری قلب
تب روماتیسمی بدون گرفتاری قلبی			
بیماریهای مزمن روماتیسم قلبی		بیماری روماتیسمی آئورت	
		بیماری روماتیسمی دریچه میترال	
		بیماری روماتیسمی تری کوسپید	
بیماریهای فشارخون		سایر	
		هیپر تانسیون کلیوی	
		فشار خون ثانویه	
		هیپر تانسیون قلبی	
بیماریهای ایسکمیک قلبی		فشار خون اولیه	
	انفارکتوس قلبی		
	آنژین قلبی		

گروه اصلی	زیر گروه	زیر گروه زیر گروه
بیماریهای سیستم قلبی عروقی	سایر بیماریهای قلبی	میوکار دیو پاتی
		پری کاردیت
		میو کاردیت
		اندو کاردیت
		نارسایی قلبی
		سایر
	بیماریهای عروق مغزی	خونریزی داخل مغزی
		خونریزی ساب آراکنوئید
		انفارکتوس مغزی
بیماری های عفونی و انگلی	عفونت های روده ای	وبا
		عفونت ویرال
		سایر عفونت های روده ای
		سالمونلا
		تیفوئید
		آمیب
	سل	سل سایر ارگانها
		سل سیستم عصبی
		سل صبی
		سل ریوی
	سایر بیماریهای باکتریال	سایر باکتریال
		کزاز
		سیاه سرفه
		سپتی سمی
		دیفتری
	عفونت های ویرال سیستم عصبی	مننژیت ویروسی
هاری		
انسفالیت ویروسی		
پلیومیلیت		
سایر هپاتیت های حاد		
هپاتیت ویرال	هپاتیت B	
	هپاتیت مزمن	
	هپاتیت A	
سایر بیماریهای ویرال	هرپس	
	سرخک	

گروه اصلی	زیر گروه	زیر گروه زیر گروه	
بیماری های عفونی و انگلی	سایر بیماریهای عفونی	سایرویرال	
		سایتومگالوویروس	
		اوربون	
		مونوکلوز عفونی	
		کالا آزار	
		سایر بیماریهای عفونی	
بیماریهای سیستم عصبی	بیماریهای التهابی سیستم عصبی مرکزی	انسفالیت	
		مننژیت	
		آبسه مغز	
		سایر	
	اختلالات حمله ای و پاروکسیسمال	بیماریهای دمیلینه سیستم عصبی مرکزی	اسکلروز مولتیپل (MS)
			استاتیک اپی لپسی
			صرع
			سایر سندرم های سردرد
	بیماریهای جانکشنال و عضلانی	پلی نوروپاتی	میو پاتی
			میاستنی گراو
			دیستروفی عضلانی
			سایر
	فلج مغزی	سایر بیماریهای سیستم عصبی	فلج مغزی
			همی پلژی
			تتراپلژی
			سایر اختلالات سیستم عصبی
	بیماریهای غده، تغذیه و متابولیک	اختلالات غده تیروئید	تیروئیتوز
			تیروئیدیت
هیپوتیروئیدی			
سایر			
دیابت میلیتوس		دیابت غیر وابسته به انسولین	دیابت وابسته به انسولین
			هیپوپیتوتریسم
سایر اختلالات غده اندوکرین		دیابت اینسپید	
		هیپوپاراتیروئیدی	
		هیپرپاراتیروئیدی	
		هیپرپاراتیروئیدی	

گروه اصلی	زیر گروه	زیر گروه زیر گروه
بیماریهای غدد، تغذیه و متابولیک	سوء تغذیه	کواشیورکور
		مارسموس کواشیورکور
		مارسموس
		سایر
	سایر اختلالات تغذیه ای	کمبود کلسیم
		کمبود روی
		کمبود ویتامین د
		کمبود ویتامین آ
	اختلالات متابولیک	اختلال اسید آمینه
		اختلال سیکل اوره
		بیماری ذخیره گلیکوژن
		سیستیک فیبروزیس
		سایر
بیماریهای سیستم گوارشی	بیماریهای مری، معده، دئودنوم	ریفلاکس مری
		زخم معده و دئودنوم
		ازوفاژیت
	بیماریهای آپاندیس	آپاندیسیت حاد و سایر انواع
		فتق دیافراگماتیک
	هرنی	فتق اینگوینال
		فتق فمورال
		فتق شکمی
		سایر
		نارسایی کبد
	بیماریهای کبد	فیروزوسپروز کبدی
		بیماری کبد توکسیک
		سایر بیماریهای التهابی کبد NEC
		سایر بیماریهای سیستم گوارشی
	آنمی تغذیه ای	آنمی فقر آهن
		آنمی مگالوبلاستیک
		سایر آنمی تغذیه ای
اختلال آنزیم (فاویسم)		
آنمی های همولیتیک	سایر آنمی های همولیتیک	
	سیکل سل	
	تالاسمی	
	اریتروبلاستوپنی	
بیماریهای سیستم خونساز و دستگاه ایمنی	آنمی آپلاستیک و سایر آنمی ها	

گروه اصلی	زیر گروه	زیر گروه زیر گروه	
بیماریهای سیستم خونساز و دستگاه ایمنی	اختلالات انعقادی و خونریزی دهنده	سایر آنمی ها	
		سایر آپلاستیک	
		سایر	
		DIC	
	سایر بیماریهای خونساز	هموفیلی	
		سایر	
		اُتوزینوفیلی	
	اختلالات دستگاه ایمنی	سایر بیماریهای خونساز	آگرانولوسیتوز
			CVID
		اختلالات دستگاه ایمنی	SCID
هیپوگاماگلوبینومی			
سرطانها	سرطانها غیر خونی و لنفی	سایر	
		سرطان گوارشی	
		سرطان عصبی	
		سرطانهای اداری	
	سرطانها خونی و لنفی	سرطان تنفسی	
		لنفوم	
		لوسمی	
	سایر سرطانها	سایر سرطانها	سایر سرطانها
		حالات بد تعریف شده	حالات بد تعریف شده
			حالات بد تعریف شده
حالات معین با منشاء حول تولد	اختلال جنین و نوزاد متاثر از فاکتورهای مادری	عوارض دارو	
		عوارض جفت	
		عوارض حاملگی	
	صدمات زایمانی	صدمه به اسکلت	
		صدمه به اعصاب	
		صدمه به سر	
		خونریزی داخل کرانیال	
	اختلال تنفس و قلبی عروقی مختص به حول تولد	اختلال تنفس و قلبی عروقی مختص به حول تولد	آسفکسی
		عفونتهای اختصاصی دوره حول تولد	بیماریهای ویرال مادرزادی
	سپسیس باکتریال نوزاد		
سایر اختلالات با منشاء حول تولد	سایر اختلالات با منشاء حول تولد	سایر اختلالات با منشاء حول تولد	
	اختلالات مربوط به طول بارداری و رشد جنین	اختلالات مربوط به طول بارداری و رشد جنین	

گروه اصلی	زیر گروه	زیر گروه زیر گروه
	اختلالات خونی و خونریزی دهنده جنین و نوزاد	اختلالات خونی و خونریزی دهنده جنین و نوزاد
	اختلالات دستگاه گوارش جنین و نوزاد	اختلالات دستگاه گوارش جنین و نوزاد
بیماریهای سیستم اداری تناسلی	بیماریهای گلوومرولار	سندرم نفریتیک
		نفروپاتی ها
		سندرم نفروتیک
	بیماریهای توبولوانترسیشیل	نفريت اينترسيشيل توبولار
		اروپاتی انسدادی وریفلاکس
	نارسایی کلیوی	نارسایی کلیه مزمن
		نارسایی کلیه حاد
	سایر بیماریهای سیستم اداری تناسلی	سایر بیماریهای سیستم اداری تناسلی
	اختلالات روانی رفتاری	اختلالات جسمی روانی در نتیجه سوء مصرف مواد
استفاده الکل		
استفاده مواد مخدر		
عقب ماندگی ذهنی		عقب ماندگی ذهنی
سایر اختلالات روانی		سایر اختلالات روانی
سایر	سایر	سایر

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

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

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

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده:

تاریخ پایش:

نام بیمارستان:

نام شهرستان:

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

	مطلوب	کسب شده		
۱۵	۵		گزارش اجرای مداخلات تصویب شده در کمیته قبلی در کمیته حاضر ارائه شده است؟	گزارش کمیته: ۵ کتبی: ۵ شفاهی: ۲ عدم: ۰
۱۶	۵		گزارش کمیته بیمارستانی به همراه فرم فعالیتهای تفضیلی طی مدت حداکثر یک ماه به سایت ارسال شده است؟	هر سه ماه: ۵ تا ۳ ماه: ۳ تا ۶ ماه: ۱ تا ۲ ماه: ۱ بقیه: ۰
۱۷	۵		اطلاعات تکمیل شده مرگ یا ارزیابی بخش های بیمارستان به مسئول مرگ کودکان به موقع ارسال شده است؟	هر دو هفته: ۵ هر چهار هفته: ۲ بقیه: ۰
۱۸	۶		گزارش عملکرد فعالیتهای تفضیلی و علل عدم انجام آن ارسال شده است؟	هر سه ماه: ۶ تا ۴ ماه: ۴ تا ۶ ماه: ۲ تا ۱ ماه: ۲ بقیه: ۰
جمع امتیاز				

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

- ۱- با توجه به دستورالعمل نظام مراقبت مرگ کودکان، اعضای کمیته مشخص و برای اعضاء ابلاغ صادر شده است. رویت ابلاغ کفایت می کند.
- ۲- دسترسی به تلفن مستقیم، رایانه و اینترنت الزامی است. در صورت نبود امکانات فوق، مورد ذکر شود.
- ۳- تعداد مرگهایی که توسط مسئول بررسی مرگ کودکان گزارش شده است با مرگهای گزارش شده از واحد ثبت مرگ بیمارستان مطابقت داده شود.
- ۴- تکمیل و انتقال کلیه اطلاعات اولیه مربوط به مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه توسط مسئول بررسی مرگ و میر لازم است در کمتر از ۲۴ ساعت تکمیل و به سایت انتقال یابد، در صورت تکمیل و انتقال موارد مرگ در کمتر ۲۴ ساعت امتیاز کامل و در غیر اینصورت امتیازی کسب نخواهد شد، در صورت عدم وقوع مرگ گزارش صفر ارسال گردد.
- ۵- پرسشنامه های اطلاعاتی مربوط به مرگ **حداکثر تا یک هفته** پس از وقوع مرگ و اطلاعات پایش بخش بیمارستان هر شش ماه یکبار تکمیل گردد. (اهمیت زمان تکمیل و انتقال اطلاعات اولیه)
- ۶- پرسشنامه های اطلاعاتی مربوط به مرگ بطور صحیح تکمیل شده است. هر پرسشنامه ۳ امتیاز دارد. جمعا ۱۲ امتیاز برای ۴ پرسشنامه منظور می شود.
- ۷- با توجه به دستورالعمل نظام مراقبت مرگ کودکان اطلاعات اعضا کمیته مرگ بیمارستانی در نرم افزار وارد وبه سایت انتقال یابد.
- ۸- مداخلات پیشنهادی بر اساس پرسشنامه های اطلاعاتی مربوط به مرگ، ارزیابی بخش، پرونده های بیمارستانی کودک فوت شده استخراج شوند در صورت مشاهده لیست مداخلات استخراج شده و وجود مستندات امتیاز کامل، توانایی استخراج مداخلات توسط مسئول بررسی مرگ کودکان ۵ امتیاز و در غیر اینصورت امتیازی کسب نخواهد شد.
- ۹- در صورت وقوع مرگ کمیته مرگ بیمارستانی بطور ماهیانه و در صورت عدم وقوع مرگ هر سه ماه یکبار برگزار گردد. صورتجلسات کمیته های برگزار شده مشاهده گردد.
- ۱۰- مداخلات پیشنهادی در هر یک از صورتجلسات کمیته بررسی شوند.
- ۱۱- لیست مکاتوب فعالیتهای تفضیلی برای هر یک از مداخلات / مصوبات کمیته بررسی شوند.
- ۱۲- مکاتبات ابلاغ مصوبات، مداخلات و فعالیتهای سطوح مسئول اجرای آنها مشاهده شود.
- ۱۳- مکاتبات پیگیریها برای مصوبات، مداخلات و فعالیتهای مشاهده و بررسی شود.
- ۱۴- جمع بندی علل عدم انجام مصوبات، مداخلات و فعالیتهای مشاهده و بررسی شود.
- ۱۵- گزارش مصوبات کمیته قبلی در صورتجلسه کمیته مشاهده و بررسی شود.
- ۱۶- ارسال صورتجلسه کمیته و فرم فعالیتهای تفضیلی حداکثر یک ماه پس از برگزاری کمیته در نرم افزار و سایت مشاهده و بررسی شود.
- ۱۷- مشاهده و بررسی ارسال اطلاعات تکمیل شده مرگ یا ارزیابی بخش های بیمارستان در سایت یا در صورت عدم دسترسی به اینترنت بصورت نرم افزار به مسئول بررسی مرگ کودکان در شهرستان ارسال شده است.
- ۱۸- مشاهده و بررسی ارسال گزارش عملکرد فعالیتهای تفضیلی و علل عدم انجام آن در سایت یا در صورت عدم دسترسی به اینترنت به مسئول بررسی مرگ کودکان در شهرستان ارسال شده است.

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

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

نام شهرستان :

تاریخ پایش:

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده:

ردیف	عنوان فعالیت	امتیاز کسب شده	امتیاز مطلوب	نحوه امتیاز دهی	ملاحظات
۱	ابلاغ اعضای کمیته شهرستانی کاهش مرگ و میر کودکان موجود می باشد ؟		۲	کامل=۲ ناقص=۱ عدم=۰	
۲	مسئول بررسی مرگ و میر کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه به تلفن مستقیم، رایانه و اینترنت دسترسی دارد؟		۳	هر ۳ مورد=۳ دو مورد=۲ یک مورد=۱ عدم=۰	
۳	تعداد مرگ های ۱ تا ۵۹ ماهه اتفاق افتاده با تعداد مرگ های ارسالی به واحد آمار مطابقت دارد؟		۳	تمام موارد: ۳ عدم: ۰	
۴	کلیه اطلاعات اولیه مربوط به مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه در کمتر از ۲۴ ساعت پس از اطلاع از وقوع مرگ تکمیل و به سایت منتقل شده است؟		۳	کمتر از ۲۴ ساعت: ۳ بیشتر از ۲۴ ساعت: ۰	
۵	اطلاعات پرسشنامه های مرگ کودکان خارج بیمارستانی حداکثر دو هفته پس از اطلاع از وقوع مرگ تکمیل و به سایت انتقال داده شده است؟		۳	کمتر از یک هفته: ۳ بیشتر از یک هفته: ۰	
۶	اطلاعات پرسشنامه های برنامه نظام مراقبت از مرگ کودکان بطور صحیح تکمیل شده است؟		۹	هر پرسشنامه کامل: ۳ ناقص: ۰	
۷	اطلاعات اعضا کمیته مرگ شهرستان تکمیل و به سایت انتقال داده شده است؟		۲	کامل: ۲ ناقص یا عدم: ۰	
۸	جمع بندی فایل حاوی پرسشنامه بیمارستان و گزارش مداخلات آنها انجام شده است ؟		۵	کامل: ۵ ناقص: ۰	
۹	چک لیست پایش بیمارستان توسط مسئول بررسی مرگ خارج بیمارستانی تکمیل شده است و گزارش آن به بیمارستان ارسال شده ؟		۵	تکمیل چک لیست پایش هر سه ماه = ۵ هر شش ماه = ۳ تکمیل سالانه = ۱ عدم تکمیل = ۰	
۱۰	مداخلات پیشنهادی از پرسشنامه ها، پایش و ارزشیابی برنامه های سلامت کودکان ، پرونده و...) قبل از برگزاری کمیته استخراج شده است؟		۵	مشاهده لیست مداخلات: ۵ توانایی استخراج مداخلات: ۳ عدم: ۰	
۱۱	کمیته شهرستانی بررسی مرگ و میر کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه با حضور دو سوم اعضای اصلی هر دو ماه یکبار. برگزاری شود؟ (مشاهده صورتجلسات)		۵	هر دو ماه = ۵ هر سه ماه = ۳ ماه و بالاتر = ۲ عدم تشکیل = ۰	
۱۲	مداخلات پیشنهادی استخراج شده از (پرسشنامه ها، پایش و ارزشیابی و...) در کمیته های بررسی مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه تصویب شده است؟		۲	وجود مصوبه = ۲ عدم وجود مصوبه = ۰	
۱۳	لیست فعالیت های مربوط به هر کدام از مداخلات تعیین شده است؟ (مشاهده لیست فعالیت های تفصیلی)		۳	کامل: ۳ ناقص یا عدم: ۰	
۱۴	مصوبات (مداخلات، فعالیت ها) کمیته های بررسی مرگ کودکان به سطوح مسئول تا یک هفته پس از برگزاری کمیته ابلاغ شده است؟		۵	کامل = ۵ ناقص = ۳ عدم = ۰	
۱۵	اجرای فعالیت های تصویب شده در کمیته ها توسط مسئول بررسی مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه پیگیری شده است؟		۵	کتابی و کامل: ۵ کتبی و ناقص: ۳ شفاهی: ۱ عدم: ۰	

۱۶	مداخلاتی در سطح سازمان های خارج از شبکه بهداشت شهرستان طراحی و انجام شده است؟	۱۰	کتابی و کامل=۱۰ کتبی و ناقص=۵ شفاهی=۳ عدم=۰
۱۷	علت عدم انجام مداخلات مشخص و جمع بندی شده است؟	۵	کتابی=۵ شفاهی=۳ عدم=۰
۱۸	گزارش اجرای مداخلات تصویب شده کمیته بررسی مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه قبلی در کمیته حاضر ارائه شده است؟	۵	کتابی=۵ شفاهی=۳ عدم=۰
۱۹	گزارش کمیته شهرستانی به همراه فرم فعالیت های تفصیلی طی مدت حداکثر دو ماه به سایت ارسال شده است؟	۵	هر دو ماه:۵ تا ۳ ماه:۳ ۶ ماه بیشتر=۰
۲۰	اطلاعات تکمیل شده در نرم افزار به مسئول مرگ کودکان استان ارسال شده است؟	۵	هر دو هفته:۵ هر چهار هفته:۳ بقیه:۰
۲۱	گزارش عملکرد فعالیت های تفصیلی (بر اساس برنامه عملیاتی) و علت عدم انجام آن از طریق سایت ارسال شده است؟	۵	هر سه ماه:۵ تا ۴ ماه یکبار=۳ ۶ ماه بیشتر=۰
۲۲	شاخص ها و تحلیل نتایج اطلاعات مربوط به مرگ و میر کودکان در پایان هر سال و استفاده از نتایج فوق در بهبود برنامه ها استخراج شده است؟	۵	سالانه = ۵ عدم = ۰
جمع امتیاز		۱۰۰	

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

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

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

۳- تعداد مرگ هایی که به مسئول بررسی مرگ کودکان گزارش شده است با مرگ هایی که به واحد آمار اعلام شده است، مقایسه گردد در صورت تطبیق آمار، امتیاز کامل و در صورت عدم تطبیق آمار امتیاز تعلق نمی گیرد.

۴- تکمیل و انتقال کلیه اطلاعات اولیه مربوط به مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه توسط مسئول بررسی مرگ و میر در کمتر از ۲۴ ساعت پس از اطلاع از وقوع فوت تکمیل و به سایت انتقال یابد، در صورت تکمیل و انتقال موارد مرگ در کمتر از ۲۴ ساعت امتیاز کامل و در غیر این صورت امتیازی کسب نخواهد شد.

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

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

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

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

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

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

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

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

نکته ۴: در صورت دسترسی به اینترنت مسئول بررسی مرگ شهرستان بایستی کلیه اطلاعات مربوط به مرگهای اتفاق افتاده در بیمارستان را به همراه مداخلات تصویب شده دریافت نموده و در صورت عدم دسترسی به اینترنت بصورت فایل الکترونیکی از بیمارستان دریافت کند.

۹- چک لیست پایش بیمارستان بایستی ضمن حضور در بیمارستان هر سه ماه توسط مسئول بررسی مرگ خارج بیمارستانی به طور کامل و دقیق تکمیل شده باشد و پسخوراند نتایج بازدید به بیمارستان ارسال و نسبت به رفع مشکلات، پیگیری انجام شده باشد. در صورت مشاهده مستندات نمره کامل و در غیر این صورت طبق جدول امتیاز بندی نمره داده می شود.

۱۰- مداخلات پیشنهادی بر اساس پرسشنامه های تکمیل شده، نتایج پایش و ارزشیابی برنامه های سلامت کودکان و پرونده های بهداشتی مراقبت از کودک فوت شده استخراج شده (با توجه به توانایی کارشناس در استخراج مداخلات) لیست مداخلات استخراج شده مشاهده گردیده و پس از تایید، امتیاز کامل داده می شود و در غیر این صورت امتیازی کسب نخواهد شد.

۱۱- کمیته های شهرستانی هر دو ماه یکبار برگزار شده باشد. در صورت مشاهده تدوین صورت جلسات مطابق با دستورالعمل امتیاز کامل و در غیر این صورت امتیاز طبق جدول امتیازات داده می شود. (در صورت عدم وقوع مرگ می تواند همراه با کمیته مانا و کودک سالم هر سه ماه یکبار برگزار گردد)

۱۲- مداخلات پیشنهادی در هریک از صورتجلسات کمیته بررسی شده اند.

۱۳- لیست مکتوب فعالیت های تفضیلی برای هریک از مداخلات / مصوبات کمیته، توسط کارشناس مربوطه به طور کامل (طبق جدول مربوطه) تکمیل شده باشد.

۱۴- ضمن تدوین صورت جلسه کمیته ها بایستی مکاتبات لازم به منظور ابلاغ مصوبات / مداخلات کمیته و فعالیت های مربوط به هر مداخله به سطوح مسئول حداکثر یک هفته پس از برگزاری کمیته انجام شده باشد. در صورت مشاهده مستندات، امتیاز کامل دریافت نموده و در غیر این صورت مطابق جدول امتیازات بندی امتیازات داده می شود.

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

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

۱۷ و ۱۸- در صورت عدم انجام مصوبه / مداخله، علت منطقی عدم انجام مداخله مشخص شده است. در صورت مشاهده مستندات نمره کامل و در غیر این صورت طبق جدول امتیاز بندی نمره داده می شود انجام مداخلات تصویب شده در جلسه قبلی کمیته مرگ کودکان پیگیری و در کمیته حاضر، گزارش روند اجرای مداخلات (نتایج حاصل) به صورت مکتوب مشخص شده و در جلسه قرائت گردد. در صورت مشاهده موارد فوق امتیاز کامل دریافت می کند.

۱۹- صورتجلسات کمیته های بررسی مرگ به همراه اطلاعات ثبت شده در فرم فعالیت های تفضیلی حداکثر دوماه پس از برگزاری کمیته ها در نرم افزار (CSO) وارد گردیده و به سایت انتقال داده شده باشد. در صورت مشاهده مستندات در نرم افزار، نمره کامل و در غیر این صورت طبق جدول امتیاز بندی نمره داده می شود.

۲۰- مشاهده و بررسی اطلاعات تکمیل شده مرگ، نتایج پایش بیمارستان در سایت و در صورت عدم دسترسی به اینترنت اطلاعات در نرم افزار (CSO) تکمیل شده و به مسئول مرگ کودکان استان ارسال شده است. در صورت مشاهده و بررسی مستندات امتیاز کامل داده شود و در غیر این صورت مطابق جدول امتیاز بندی، نمره تعلق می گیرد.

۲۱- مشاهده و بررسی گزارش عملکرد فعالیت های تفضیلی و علل عدم انجام آن در سایت و در صورت عدم دسترسی به اینترنت، گزارش ها به مسئول مرگ کودکان استان ارسال گردد. در صورت مشاهده و بررسی مستندات امتیاز کامل داده شود و در غیر این صورت مطابق جدول امتیاز بندی، نمره تعلق می گیرد.

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

فرمهای مداخلات استخراج شده

فرم مداخلات استخراج شده از اطلاعات نظام مراقبت کودکان داخل بیمارستانی

نام تکمیل کننده.....

نام دانشگاه.....

تعداد مرگ داخل بیمارستانی وارد شده در سایت	تعداد پرسشنامه وارد شده در فایل CSO	تعداد پرسشنامه تکمیل شده				تعداد مرگ داخل بیمارستانی	تعداد بیمارستانی که مداخله		تعداد کمیته بیمارستانی	ماه های سال
		ب	ج	د	ه		نوشته اند	اجرا کرده اند		
									فروردین	
									اردیبهشت	
									خرداد	
									تیر	
									مرداد	
									شهریور	
									مهر	
									آبان	
									آذر	
									دی	
									بهمن	
									اسفند	

وضعیت اجرا				لیست مداخلات استخراج شده از اطلاعات نظام مراقبت کودکان داخل بیمارستانی	ردیف
علت تاخیر یا عدم اجرا یا عدم تصویب	وضعیت انجام مداخله	تاریخ تصویب کمیته درمان (ماه)	تاریخ استخراج (ماه)		
					۱
					۲
					۳
					۴
					۵
					۶
					۷
					۸
					۹
					۱۰
					۱۱
					۱۲
					۱۳
					۱۴

فرم مداخلات استخراج شده از اطلاعات نظام مراقبت کودکان خارج بیمارستانی

نام تکمیل کننده.....

نام دانشگاه.....

تعداد مرگ خارج بیمارستانی وارد شده در سایت	تعداد پرسشنامه وارد شده در فایل CSO	تعداد پرسشنامه تکمیل شده			تعداد مرگ خارج بیمارستانی	تعداد مداخله های		تعداد کمیته شهرستانی	ماه های سال
		ب	ج	د		نوشته شده	اجرا شده		
		۴	۴	۴	۵				فروردین - اردیبهشت
									خرداد - تیر
		۱	۱	۱	۱				مرداد - شهریور
		۳	۳	۳	۳				مهر - آبان
									آذر - دی
									بهمن - اسفند

وضعیت اجرا				لیست مداخلات استخراج شده از اطلاعات نظام مراقبت کودکان خارج بیمارستانی	ردیف
علت تاخیر یا عدم اجرا یا عدم تصویب	وضعیت انجام مداخله	تاریخ تصویب کمیته بهداشتی (ماه)	تاریخ استخراج (ماه)		
					۱
					۲
					۳
					۴
					۵
					۶
					۷
					۸
					۹
					۱۰
					۱۱
					۱۲
					۱۳
					۱۴
					۱۵

فرم مداخلات استخراج شده از اطلاعات نظام مراقبت کودکان در دانشگاه

نام تکمیل کننده.....

نام دانشگاه.....

وضعیت اجرا				لیست مداخلات استخراج شده از اطلاعات نظام مراقبت کودکان دانشگاه	ردیف
علت تاخیر یا عدم اجرا یا عدم تصویب	وضعیت انجام مداخله	تاریخ تصویب کمیته (ماه)	تاریخ استخراج (ماه)		
					۱
					۲
					۳
					۴
					۵
					۶
					۷
					۸
					۹
					۱۰
					۱۱
					۱۲
					۱۳
					۱۴
					۱۵
					۱۶
					۱۷
					۱۸
					۱۹
					۲۰

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

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

اعضاء کمیته :

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

روش انجام کار :

- 1-جلسات کمیته باید بطور مرتب و حداقل هر ۶ ماه یک بار تشکیل گردد.
 - ۲-ریاست کمیته را معاون درمان دانشگاه عهده دار خواهد بد .
 - ۳- دبیر کمیته توسط معاون درمان دانشگاه و از بین اعضاء جلسه (ترجیحاً مسوول بررسی مرگ داخل بیمارستانی) انتخاب خواهد شد .
 - ۴-ریاست کمیته های بیمارستانی کاهش مرگ ومیر بر حسب دستورکار جلسه موظف به شرکت درجلسات خواهند بود.
- تبصره** -تشکیل جلسه خارج از زمان مقرر و بر حسب نیاز ، دعوت از سایر متخصصین و کارشناسان برای شرکت در جلسات و انجام امور محوله با نظر رئیس کمیته و تصویب ایشان بدون مانع می باشد .

وظایف اعضاء کمیته :

- 1-بحث و بررسی لیست پیشنهادی مداخلات داخل بیمارستانی مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه دانشگاه، استخراج شده از نرم افزارو پرسشنامه های مربوطه و همچنین بررسی اطلاعات،ارائه پیشنهاد ها وگزارشات ارسال شده از بیمارستان ها.
- ۲-مصوب کردن مداخلات بر اساس اطلاعات بدست آمده.
- ۳-تعیین بخش یاسطح مداخله کننده و سقف زمانی برای اجرای مداخله.
- ۴-ابلاغ اجرای مداخله به سطح تعیین شده.
- ۵-تعیین مسئولین اجرای پایش و ارزیابی بر نحوه اجرای مداخلات تصویب شده.
- ۶- ارائه پیشنهاد به کمیته دانشگاهی بررسی مرگ و میر کودکان برای اجرای مداخلات تصویب شده در سطح دانشگاه
- ۷ - نظارت بر تشکیل و حسن اجرای وظایف کمیته های بیمارستانی بررسی مرگ و میر کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه .
- ۸ - جلب همکاری های بین بخشی

تبصره ۱ -در صورتیکه چندماه گذشته مرگ کودکی اتفاق نیافتاده است یا لیست مداخلاتی از مرگ های اتفاق افتاده، استخراج نمی شود لیست پیشنهادی مداخلات باید براساس اطلاعات پایش و ارزیابی بخش های کودکان واورژانس بیمارستانها استخراج شود.

وظایف رئیس کمیته :

- 1-اداره جلسات کمیته .

۲- تقسیم کار و تعیین وظایف اعضاء کمیته .

۳- تشکیل کمیته های فرعی کارشناسی .

۴- تایید صورتجلسه کمیته و ابلاغ آن .

۵- تعیین دبیر کمیته .

وظایف دبیر کمیته :

1- تهیه دستور جلسه با هماهنگی ریاست کمیته .

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

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

۴- گزارش حضور و غیاب اعضاء به ریاست جلسه .

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

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

وظایف منشی کمیته :

1- تهیه دعوت نامه ها .

۲- تهیه صورتجلسه .

۳- کمک به دبیر کمیته در اجرای وظایف محوله .

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

اعضاء کمیته :

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

روش انجام کار :

- ۱-جلسات کمیته باید بطور مرتب و حداقل هر ۶ ماه یک بار تشکیل گردد.
 - ۲-ریاست کمیته را معاون بهداشتی دانشگاه عهده دار خواهد بد .
 - ۳- دبیر کمیته توسط معاون بهداشتی دانشگاه و از بین اعضاء جلسه (ترجیحاً مسوول بررسی مرگ کودکان خارج بیمارستانی) انتخاب خواهد شد .
 - ۴-ریاست کمیته های شهرستانی بررسی مرگ و میر کودکان بر حسب دستورکار جلسه موظف به شرکت در جلسات خواهند بود .
- تبصره** -تشکیل جلسه خارج از زمان مقرر و بر حسب نیاز ، دعوت از سایر متخصصین و کارشناسان برای شرکت در جلسات و انجام امور محوله با نظر رئیس کمیته و تصویب ایشان بدون مانع می باشد .

وظایف اعضاء کمیته :

- ۱-بحث و بررسی لیست پیشنهادی مداخلات خارج بیمارستانی مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه دانشگاه، استخراج شده از نرم افزار پرسشنامه های مربوطه و همچنین بررسی اطلاعات، ارائه پیشنهاد ها و گزارشات ارسال شده از شهرستان ها.
 - ۲-مصوب کردن مداخلات بر اساس اطلاعات بدست آمده.
 - ۳- تعیین بخش یا سطح مداخله کننده و سقف زمانی برای اجرای مداخله.
 - ۴-بلاغ اجرای مداخله به سطح تعیین شده.
 - ۵-تعیین مسئولین اجرای پایش و ارزیابی بر نحوه اجرای مداخلات تصویب شده.
 - ۶- ارائه پیشنهاد به کمیته دانشگاهی بررسی مرگ و میر کودکان برای اجرای مداخلات تصویب شده در سطح دانشگاه
 - ۷-نظارت بر تشکیل و حسن اجرای وظایف کمیته های بیمارستانی بررسی مرگ و میر کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه .
 - ۸-جلب همکاری های بین بخشی
- تبصره ۱** -در صورتیکه چندماه گذشته مرگ کودکی اتفاق نیافتاده است یا لیست مداخلاتی از مرگ های اتفاق افتاده، استخراج نمی شود لیست پیشنهادی مداخلات باید براساس اطلاعات پایش و ارزیابی برنامه های کودکان دانشگاه استخراج شود.

وظایف رئیس کمیته :

- ۱-اداره جلسات کمیته .

۲- تقسیم کار و تعیین وظایف اعضاء کمیته .

۳- تشکیل کمیته های فرعی کارشناسی .

۴- تایید صورتجلسه کمیته و ابلاغ آن .

۵- تعیین دبیر کمیته .

وظایف دبیر کمیته :

1- تهیه دستور جلسه با هماهنگی ریاست کمیته .

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

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

۴- گزارش حضور و غیاب اعضاء به ریاست جلسه .

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

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

وظایف منشی کمیته :

۱- تهیه دعوت نامه ها .

۲- تهیه صورتجلسه .

۳- کمک به دبیر کمیته در اجرای وظایف محوله .

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

اعضاء کمیته :

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

روش انجام کار :

- ۱- جلسات کمیته باید بطور مرتب و حداقل هر ۶ ماه یک بار تشکیل گردد.
- ۲- ریاست کمیته را ریاست دانشگاه عهده دار خواهد بود .
- ۳- دبیر کمیته توسط ریاست دانشگاه و از بین اعضاء جلسه (ترجیحاً از بین یکی از معاونین) انتخاب خواهد شد .
- تبصره ۱- اعضاء کمیته به مدت ۲ سال و با حکم ریاست دانشگاه منصوب می شوند.
- تبصره ۲- جلسه با حضور بیش از دو سوم اعضاء رسمیت پیدا می کند.
- تبصره ۳- تشکیل جلسه خارج از زمان مقرر و بر حسب نیاز ، دعوت از سایر متخصصین و کارشناسان برای شرکت در جلسات و انجام امور محوله با نظر رئیس کمیته و تصویب ایشان بدون مانع می باشد .

وظایف اعضاء کمیته :

- ۱ - بحث و بررسی لیست پیشنهادی مداخلات مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه دانشگاه، استخراج شده از نرم افزار پرسشنامه های مربوطه و همچنین بررسی اطلاعات، ارائه پیشنهاد ها و گزارشات ارسال شده از معاونت ها و شهرستان ها.
- ۲ - مصوب کردن مداخلات بر اساس اطلاعات بدست آمده.
- ۳ - تعیین بخش یا سطح مداخله کننده و سقف زمانی برای اجرای مداخله.
- ۴ - ابلاغ اجرای مداخله به سطح تعیین شده.
- ۵ - تعیین مسئولین اجرای پایش و ارزیابی بر نحوه اجرای مداخلات تصویب شده.
- ۶ - ارائه پیشنهاد به کمیته کشوری بررسی مرگ و میر کودکان برای اجرای مداخلات تصویب شده در سطح ستادی
- ۷ - نظارت بر تشکیل و حسن اجرای وظایف کمیته های شهرستانی و بیمارستانی بررسی مرگ و میر کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه .
- ۸ - جلب همکاری های بین بخشی

تبصره ۱ - در صورتیکه چندماه گذشته مرگ کودکی اتفاق نیافتاده است یا لیست مداخلاتی از مرگ های اتفاق افتاده، استخراج نمی شود لیست پیشنهادی مداخلات باید براساس اطلاعات پایش و ارزیابی برنامه های کودکان دانشگاه استخراج شود.

وظایف رئیس کمیته :

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

وظایف دبیر کمیته :

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

وظایف منشی کمیته :

- ۱ - تهیه دعوت نامه ها .