

کدمتوفی:	پرستشنامه "ب": مخصوص بررسی مشخصات کلی خانواده و سوابق بیماری متوفی ۱-۵۹ ماهه	شماره پرونده/ خانوار:
نام دانشگاه/دانشکده: نام شهرستان: نام بیمارستان:..... کد ملی متوفی:.....		
۱- نام و نام خانوادگی متوفی:	۲- سن متوفی هنگام فوت (برحسب ماه):	
۳- تاریخ تولد متوفی:/...../.....	۴- زمان وقوع فوت:/...../..... ساعت:.....	
۵- جنس و ملیت متوفی: ۱- پسر <input type="checkbox"/> ۲- دختر <input type="checkbox"/>	۶- منطقه سکونت: ۱- شهری <input type="checkbox"/> ۲- روستایی <input type="checkbox"/> ۳- عشایر <input type="checkbox"/>	
۷- وضعیت حضورمتوفی 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)...../...../.....		
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- کودک کدامیک از علائم زیر را (قبل از مراجعه) داشت؟ زمان مشاهده اولین علامت ذیل: (ساعت)...../...../..... مشکل بودن تنفس <input type="checkbox"/> عدم توانایی نوشیدن(شیر یا مایعات) <input type="checkbox"/> تشنج در این بیماری <input type="checkbox"/> استفراغ بدنال خوردن هر چیزی <input type="checkbox"/> خواب آلودگی یا کاهش هوشیاری <input type="checkbox"/> خونریزی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>		
۱۳- برای درمان کودک(آخرین بار قبل از وقوع فوت) بترتیب به چه کسی یا محلی مراجعه کردید؟(درخانه مقابل هرگزینیه انتخابی ترتیب مراجعه را ثبت نمایید) ۱- بیمارستان <input type="checkbox"/> ... ۲- مرکز بهداشتی یا درمانگاه 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 ۲۲ بروید.		
۱۴- زمان مراجعه به اولین مرکز درمانی قبل از وقوع فوت: (ساعت)...../...../.....		
۱۵- آیا انتقال کودک توسط آمبولانس صورت گرفت؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> اگر خیر، علت؟ عدم دسترسی فوری <input type="checkbox"/> به نظرم نیازی نبود <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> اگر بلی، آیا حین انتقال برای کودک سرم تزریق شده بود؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> سایر اقدامات:..... مدت زمان انتقال:.....		
۱۶- 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"/>		
۱۷- آیا برای کودک، دستورات درمانی و تشخیصی توصیه شده بود؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی داند <input type="checkbox"/> اگر جواب، خیر و نمی داند به سوال ۲۰ بروید		
۱۸- 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"/>		
۱۹- وضعیت خانواده در قبال دستورات درمانی و تشخیصی توصیه شده: : ۱۹-۱- دسترسی به درمان و داروی توصیه شده <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی داند <input type="checkbox"/> ۱۹-۲- دسترسی به آزمایشگاه و رادیولوژی توصیه شده <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی داند <input type="checkbox"/> ۱۹-۳- مشکلات اقتصادی در راه تامین و انجام توصیه ها <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی داند <input type="checkbox"/>		
۲۰- 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		
۲۱- 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"/>		
۲۲- 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"/> - آیا مرگ فرزند قبلی مشابه مرگ این فرزند است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی داند <input type="checkbox"/> سایر:..... سن متوفی:..... جنس:		
۲۳- داستان مرگ از زبان مادر یا سرپرست کودک: (توضیحات اضافه تر)		
نام خانوادگی پاسخ دهنده:	نسبت بامتوفی:	آدرس یا شماره تلفن تماس: