



## نظام مراقبت مرگ نوزادان خارج بیمارستانی ۱۳۹۴

شهرستان

دانشگاه

نسبت خویشاوندی مادر و پدر نوزاد	نوع بیمه نوزاد	کد ملی نوزاد	نام خانوادگی نوزاد
<input type="radio"/> دارد <input type="radio"/> ندارد			
ساعت فوت	تاریخ فوت	ساعت زایمان	تاریخ زایمان

محل سکونت	شماره ملی سرپرست خانوار	ملیت متوفی	جنس متوفی
<input type="radio"/> شهر <input type="radio"/> روستا <input type="radio"/> غیر ساکن		<input type="radio"/> ایرانی <input type="radio"/> غیر ایرانی	<input type="radio"/> پسر <input type="radio"/> دختر <input type="radio"/> مبهم

محل تولد نوزاد	مکان وقوع فوت	شهرستان محل سکونت	استان محل سکونت
<input type="radio"/> بیمارستان <input type="radio"/> تسهیلات زایمانی <input type="radio"/> منزل <input type="radio"/> سایر	منزل		
بیمارستان	شهرستان	دانشگاه	محل تولد بیمارستان:

### علت اصلی مرگ بر اساس گروه بندی ICD10

<input type="radio"/> حوادث و سوانح (علل خارجی مرگ)	<input type="radio"/> ناهنجاری های بدو تولد و کروموزومی	<input type="radio"/> اختلالات مشخص با منشأ دوران پیرامون تولد
<input type="radio"/> حوادث حمل و نقل <input type="radio"/> مسمومیت <input type="radio"/> سقوط <input type="radio"/> غرق شدن <input type="radio"/> سوختگی <input type="radio"/> سایر	<input type="radio"/> عصبی <input type="radio"/> قلبی عروقی <input type="radio"/> تنفسی <input type="radio"/> گوارشی <input type="radio"/> ادراری تناسلی <input type="radio"/> چشم، گوش، صورت و گردن <input type="radio"/> سایر ناهنجاری ها <input type="radio"/> کروموزومی	<input type="radio"/> اختلالات تنفسی و قلبی و عروقی مخصوص دوره پیرامون تولد <input type="radio"/> اختلالات گذرای غدد و متابولیک جنینی و نوزاد <input type="radio"/> وضعیت تنظیم دما و پوشش جنین و نوزاد <input type="radio"/> اختلالات مربوط به طول بارداری و رشد جنین <input type="radio"/> عفونت های مخصوص دوره پیرامون تولد <input type="radio"/> اختلالات دستگاه گوارش جنین و نوزاد <input type="radio"/> سایر اختلالات با منشأ دوره پیرامون تولد <input type="radio"/> صدمات زایمانی <input type="radio"/> اختلالات خونی و خونریزی دهنده جنین و نوزاد

سال تولد مادر	تحصیلات مادر	سن بارداری هنگام زایمان	تعداد بارداری های مادر (گراویدینته)	فاصله این بارداری از بارداری پیشین
13 شمسی		هفته		ماه

### نوع زایمان

<input type="radio"/> واژینال	<input type="radio"/> فیزیولوژیک با روش های کاهش درد غیر دارویی	<input type="radio"/> بی درد دارویی	<input type="radio"/> با فورسپس / وکیوم	<input type="radio"/> سزارین
-------------------------------	---	-------------------------------------	---	------------------------------

علت سزارین:	سزارین پیشین و سابقه میومکتومی	عدم پیشرفت	زجر جنین	نمایش غیر طبیعی
مشکلات جفت و بند ناف	عدم تناسب سر با لگن	پرفشاری خون مادر	درخواست مادر	سایر علت ها

<input type="checkbox"/> فرد دوره ندیده	<input type="checkbox"/> فرد دوره دیده	<input type="checkbox"/> مامای تحصیل کرده	<input type="checkbox"/> متخصص زنان و زایمان	عامل زایمان:
---	--	---	--	--------------

تعداد قل ها	رتبه قل فوت شده	وزن هنگام تولد	سابقه مرده زایی مادر
		گرم	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد

ناهنجاری بدو تولد			
<input type="checkbox"/> دارد	<input type="checkbox"/> ندارد		
<input type="checkbox"/> نقص لوله عصبی (NTD)	<input type="checkbox"/> سایر ناهنجاری های لوله عصبی	<input type="checkbox"/> دستگاه تناسلی، ادراری و کلیه	<input type="checkbox"/> دست و پاها
<input type="checkbox"/> سایر ناهنجاری های کروموزومی	<input type="checkbox"/> شکاف لب / شکاف کام	<input type="checkbox"/> قلبی و عروقی	<input type="checkbox"/> عضلانی و اسکلتی
<input type="checkbox"/> گوش و چشم	<input type="checkbox"/> گردن و صورت	<input type="checkbox"/> سایر ناهنجاری های تعریف نشده	<input type="checkbox"/> سندرم داون (تریزومی ۲۱)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> گوارشی

بیماری های زمینه ای مادر			
<input type="checkbox"/> دارد	<input type="checkbox"/> ندارد		
<input type="checkbox"/> قلبی عروقی	<input type="checkbox"/> اتوایمیون	<input type="checkbox"/> روانی	<input type="checkbox"/> پرفشاری خون
<input type="checkbox"/> عصبی (نورولوژیک)	<input type="checkbox"/> ربوی	<input type="checkbox"/> دیابت	<input type="checkbox"/> سوء مصرف مواد و دارو
<input type="checkbox"/> تیروئید	<input type="checkbox"/> عفونی	<input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> همانولوژیک
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> کلیوی

شرایط مرتبط با بارداری مادر			
<input type="checkbox"/> دارد	<input type="checkbox"/> ندارد		
<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 هیدر آمنیوس	<input type="checkbox"/> اولیگو هیدر آمنیوس	<input type="checkbox"/> زایمان دیررس	<input type="checkbox"/> پره اکلامپسی
<input type="checkbox"/> دکولمان	<input type="checkbox"/> درد زایمان بیش از ۱۸ ساعت	<input type="checkbox"/> نمایش غیر طبیعی جنین	<input type="checkbox"/> زایمان زودرس
<input type="checkbox"/> پارگی زود رس کیسه آب	<input type="checkbox"/> عفونت ادراری	<input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> جفت سر راهی

<input type="checkbox"/> سابقه بستری در بیمارستان	بیماری (هایی) که هنگام فوت همراه نوزاد بوده یا سبب فوت وی شده است		
<input type="checkbox"/> عفونت	<input type="checkbox"/> زردی شدید	<input type="checkbox"/> مشکلات تنفسی	<input type="checkbox"/> تشنج
<input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> نا مشخص	<input type="checkbox"/> استرس ناشی از سرما	<input type="checkbox"/> مسمومیت دارویی
			ناهنجاری ارثی مشکلات تغذیه ای

<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	آیا انتقال / اعزام به بیمارستان درخواست شده است؟
------------------------------	------------------------------	--

علت عدم انتقال / اعزام چه بوده است؟

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