

باسمه تعالی

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

پرسشنامه "ج": مخصوص بررسی کلی سوابق رسیدگی (اقدامات پزشکی) سرپایی به بیماری متوفی ۱-۰۹ ماهه

کد متوفی: .....	نام و نام خانوادگی متوفی: .....
<p>آخرین مرکز مراجعه شده: ۱- اورژانس بیمارستان آموزشی <input type="checkbox"/> ۲- اورژانس بیمارستان غیر آموزشی دولتی <input type="checkbox"/> ۳- اورژانس بیمارستان خصوصی <input type="checkbox"/></p> <p>۴- خانه بهداشت <input type="checkbox"/> ۵- مرکز بهداشتی یا درمانی دولتی <input type="checkbox"/> ۶- مطب و مراکز خصوصی <input type="checkbox"/></p>	
<p><b>نحوه پذیرش کودک:</b> ۱- مراجعه مستقیم توسط والدین (یا سرپرست) <input type="checkbox"/> ۲- ارجاع از سایر مراکز <input type="checkbox"/> ۳- سایر <input type="checkbox"/></p> <p>آیا انتقال کودک توسط آمبولانس صورت گرفت؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> اگر خیر، علت؟ .....</p> <p>اگر بلی، آیا اقدامات انتقال، به طور مطلوب انجام شده است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> - اگر خیر، اقدامات نامطلوب: (امکانات، پرسنل، ...) .....</p>	
۱ - زمان ورود کودک به مرکز/ اورژانس ..... (ساعت و دقیقه) /...../...../ ۱۲	۲- زمان خروج/ فوت کودک از مرکز/ اورژانس: ..... (ساعت و دقیقه) /...../...../ ۱۳
<p>۳- آیا کودک بیش از ۲ ساعت در مرکز یا اورژانس بوده است؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> اگر بلی، علت:</p> <p>۱- منتظر پذیرش یا بیمارستان <input type="checkbox"/> ۲- عدم امکان انتقال از محل انتقال <input type="checkbox"/> ۳- اقدامات تشخیصی درمانی طول کشیده <input type="checkbox"/> ۴- سایر <input type="checkbox"/> به تفکیک</p>	
<p>۴-۱- کدام علامت خطر فوری را داشته است؟ 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"/></p> <p>۴-۲- آیا نیاز به خون و فرآورده های خونی بود؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> اگر بلی، آیا دردسترس بود؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> اگر خیر، علت: .....</p> <p>۴-۳- آیا اقدامات اولیه احیا (CABD) انجام شد؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> اگر خیر، علت: .....</p> <p>اگر بلی، آیا اقدامات احیا انجام شده است؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> اگر خیر، علت: .....</p> <p>۴-۴- آیا اقدام احیا ناموفق بود؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/></p> <p>۴-۵- آیا بعد از انجام اقدامات احیاء، کودک به بخش مراقبتهای ویژه منتقل شده بود؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> اگر خیر، علت: .....</p>	
<p>۵- آیا علایم حیاتی بدو ورود در برگه شرح حال پرونده ثبت شده است؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> اگر خیر، علت: ..... تعداد تنفس: ..... تعداد نبض: ..... درجه حرارت: .....</p>	
<p>۶- آیا در بدو ورود نشانه های خطر داشته است؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> اگر بلی، کدامیک از نشانه ها؟ ۱- عدم توانایی خوردن و نوشیدن <input type="checkbox"/> ۲- خواب آلودگی یا کاهش هوشیاری <input type="checkbox"/> ۳- استفراغ یا خوردن هر چیزی <input type="checkbox"/> ۴- تشنج در زمان این بیماری <input type="checkbox"/> ۵- سایر <input type="checkbox"/> ..... اگر بلی، آیا ثبت شده است؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/></p>	
<p>۷- آیا ارجاع کودک به مرکز دیگری درخواست (توصیه) شده است؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> اگر جواب، خیر بود به سوال ۱۰ بروید</p>	
<p>۸- آیا ارجاع به مرکز دیگری انجام شده است؟ ۱- بله <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> اگر خیر، علت را بنویسید به سوال ۱۰ بروید</p>	
<p>۹- آیا انتقال کودک توسط آمبولانس صورت گرفت؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> اگر خیر، علت؟ .....</p> <p>اگر بلی، آیا اقدامات انتقال، به طور مطلوب انجام شده است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> - اگر خیر، اقدامات نامطلوب: (امکانات، پرسنل، ...) .....</p>	
<p>۱۰- وضعیت خروج کودک از این مرکز سرپایی (اورژانس، مرکز درمانی، مطب و ...) چگونه بود؟</p> <p>۱- ترخیص با دستور پزشک معالج <input type="checkbox"/> ۲- ترخیص با رضایت و خواست والدین <input type="checkbox"/> ۳- انتقال به بخش <input type="checkbox"/> ۴- فوت <input type="checkbox"/> ۵- اعزام/ارجاع <input type="checkbox"/> ۶- سایر <input type="checkbox"/> .....</p>	
<p>۱۱- در صورت فوت در مرکز، تشخیص نهایی را بر اساس گروه بندی ICD ۱۰ وزیر گروه های آن بنویسید:</p> <p><b>گروه اصلی (ICD ۱۰):</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، غدد و 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"/> .....</p>	
<p><b>زیر گروه:</b> ..... <b>زیر گروه زیر گروه:</b> .....</p>	
نام خانوادگی پرسشگر:	شماره تلفن تماس:
سمت:	شماره تلفن تماس: