

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

نام و نام خانوادگی متوفی: .....	کد متوفی: .....
۱- آیا زمان مراجعه به بیمارستان مناسب بود؟ <input type="checkbox"/> ۱-بله <input type="checkbox"/> ۲-خیر <input type="checkbox"/> ۳- نامعلوم <b>اگر خیر، علت :</b> ۱- تاخیر در تصمیم گیری توسط خانواده <input type="checkbox"/> ۲- تاخیر در ارجاع به این بیمارستان <input type="checkbox"/> ۳- تاخیر در تشخیص و درمان <input type="checkbox"/> ۴- سایر <input type="checkbox"/> .....	
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 <input type="checkbox"/>	
۲- 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 <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/>	
۶- آیا اجرای اقدامات تشخیصی به موقع بوده است؟ <input type="checkbox"/> ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/>	
۷- آیا اجرای اقدامات درمانی به موقع بوده است؟ <input type="checkbox"/> ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/>	
۸- آیا امکان تشخیصی دیگری برای بیمار وجود داشت؟ <input type="checkbox"/> ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> <b>اگر خیر به سوال ۱۰ برود</b>	
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 <input type="checkbox"/>	
۱۰- آیا امکان اقدام درمانی دیگری برای بیمار وجود داشت؟ <input type="checkbox"/> ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> <b>اگر خیر به سوال ۱۲ برود</b>	
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 <input type="checkbox"/>	
۱۲- آیا درخواست ارجاع بیمار به مرکز درمانی دارای امکانات بیشتر ضرورت داشته است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <b>در صورت خیر، علت :</b> ۱- عدم درخواست ارجاع <input type="checkbox"/> ۲- ندادن پذیرش بیمارستان مقصد <input type="checkbox"/> ۳- عدم امکانات لازم جهت انتقال کودک <input type="checkbox"/> <b>در صورت بله:</b> آیا اقدامات درمانی حمایتی قبل از انتقال مناسب و کافی بوده است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر آیا اقدامات درمانی حمایتی حین انتقال مناسب و کافی بوده است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	
۱۳- آیا کودک قبل از بستری، نیاز به مراقبت خاصی داشته است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> اگر بله، آیا مراقبت ها بدرستی انجام گرفته است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	
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: <b>گروه اصلی (ICD10):</b> حوادث و سوانح غیر عمدی <input type="checkbox"/> . ناهنجاریهای مادرزادی و کروموزومی <input type="checkbox"/> بیماریهای دستگاه تنفسی <input type="checkbox"/> بیماریهای قلبی عروقی <input type="checkbox"/> . بیماریهای عفونی و انگلی <input type="checkbox"/> . بیماریهای دستگاه عصبی مرکزی <input type="checkbox"/> . بیماریهای دستگاه گوارش <input type="checkbox"/> بیماریهای تغذیه ، غده متابولیک <input type="checkbox"/> سرطانات <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"/> ..... <b>زیر گروه:</b> ..... <b>زیر گروه زیر گروه:</b> .....	
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 بله 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:	