



نظام مراقبت مرگ نوزادان خارج بیمارستانی ۱۳۹۴



نام خانوادگی نوزاد:

کد ملی نوزاد:

- نوع بیمه نوزاد: تامین اجتماعی خدمات درمانی (غیر روستایی) خدمات درمانی (روستایی) نیروهای مسلح
- کمیته امداد امام خمینی سایر بیمه ها (نفت، بانک ها، ...) ندارد
- نسبت خویشاوندی مادر و پدر نوزاد: دارد ندارد

تاریخ زایمان: ساعت زایمان: تاریخ فوت: ساعت فوت:

جنس متوفی: پسر دختر مبهم ملیت متوفی: ایرانی غیر ایرانی شماره ملی سرپرست خانوار:

محل سکونت: شهر روستا غیر ساکن استان محل سکونت: شهرستان محل سکونت:

مکان وقوع فوت: منزل در راه انتقال مراکز درمانی دولتی مراکز درمانی خصوصی

محل وقوع حادثه: بیمارستان/زایشگاه منزل سایر

محل تولد نوزاد: دانشگاه شهرستان بیمارستان تسهیلات زایمانی منزل سایر

سال تولد مادر:

تحصیلات مادر: بی سواد ابتدایی/نهضت سواد آموزی راهنمایی/متوسطه ۱ دبیرستان/متوسطه ۲

فوق دیپلم تا فوق لیسانس دکترای تخصصی/فوق دکترا سایر

سن بارداری هنگام زایمان (به هفته):

تعداد بارداری های مادر (گراویدینه): فاصله این بارداری از بارداری پیشین (به ماه):

نوع زایمان:

طبیعی سزارین

در صورت انجام زایمان به روش طبیعی کدام نوع: فیزیولوژیک با روش های کاهش درد غیر دارویی بی درد دارویی با فورسپس/ وکیوم

در صورت انجام زایمان به روش سزارین علت:

سزارین پیشین و سابقه میومکتومی عدم پیشرفت زجر جنین نمایش غیرطبیعی

مشکلات جفت و بند ناف عدم تناسب سر با لگن پرفشاری خون مادر درخواست مادر سایر علت ها

عامل زایمان:

متخصص زنان و زایمان مامای تحصیل کرده فرد دوره دیده فرد دوره ندیده

تعداد قل ها: رتبه قل فوت شده: وزن هنگام تولد (به گرم): سابقه مرده زایی مادر: دارد ندارد

علت اصلی مرگ بر اساس گروه بندی ICD10

اختلالات مشخصی با منشأ دوران پیرامون تولد:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> اختلالات ناشی از عوامل مادری و عوارض بارداری و زایمان | <input type="checkbox"/> اختلالات خونی و خونریزی دهنده جنین و نوزاد |
| <input type="checkbox"/> اختلالات تنفسی و قلبی و عروقی مخصوص دوره پیرامون تولد | <input type="checkbox"/> اختلالات گذرای غدد و متابولیک جنینی و نوزاد |
| <input type="checkbox"/> وضعیت تنظیم دما و پوشش جنین و نوزاد | <input type="checkbox"/> اختلالات مربوط به طول بارداری و رشد جنین |
| <input type="checkbox"/> عفونت های مخصوص دوره پیرامون تولد | <input type="checkbox"/> اختلالات دستگاه گوارش جنین و نوزاد |
| <input type="checkbox"/> سایر اختلالات با منشأ دوره پیرامون تولد | <input type="checkbox"/> صدمات زایمانی |

ناهنجاری های بدو تولد و کروموزومی:

- عصبی قلبی عروقی تنفسی گوارشی ادراری تناسلی چشم، گوش، صورت و گردن سایر ناهنجاری ها کروموزومی

حوادث و سوانح (علل خارجی مرگ):

- حوادث حمل و نقل مسمومیت سقوط غرق شدن سوختگی سایر

ناهنجاری بدو تولد:

در صورت بلی ، علت:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ندارد | <input type="checkbox"/> دارد |
| <input type="checkbox"/> نقص لوله عصبی (NTD) | <input type="checkbox"/> سایر ناهنجاری های لوله عصبی |
| <input type="checkbox"/> سندرم داون (تربزومی ۲۱) | <input type="checkbox"/> سایر ناهنجاری های کروموزومی |
| <input type="checkbox"/> عضلانی و اسکلتی | <input type="checkbox"/> گوارشی <input type="checkbox"/> گوش و چشم <input type="checkbox"/> گردن و صورت <input type="checkbox"/> سایر ناهنجاری های تعریف نشده |

در صورت بلی ، علت:

بیماری های زمینه ای مادر:

- | | | | | | | | |
|--|------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|---|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> قلبی عروقی | <input type="checkbox"/> اتوایمیون | <input type="checkbox"/> روانی | <input type="checkbox"/> پرفشاری خون | <input type="checkbox"/> هماتولوژیک | <input type="checkbox"/> عصبی (نورولوژیک) | <input type="checkbox"/> ربوی | <input type="checkbox"/> دیابت |
| <input type="checkbox"/> سوء مصرف مواد و دارو <input type="checkbox"/> کلیوی <input type="checkbox"/> تیروئید <input type="checkbox"/> عفونی <input type="checkbox"/> سایر | | | | | | | |

در صورت بلی ، علت:

شرایط مرتبط با بارداری مادر:

- | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|--|---------------------------------------|--------------------------------------|---|---------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> دیابت بارداری | <input type="checkbox"/> محدودیت رشد داخلی رحمی / کوچک برای سن بارداری | <input type="checkbox"/> بزرگ برای بارداری | <input type="checkbox"/> پرفشاری خون بارداری | <input type="checkbox"/> پلی هیدرآمنیوس | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> اولیگوهایدرآمنیوس | <input type="checkbox"/> زایمان دیررس | <input type="checkbox"/> پره اکلامپسی | <input type="checkbox"/> اکلامپسی | <input type="checkbox"/> دکولمان | <input type="checkbox"/> درد زایمان بیش از ۱۸ ساعت | <input type="checkbox"/> نمایش غیرطبیعی جنین | <input type="checkbox"/> زایمان زودرس | <input type="checkbox"/> جفت سر راهی | <input type="checkbox"/> پارگی زود رس کیسه آب | <input type="checkbox"/> عفونت ادراری | <input type="checkbox"/> سایر |

بیماریهای که هنگام فوت همراه نوزاد بوده یا سبب فوت وی شده است.

- | | | | | | |
|---|---|---|---------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> سابقه بستری در بیمارستان | <input type="checkbox"/> ناهنجاری ارثی | <input type="checkbox"/> تشنج | <input type="checkbox"/> مشکلات تنفسی | <input type="checkbox"/> زردی شدید | <input type="checkbox"/> عفونت |
| <input type="checkbox"/> مشکلات تغذیه ای | <input type="checkbox"/> مسمومیت دارویی | <input type="checkbox"/> استرس ناشی از سرما | <input type="checkbox"/> نا مشخص | <input type="checkbox"/> سایر | |

آیا انتقال / اعزام به بیمارستان درخواست شده است؟

علت عدم انتقال / اعزام چه بوده است؟

- عدم پذیرش بخش / بیمارستان مقصد عدم دسترسی به امکانات انتقال / اعزام عدم تمایل اولیای نوزاد به اعزام / انتقال سایر موارد

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده و تاریخ تکمیل فرم: