

باسمه تعالی

نام پرسشگر.....وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تاریخ پرسشگری:.....

شماره پرونده/ خانوار:.....	پرستشنامه "ب": مخصوص بررسی مشخصات کلی خانواده و سوابق بیماری متوفی ۱-۵۹ ماهه	کد متوفی:
دانشگاه/دانشکده: نام شهرستان : نام بیمارستان..... کد ملی متوفی: _ _ _ _ _		
نام و نام خانوادگی متوفی:	۲- سن متوفی هنگام فوت (بر حسب ماه):	
تاریخ تولد متوفی :...../...../..... ۱۳.....	۴- زمان وقوع فوت :...../...../..... ۱۳..... ساعت.....	
جنس و ملیت متوفی: ۱- پسر <input type="checkbox"/> ۲- دختر <input type="checkbox"/>	۶- منطقه سکونت: ۱- شهری <input type="checkbox"/>	
- ایرانی <input type="checkbox"/> ۲- غیر ایرانی <input type="checkbox"/>	۲- روستایی <input type="checkbox"/> ۳- عشایر <input type="checkbox"/>	
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"/>		
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"/>		
یا 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..		
زمان وقوع حادثه : (ساعت) /...../..... ۱۳.....		
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"/>		
کودک کدامیک از علائم زیر را (قبل از مراجعه) داشت؟ زمان مشاهده اولین علامت ذیل : (ساعت) /...../..... ۱۳.....		
ککل 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"/>		
آب آلودگی یا کاهش هوشیاری <input type="checkbox"/> خونریزی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>		
برای درمان کودک (آخرین بار قبل از وقوع فوت) بترتیب چه کسی یا محلی مراجعه کردید؟ (درخانه مقابل هرگزینه 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"/> ..		
- به هیچ کجا <input type="checkbox"/> اگر جواب گزینه ۱ یا ۲ یا ۳ نباشد به سوال ۲۲ بروید.		
زمان مراجعه به اولین مرکز درمانی قبل از وقوع فوت: (ساعت) /...../..... ۱۳.....		
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 نیاز نبود <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>		
بله، آیا حین انتقال برای کودک سرم تزریق شده بود؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> سایر اقدامات..... مدت زمان انتقال:.....		
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"/>		
آیا برای کودک، دستورات درمانی و تشخیصی توصیه شده بود؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/> اگر جواب ، خیر و نمی داند بود به سوال ۲۰ بروید		
آیا پس از ویزیت ، بلافاصله اقدامات درمانی و تشخیصی انجام شده است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>		
وضعیت خانواده در قبال دستورات درمانی و تشخیصی توصیه شده :		
۱- دسترسی به درمان و داروی توصیه شده <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>		
۱- دسترسی به آزمایشگاه و رادیولوژی توصیه شده <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>		
۱- مشکلات اقتصادی در راه تامین و انجام توصیه ها <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>		
آیا درخواست انتقال به مرکز دیگری توصیه شده بود؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>		
بله : آیا انتقال ، انجام شده است ؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر ، علت را ذکر کنید		
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"/>		
آیا تاکنون فرزند دیگری در سن کمتر از سال در خانواده فوت کرده است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>		
مرگ فرزند قبلی مشابه مرگ این فرزند است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/> سایر..... سن متوفی..... جنس		
داستان مرگ از زبان مادر یا سرپرست کودک: (توضیحات اضافه تر)		

آدرس یا شماره تلفن تماس :

نسبت با متوفی:

خانوادگی پاسخ دهنده: