

کد متوفی:	پرسشنامه "د" مخصوص بررسی کلی سوابق رسیدگی (اقدامات پزشکی) در بخش بیمارستان متوفی ۱-۵۹ ماهه
نحوه پذیرش کودک: ۱- از اورژانس <input type="checkbox"/> ۲- درمانگاه <input type="checkbox"/> ۳- از بخش دیگر <input type="checkbox"/> ۴- ارجاع از سایر مراکز <input type="checkbox"/> ۵- سایر <input type="checkbox"/>	
۱- زمان ورود کودک به بخش (ساعت و دقیقه)/...../۱۳	۲- زمان خروج یا فوت کودک: (ساعت و دقیقه)/...../۱۳
۲- زمان اولین دستورپزشک (ساعت و دقیقه)/...../۱۳	۴- زمان اولین اجرای دستور (ساعت و دقیقه)/...../۱۳
۵- وضعیت بیمار در بدو ورود به بخش در گزارش پرستاری چگونه ثبت شده است؟ ۱- وضعیت عمومی مناسب <input type="checkbox"/> ۲- وضعیت عمومی خیلی بد: (قطع تنفس/سیانوز مرکزی/دیسترس تنفسی شدید <input type="checkbox"/> خونریزی <input type="checkbox"/> شوک <input type="checkbox"/> تشنج <input type="checkbox"/> کما <input type="checkbox"/>) ۳- وضعیت عمومی نامناسب (نشانه های خطر) <input type="checkbox"/> کدامیک از نشانه ها؟ عدم توانایی خوردن و نوشیدن <input type="checkbox"/> - خواب آلودگی یا کاهش هوشیاری <input type="checkbox"/> - استفراغ یا خوردن هر چیزی <input type="checkbox"/> - تشنج در زمان این بیماری <input type="checkbox"/> - سایر <input type="checkbox"/>	
۶- علائم حیاتی کودک در بدو ورود به بخش: تعداد تنفس: تعداد نبض: درجه حرارت: BP:	
۷- آیا تشخیص اولیه / احتمالی در پرونده نوشته شده است؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> اگر بلی، نام ببرید:	
۸- آیا برگ شرح حال به صورت کامل نوشته شده است؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/>	
۹- آیا سابقه بیماری مزمن وجود داشته است؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> اگر بلی، نام ببرید:	
۱۰- آیا طی مدت بستری در بخش، وزن کودک طبق روتین بخش یا دستور پزشک ثبت شده است؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> اگر بلی، وضعیت وزن گیری: ۱- افزایش <input type="checkbox"/> ۲- کاهش <input type="checkbox"/> ۳- بدون تغییر <input type="checkbox"/> آخرین وزن ثبت شده کیلوگرم	
۱۱- چگونگی ثبت سیربیماری (پزشک) از نظر حال عمومی، علائم حیاتی و معاینه کودک: ۱- کامل <input type="checkbox"/> ۲- ناقص <input type="checkbox"/> ۳- ثبت نشده است <input type="checkbox"/>	
۱۲- آیا گزارش پرستاری در هر اجرای دستور از نظر اقدامات انجام شده، ثبت شده است؟ ۱- کامل <input type="checkbox"/> ۲- ناقص <input type="checkbox"/> ۳- ثبت نشده است <input type="checkbox"/>	
۱۳- سیر بیماری کودک در طی بستری در بخش چگونه بوده است؟ ۱- وضعیت ناپایدار یا متغیر <input type="checkbox"/> ۲- وخیم شدن بیماری بصورت تدریجی <input type="checkbox"/> ۳- وخیم شدن بیماری بصورت ناگهانی <input type="checkbox"/>	
۱۴-۱- آیا برای کودک، اقدامات درمانی درخواست شده است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> اگر بلی، آیا این اقدامات به طور کامل انجام شده بود؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۱۴-۲- آیا برای کودک، اقدامات تشخیصی خاصی درخواست شده است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> اگر بلی، آیا این اقدامات به طور کامل انجام شده بود؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
اگر جواب در انجام هر اقدام خیر است، علت: ۱- عدم دسترسی به درمان و داروی توصیه شده <input type="checkbox"/> ۲- عدم امکانات مورد نیاز <input type="checkbox"/> ۳- مشکلات اقتصادی در راه انجام توصیه ها <input type="checkbox"/> ۴- سایر <input type="checkbox"/>	
۱۵- آیا ارجاع کودک به مرکز یا بخش دیگری درخواست (توصیه) شده است؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> اگر جواب، خیر بود به سوال ۱۷ بروید	
۱۶- آیا ارجاع انجام شده است؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> اگر خیر، علت را بنویسید:	
۱۷- آیا کودک قبل از فوت یا خروج از بخش علائم خطر فوری داشته است؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/>	
۱۷-۱- با کدام علامت؟ قطع تنفس/سیانوز مرکزی/دیسترس تنفسی شدید <input type="checkbox"/> خونریزی <input type="checkbox"/> شوک/انتهای سرد <input type="checkbox"/> تشنج <input type="checkbox"/> کما <input type="checkbox"/>	
۱۷-۲- 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:	
۱۷-۳- آیا برای کودک اقدامات احیا به موقع انجام شد؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> اگر خیر، علت:	
۱۷-۴- 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:	
۱۷-۵- 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:	
۱۷-۶- آیا تمامی پرسنل احیاگر کارگاه استاندارد احیای را طی دو سال گذشته گذرانده اند؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/>	