|  |
| --- |
| **شاخص شماره 1** |
| 1. **نام شاخص:** ميزان مرگ اطفال زير يكسال |
| 1. **تعريف شاخص**: احتمال مرگ از بدو تولد تا سن 11 ماه و 29 روز که به صورت میزان در هر 1000 تولد زنده بیان می شود |
| 1. **نحوه محاسبه شاخص**: 1000\* تعداد مرگ كودكان زير يك سال در یک سال معین   کل مواليد زنده در همان سال |
| 1. **منابع استخراج صورت کسر:** داده هاي حاصل از گواهی فوت و فرم هاي كالبد شكافي شفاهي |
| 1. **منابع استخراج مخرج کسر:** داده هاي حاصل از گواهي ولادت |
| 1. **متغيرهاي تفكيك كننده نابرابري**: جنس، سطوح اقتصادی، تحصیلات مادر، سن مادر، ناحيه (شهر/حاشيه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و استان |
| 1. **سازمان متولی اصلی تولید شاخص(پاسخگو)**: سازمان ثبت احوال کشور- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي (دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس و مركز مديريت شبكه) |
| 1. **دوره زمانی تولید و به روز رسانی**: سالیانه |
| 1. **نمونه فرم تكميل اطلاعات(فرمهاي آماري براي جمع آوري داده ها):** فرم1- ع، 2- ع، 3- ع |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **فرم 1-ع : گواهي پزشكي فوت بالاي سن 7 روز** | | | |
| سربرگ | | نام: .................................... نام خانوادگي: ................................................ نام پدر:................................ شماره سريال : .........................................  شماره ملي: شماره شناسنامه: محل صدور شناسنامه :...................................  جنس: مرد□ زن □ نامشخص □ تاريخ تولد: روز ماه سال تاريخ فوت : روز ماه سال | |
| **وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي جمهوري اسلامي ايران سازمان ثبت احوال كشور**  گواهي پزشكي فوت بالاي سن 7 روز  **شماره ثبت در سامانه: شماره سريال : ..........................** | | | |
| **لطفا قبل از تكميل فرم مندرجات ظهر آن را مطالعه نماييد** | | | |
| مشخصات عمومي متوفي | 1. 1- وضعيت شناسنامه: داراي شناسنامه □ عدم دسترسي به شناسنامه□ فاقد شناسنامه □   2- نام: ..................................................................3- نام خانوادگي: ............................................................................ 4- نام پدر .....................................................  5- شماره ملي: 6- شماره شناسنامه: 7 - محل صدورشناسنامه:...............................  8- جنس: مرد □ زن□ نامشخص □ 9- مليت: ايراني□ غير ايراني□ شماره پروانه اقامت اتباع غير ايراني................. نامشخص□ 10- شغل ................................................. 11- شماره ملي سرپرست خانوار:  12- وضعيت سواد : بي سواد□ ابتدايي/نهصت □ راهنمايي□ دبيرستان□ دانشگاهي□ دكتراي تخصصي و فوق دكترا□ ساير□ | | |
| **توجه در صورتي كه متوفي بالاي 7 روز و زير 5 سال سن داشته و مادرش در قيد حيات باشد رديف هاي 13 تا 15 تكميل گردد.** | | |
| 13- نام و نام خانوادگي مادر: ............................................ 14- سن مادر: سال  15- وضعيت سواد: بي سواد□ ابتدايي/نهصت □ راهنمايي□ دبيرستان□ دانشگاهي□ دكتراي تخصصي و فوق دكترا□ ساير□ | | |
| تاريخ | | 16- تاريخ تولد : روز ماه سال تاريخ به حروف .......................................................................................  17- تاريخ فوت : روز ماه سال تاريخ به حروف .................................................................................... | |
| نشاني متوفي | | 18- آدرس محل سكونت دائمي متوفي: كشور ......................................... استان .......................شهرستان ......................................بخش ..............................  شهر/روستا ..................... خيابان ........................كوچه..................پلاك ............. كدپستي تلفن ثابت: ...................... كد.........  19- آدرس محل فوت: کشور ............................استان.......................................شهرستان .....................................بخش ............................شهر/روستا ..............................  20- مکان فوت: منزل□ بیمارستان/مركز جراحي محدود□ مرکز درماني سرپایی□ معابر و اماكن عمومي □ آسایشگاه □ نامشخص□ سایر□ ( مشخص شود)............................................. | |
| بارداری زنان | | **اگر متوفی زن در سن باروری ( 10 تا 60 سال) مي باشد رديف 21 تكميل گردد.** | |
| 21- وضعيت بارداري زن: باردار نبوده است (در 42 روز اول پس از ختم بارداري هم فوت نکرده است)□ باردار بوده است□  در حين زايمان فوت كرده است□ طی 42 روز پس از ختم بارداري فوت کرده است□ وضعيت بارداري نامشخص است□ | |
|  | | **توجه : علائم بیماری و یا حالات نشانگان فوت همانند ایست قلبی، ایست تنفسی و .... نباید نوشته شوند** | |
| علت فوت | | |  | | --- | | **كد هاي ICD-10 توسط كدگذار ثبت مي شوند** |   22- علل فوت  **كد ICD-10** توسط كدگذار تميل مي گردد  قسمت اول: رنجیره وقایع، بیماری ها ، صدمات و یا وضعیتی که به طور مستقیم سبب مرگ شده اند  الف) آخرین بیماری یا وضعیتی که منجر به فوت شده است: ......................................................................  ب) بیماری یا وضعیتی که منجر به قسمت الف شده است: .........................................................................  ج) بیماری یا وضعیتی که منجر به قسمت ب شده است: .............................................................................  د) بیماری یا وضعیتی که منجر به قسمت ج شده است: ...............................................................................  ---------------------------------------------------------------------------------------------  قسمت دوم: سایر وضعیت هایی که در وقوع مرگ موثر بوده اند، اما منتج به علل اشاره شده در قسمت اول نشده اند:  ه) .....................................................................................................................................................  و) ..................................................................................................................................................... | فاصله زمانی تقریبی وضعیت تا مرگ |
| .................................................  .................................................  .................................................  .................................................  ----------------------- |
| صادر كننده | | 23- نام و نام خانوادگي صادر كننده گواهي .......................................................................................................  مهر و امضاي پزشك  شماره نظام پزشكي .................................................. نام موسسه ..............................  مهر موسسه  تاريخ صدور گواهي : روز ماه سال | |
| جواز دفن | | 24- نام و نام خانوادگي صادر كننده جواز دفن ............................................... شماره نظام پزشكي ..................................  **مهر و امضاي پزشك**  دفن متوفي بلا مانع است | |

**دستورالعمل تكميل فرم 1- ع**

اين گواهي به طور کلی از دو قسمت گواهي فوت و مجوز دفن تشكيل شده است. هر دو قسمت آن بايد توسط پزشك مهر و امضاء شود و مجوز دفن بايد توسط مراجع قانوني صادر گردد.

در موارد زير مجوز دفن توسط پزشكي قانوني صادر مي گردد:

1. قتل
2. خودكشي
3. مرگ به دنبال هر گونه منازعه ( اعم از درگيري فيزيكي و يا لفظي)
4. مرگ ناشي از صدمات هر نوع سلاح سرد و يا گرم
5. مرگ به دنبال حوادث رانندگي و تصادف ( به هر شكل و با هر فاصله زماني از حادثه كه مرگ رخ دهد)
6. مرگ به دنبال مسموميت ( شيميايي، دارويي ، گاز گرفتگي و ...)
7. مرگ به دنبال سوء مصرف مواد
8. مرگ به دنبال حوادث غير مترقبه ( زلزله، سيل، سرمازدگي، گرمازدگي، صاعقه زدگي و ...)
9. مرگ ناشي از كار ( حوادث شغلي، مواد آلاينده محيط كار و ...)
10. مرگ در زندان، بازداشتگاه، پرورشگاه، اردوگاه، پادگان، آسايشگاه، مهمانسرا و ...
11. مرگ در معابر و مجامع عمومي و پارك ها
12. مرگ مادر ناشي از اقدامات تشخيصي و درماني در حين بارداري، حين زايمان يا متعاقب زايمان و يا سقط جنين
13. مرگ حين يا متعاقب ورزش
14. مرگ هاي ناگهاني، غير منتظره و غير قابل توجيه
15. هر مرگي كه احتمال شكايت از كسي مطرح باشد
16. هر نوع مرگ مشكوك و مرگ با علت ناشناخته
17. هر نوع مرگ افراد ناشناس و مجهول الهويه
18. مرگ اتباع بيگانه
19. هر مرگي كه احتمال جنحه يا جنايت در آن برود.

|  |
| --- |
| * اين گواهي بايد با خودکار و با خط خوانا بصورتي نوشته شود كه روي هر چهار نسخه قابل خواندن باشد. * علت مرگ به فارسي نوشته شده و از بكار بردن كلمات بصورت مخفف و انگليسي جداً پرهيز شود. * در بند هایی که لازم است گزینه ای با ذکر یک علامت در داخل مربع مربوطه انتخاب شود، لازم است از علامت ضربدر استفاده شود ( ☒ ) |

**نحوه تكميل گواهي فوت**

اين گواهي براي كليه متوفيان به غير از موارد مرده زايي ( جنین هفته 22 حاملگي به بعد ) و نوزادن مرده به دنيا آمده و متولديني كه كمتر از 7 روز عمر كرده اند، تكميل مي گردد. بنابراین باید در هنگام صدور گواهی فوت، درصورتی که متوفي نوزاد است سن دقیق آنها مورد توجه قرار گیرد.

**شماره ثبت در سامانه:** اين شماره، پس از ثبت اطلاعات در سامانه ثبت مرگ و مير اخذ و بر روي گواهي فوت درج مي گردد.

**مشخصات عمومي متوفي:** در اين بخش مشخصات عمومي و شناسنامه اي متوفي كه از نظر هويتي ، قانوني و ابطال شناسنامه با اهميت است به طور كامل نوشته مي شود و لازم است نكات زير در هنگام صدور گواهي فوت مورد توجه قرار گيرد:

1. شماره ملي و شماره شناسنامه متوفي بايد به صورت دقيق در قسمت سربرگ و در قسمت مشخصات عمومي متوفي ثبت گردد.
2. در بخش شماره ملي سرپرست خانوار، شماره ملي فردی كه به عنوان سرپرست خانوار متوفي شناخته مي شود، بايد ثبت گردد.
3. وضعيت سواد متوفي بر اساس گزينه هاي مشخص شده، ثبت شود.
4. براي مواردي كه متوفي بالاي 7 روز و زير 5 سال سن داشته باشد و مادر وی در قيد حيات باشد در قسمت مشخصات متوفي در رديف هاي 13 الي 15 اطلاعات مربوط به مادر در كادر مربوطه كامل گردد.
5. تاريخ تولد و تاريخ فوت بايد بر اساس روز ، ماه و سال به عدد و به حروف نوشته شود.
6. نشاني محل سكونت دائمي متوفي محلي است كه متوفي در زمان فوت در آنجا زندگي مي كرده مشروط بر اينكه اقامتگاه ديگر نداشته باشد، اقامتگاه خانوارهايي كه بيش از يك اقامتگاه دارند، محلي است كه بيشترين مدت سال را در آن به سر مي‌برند.
7. در قسمت تلفن ثابت ، شماره تماس ثابتي و کد منطقه از خانواده درجه یک متوفي ثبت گردد و در صورت نداشتن تلفن ثابت، شماره تماسي فرد دیگری برای پيگيري هاي بعدي قيد گردد.
8. در قسمت مكان فوت با توجه گزینه های ذکر شده، يك مورد انتخاب و در صورتيكه مكان فوت در بين موارد وجود ندارد، گزینه ساير انتخاب و مشخص گردد.
9. چنانچه متوفي زن در سن باروري مي باشد بايد يكي از گزينه هاي موجود در بخش 21 انتخاب گردد.

**علت فوت**

1. به طور کلی بر اساس استاندارد بین المللی، بخش علت گواهی فوت شامل دو قسمت مي باشد، در قسمت اول به ترتيب ،سلسله علل بيماري و يا وضعيتي كه منجر به فوت ( بند الف) توسط پزشك ذكر مي گردد و هر بند از بند قبلي منتج شده و بيماري اوليه اي كه سبب بروز سلسله وقايع منجر به فوت شده است در آخر اين علل ذكر مي شود. به عبارت دیگر از بین بیماری یا حالت ها، آخرین بیماری، آسیب یا عارضه ای که قبل از مرگ وجود داشت است در قسمت (الف) نوشته می شود و به همین ترتیب تا بیماری اولیه سلسله علل مرگ ثبت می گردد.

در قسمت دوم، ساير وضعيت‌ها و یا بیماری هایی که به روند مرگ کمک کرده اند و در واقع در وقوع مرگ موثر بوده‌ اما منتج به علل اشاره شده در قسمت اول نشده‌اند همراه با فاصله تقريبي هر وضعيت تا مرگ بايد مشخص گردد. (به مثال زیر توجه شود)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| علت فوت | |  | | --- | | **كد هاي ICD-10 توسط كدگذار ثبت مي شوند** |   22- علل فوت  **كد ICD-10** توسط كدگذار تميل مي گردد  قسمت اول: رنجیره وقایع، بیماری ها ، صدمات و یا وضعیتی که به طور مستقیم سبب مرگ شده اند  الف) آخرین بیماری یا وضعیتی که منجر به فوت شده است: ..........نارسایی مزمن کلیه............................  ب) بیماری یا وضعیتی که منجر به قسمت الف شده است: ..................دیابت نفریک...................................  ج) بیماری یا وضعیتی که منجر به قسمت ب شده است: ......................دیابت نوع دوم................................  د) بیماری یا وضعیتی که منجر به قسمت ج شده است: ...............................................................................  ---------------------------------------------------------------------------------------------  قسمت دوم: سایر وضعیت هایی که در وقوع مرگ موثر بوده اند، اما منتج به علل اشاره شده در قسمت اول نشده اند:  ه) ............................................................................................................................................  و) ..................................................................................................................................................... | فاصله زمانی تقریبی وضعیت تا مرگ |
| .................یک سال....................  ...................5 سال.....................  ...............10 سال ..............  .................................................  -----------------------  ......................................  .................................... |

لازم به ذكر است كه علايم بيماري و يا حالات و نشگان فوت همانند ايست قلب، ايست تنفسي، ضعف و غيره نبايد منظور گردد. كدICD-10 مربوط به هريك از بيماري ها در كادر مربوطه پس از تكميل فرم گواهي پزشكي توسط كدگذاران تعیین و ثبت میشود. ضمنا لازم است فاصله زمان تقريبي هر بیمار و یا وضعيت تا مرگ بر حسب سال، ماه، روز، هفته و یا ساعت ثبت شود.

1. در قسمت صادر كننده لازم است نام و نام خانوادگي پزشك صادر كننده گواهي دقيقاً ثبت و مهر زده شود. در صورتي كه واحد صادر كننده گواهي موسسه درماني اعم از بيمارستان، زايشگاه، مركز بهداشتي درماني و يا ساير موسسات بهداشتي و درماني باشد، بايد ضمن تكميل بند اول، توسط پزشك، نام واحد صادر كننده گواهي نوشته و مهر آن در قسمت مربوطه زده و توسط رئيس آن موسسه امضاء شود.
2. در قسمت جواز دفن مشخصات صادر كننده مجوز دفن ( نام و نام خانوادگي و شماره نظام پزشكي) ثبت شده و مهر و امضا شود.

|  |  |
| --- | --- |
| **فرم 2- ع : گواهي پزشکی فوت، براي موارد مرده زايي و مرگ نوزاد تا 7 روز بعد از تولد** | |
| سربرگ | شماره سريال: ...............................................................  نام مادر :................................نام خانوادگي مادر:................................................  شماره ملي مادر: شماره شناسنامه مادر: محل صدور شناسنامه:......................  جنس متوفي : پسر □ دختر□ نامشخص□  تاريخ تولد نوزاد : در دقيقه ساعت در تاريخ روز ماه سال  تاريخ فوت نوزاد: در دقيقه ساعت در تاريخ روز ماه سال |
| **وزارت بهداشت ، درمان و آوزش پزشكي** جمهوري اسلامي ايران  **سازمان ثبت احوال كشور**  **گواهي پزشکی فوت، براي موارد مرده زايي و مرگ نوزاد تا 7 روز بعد از تولد**  شماره ثبت در سامانه: شماره سريال: ................................................................. | |
| **مشخصات نوزاد** | |
| 1- اين نوزاد زنده متولد شده در: دقيقه ساعت درتاريخ روز ماه سال تاريخ به حروف .....................................................  و فوت شده در : دقيقه ساعت درتاريخ روز ماه سال تاريخ به حروف ......................................................  2- اين نوزاد مرده به دنيا آمده در: دقيقه ساعت درتاريخ روز ماه سال تاريخ به حروف ....................................................  3- وزن تولد ...............گرم 4- جنس : پسر□ دختر □ قابل تشخيص نمي باشد□  5- تعداد قل ها : 6- مرتبه قل ها :  7- عامل زايمان : متخصص زنان و زايمان□ ماما □ پزشك عمومي□ ماما روستا/ بهورز ماما □ ماما محلي □ ساير□ ( مشخص نماييد)...............  8- مكان زايمان: بيمارستان يا زايشگاه □ واحد تسهيلات زايماني □ منزل □ در مسير انتقال □ ساير (مشخص كنيد)................... | |
| **اطلاعات مادر نوزاد** | |
| 9- نام:................................. 10 - نام خانوادگي: ............................................... 11- مليت: ايراني □غير ايراني □ شماره پروانه اقامت اتباع غير ايراني.................. نامشخص□  12- شماره ملي : 13- شماره شناسنامه: 14- محل صدورشناسنامه:..................................  15- تاريخ تولد: روز ماهسال يا اگر نميداند سن (به سال)  16- سطح سواد: بي سواد□ ابتدايي/نهصت □ راهنمايي□ دبيرستان□ دانشگاهي□ دكتراي تخصصي و فوق دكترا□ ساير□  17- شماره ملي سرپرست خانوار: 18- آدرس محل سكونت دائمي سرپرست خانوار :كشور............................استان.........................شهرستان.......................................بخش.........................شهر/روستا........................... خيابان..................................كوچه..............................پلاك...........  كد پستي: شماره تلفن:......................................................كد............... | |
| **علت مرگ**  كدICD-10 **(توسط کد گذار تکمیل خواهد شد)** | |
| 19- بيماري يا شرايط اصلي منجر به فوت نوزاد/جنين.............................................................................................  20- ساير بيماريها يا شرايط موثر بر فوت نوزاد/جنين............................................................................................... | |
| 21- بيماري يا شرايط اصلي مادري منجر به فوت نوزاد/جنين................................................................................  22- ساير بيماريها يا شرايط مادري موثر بر فوت نوزاد/جنين .............................................................................. | |
| 23- ساير شرايط مرتبط :........................................................................................... | |
| صادر كننده | 24- نام و نام خانوادگي صادر كننده .......................................................................................................  مهر و امضاي پزشك / ماما  شماره نظام پزشكي .................................................. نام موسسه ..............................  تاريخ صدور گواهي : روز................ماه..................سال...................  مهر موسسه |
| جواز دفن | لطفا قبل از تكميل فرم مندرجات ظهر آن را مطالعه نماييد  دفن بلا مانع است  مهر و امضاي پزشك /ماما  25- نام و نا م خانوادگي صادر كننده جواز دفن:...............................................  شماره نظام پزشكي: ........................................................................................ |

**دستورالعمل تكميل فرم 2-ع**

اين گواهي براي موارد مرده زايي ( از هفته 22 حاملگي به بعد ) و يا مرگ زود هنگام نوزادي از لحظه تولد تا 7 روز اول زندگي نوزاد تكميل مي گردد.

**شماره ثبت در سامانه:**

اين شماره، پس از ثبت اطلاعات در سامانه ثبت مرگ و مير اخذ و بر روي گواهي فوت درج مي گردد.

**مشخصات نوزاد:**

1. **زمان تولد و فوت**: براي نوزاداني كه زنده به دنيا مي آيند ( بند 1) بايد كامل ثبت گردد و براي موارد مرده زائي بند 2 تكميل گردد. جهت درج زمان دو خانه سمت چپ برای ساعت و دو خانه سمت راست برای دقيقه در نظر گرفته شده است. نيمه شب به صورت 00:00 ثبت می‌شود. از ظهر تا نيمه شب نيز به صورت ساعت کامل (يا ساعت نظامی) يعنی 13، 14، 15 و... ثبت گردد. در مورد ثبت ساعت‌ها ودقيقه‌ها، عددهای يک رقمی 1تا 9 به صورت 01 تا 09 نوشته می شود. مثلاً 35 دقيقه پس از بامداد، 35 :00 و ساعت 6 و40 دقيقه صبح، 40 : 06 وساعت 10 بعد از ظهر، 00 :22 ثبت می شود.از ذكر عباراتي چون AM. و PM. ونظاير آن پرهيز گردد.

براي نوزادی که زنده متولد شده باشد، تاريخ تولد و فوت و براي موارد مرده زائي تاريخ زايمان ثبت ‌گردد. تاريخ به صورت روز/ ماه/ سال نوشته می شود. برای سال جاری دو خانه سمت چپ "91 " است. در مورد ثبت ماه‌ها و روزها، عددهای يک رقمی 1تا 9 به صورت 01 تا 09 نوشته می‌شود. مثلاً 05/03/91 يا 18/06/91.از ذكر نام ماه‌ها مثلاً خرداد، شهريور، بهمن و... پرهيز گردد.

1. **وزن تولد:** براي توزين جنين مرده يا نوزاد فوت شده در اتاق زايمان / اتاق عمل، مي‌توان بطور مستقيم او را توزين نمود يا متوفي همراه با پوشش پلاستيكي يا پوشش متقالي توزين شود و وزن پوشش از وزن كلي كسر گردد. پس از توزين جنين يا نوزاد مرده، وزن وی به گرم در محل خاص ثبت می‌گردد. مثلاً 1755 . در مورد وزن‌های کمتر از 1000 گرم، افزودن 0 به سمت چپ عدد وزن ضروری است. مثلاً 0730 نوزادي كه از اتاق زايمان / اتاق عمل زنده خارج مي‌شود نيز بايد توزين شده، وزن به گرم ثبت شده باشد..
2. **جنسيت*:*** در نوزاد (يا جنين مرده) با توجه به جنسيت گزينه دختر، پسر و در صورت ابهام تناسلي و مشخص نبودن جنسيت نوزاد/ جنين، گزينه قابل تشخيص نمي‌باشد علامت زده مي‌شود.
3. **تعداد قل‌ها:** تعداد قل‌ها به صورت عدد (1،2،و...) ثبت گردد. منظور از تعداد قل‌ها، تعداد محصول بارداري بدون توجه به زنده زايي يا مرده زايي يك يا چند قل مي باشد. براي مثال اگر بارداري مادري منجر به تولد يك جنين مرده و يك نوزاد زنده شده است (دوقلو)، عدد 2 ثبت مي‌گردد. از آنجا که برای هر نوزاد يک فرم جداگانه تکميل می‌شود، بنابراين رتبه قل، رتبه تولد همان نوزادی می‌باشد که برای وی اين فرم در حال تکميل است. واضح است که در زايمان های يک قلويی – که بخش عمده زايمان‌های کشور را تشکيل می‌دهد تعداد قل ها عدد 1 و رتبه قل نيز 1 خواهد بود.
4. **عامل زايمان:** عبارت است از شخصي كه زايمان با حضور وي صورت گرفته است و از ميان گزينه های مربوطه انتخاب مي گردد.
5. **مكان زايمان:** عبارت است از مكاني كه زايمان در آنجا صورت گرفته است و از ميان گزينه های مشخص شده انتخاب مي گردد.

**اطلاعات مادر نوزاد:**

1. **تاريخ تولد/سن مادر:** تاريخ تولد يا سن مادر بر اساس گفته مادر يا مندرجات پرونده بستري ثبت می‌گردد. در صورت اختلاف گفته مادر ومندرجات پرونده بستري وي، ملاك اظهارات مادر مي باشد.
2. **سطح سواد مادر:** وضعيت سواد مادر بر اساس گزینه های مربوطه مشخص شود.
3. **شماره ملي سرپرست خانوار**: شماره ملي فردی كه به عنوان سرپرست خانوار شناخته مي شود، بايد ثبت شود.
4. **نشاني محل سكونت مادر**: محلي است كه مادر در زمان حال در آنجا زندگي مي كند مشروط بر اينكه اقامتگاه ديگر نداشته باشد، اقامتگاه خانوارهايي كه بيش از يك اقامتگاه دارند، محلي است كه بيشترين مدت سال را در آن به سر مي‌برند.

**علت مرگ:**

1. اين بخش شامل سه قسمت مي باشد در قسمت اول در رديف 19 علت بيماري و يا شرايط اصلي كه منجر به فوت نوزاد يا جنين شده است ثبت و در رديف20 ساير بيماريها و يا شرايطي كه منجر به فوت نوزاد يا جنين شده است، بايد ثبت گردد.
2. در قسمت دوم در رديف 21 علت بيماري و يا شرايط اصلي مادري موثر بر فوت نوزاد يا جنين ثبت و در رديف22 ساير بيماريها و يا شرايط مادري كه منجر به فوت نوزاد يا جنين شده است بايد ثبت گردد.
3. در قسمت سوم در رديف 23 ساير شرايط مرتبط با فوت نوزاد يا جنين قيد مي گردد و براي كليه موارد فوق كد ICD مربوطه توسط کدگذار نوشته شود.
4. در قسمت صادر كننده لازم است نام و نام خانوادگي پزشك/ ماما صادر كننده گواهي دقيقاً ثبت و مهر زده شود. در صورتي كه واحد صادر كننده گواهي موسسه درماني اعم از بيمارستان، زايشگاه، مركز بهداشتي درماني باید، بايد ضمن تكميل بند اول، توسط پزشك/ ماما، نام واحد صادر كننده گواهي نوشته و مهر آن در قسمت مربوطه زده شود.
5. در قسمت جواز دفن مشخصات صادر كننده مجوز دفن ( نام و نام خانوادگي و شماره نظام پزشكي) ثبت شده و مهر و امضا شود

**گردش كار تكميل فرم ع-1 و 2-ع**

بيمارستان و زايشگاه

مطب ها

اعلام وقوع

خانه بهداشت

مرگ اعلام براساس

پزشكي قانوني شهرستان

گواهي فوت و

رابطين بهداشت

پرونده‌بيمارستان

مركز بهداشتي درماني روستايي

گورستان شهرستان

كالبدشكافي

شفاهي مرگ

معاونت بهداشت

اصلاح و تاييد نهايي اطلاعات مرگ و مير دانشگاه در سامانه

ارسال مشخصات فوت واقع شده در استان ديگر به محل سكونت متوفي

مركز بهداشت دانشگاه

سازمان ثبت احوال استان

ارسال مشخصات فوت واقع شده در شهرستان ديگر به محل سكونت

مركز بهداشت شهرستان

سازمان ثبت احوال شهرستان

مركز بهداشتي درماني شهري و مطب ها

ارسال اطلاعات متوفيان به سامانه مرگ و مير

|  |
| --- |
| **فرم 3- ع : گواهي ولادت** |
| **وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي** جمهوري اسلامي ايران **سازمان ثبت احوال كشور**  **گواهي ولادت**  شماره ثبت در سامانه: شماره سريال: ............................................................... |
| **مشخصات صادر كننده** |
| 1. اينجانب نام:.............................................2- نام خانوادگي:....................................................................3- سمت: پزشك □ ماما □ متصدي گواهي ولادت□   4 - محل خدمت : ................................................................به نشاني:................................................................................................................................................................................ |
| **تاريخ و محل ولادت نوزاد** |
| 5- در تاريخ روز ماه سال تاريخ به حروف :..........................................................................................: ساعت: دقيقه:  در بيمارستان يا زايشگاه□ ................... واحد تسهيلات زايماني□.................... منزل□ .................. در مسير انتقال□....................... ساير□ (مشخص كنيد)...................  6- واقع در استان :.......................................شهرستان:...........................................................بخش:.............................................. شهر/ روستا........................................... |
| **مشخصات نوزاد** |
| 7- جنس: پسر □ دختر□ نامشخص□ 8- مرتبه حاملگي:............... 9- وزن هنگام تولد:..............گرم  10- تعداد قل ها: □ 11- مرتبه قل ها:□ |
| **مشخصات مادر نوزاد**( جهت تكميل اين بخش توضيحات دستورالعمل به دقت خوانده شود) |
| 12- نام:................................13- نام خانوادگي ............................................14- مليت: ايراني□ غير ايراني□ شماره پروانه اقامت اتباع غير ايراني.................. نامشخص□  15- شماره ملي :  16- شماره شناسنامه: 17- محل صدور:........................ 18- تاريخ تولد : روز ماه سال  19- سطح سواد : بي سواد□ ابتدايي/نهصت □ راهنمايي□ دبيرستان□ دانشگاهي□ دكتراي تخصصي و فوق دكترا□ ساير□ |
| **مشخصات پدر نوزاد:** (بيمارستان يا صادر كننده گواهي مسئوليتي در قبال احراز هويت پدر ندارد) |
| 20- نام:....................................... 21- نام خانوادگي .................................................22- مليت...................... شماره پروانه اقامت اتباع غير ايراني.................. نامشخص□  23- شماره ملي :  24- شماره شناسنامه: 25- محل صدور:.................................... 26- تاريخ تولد : روز ماه سال  27- سطح سواد : بي سواد□ ابتدايي/نهصت □ راهنمايي□ دبيرستان□ دانشگاهي□ دكتراي تخصصي و فوق دكترا□ ساير□ |
| 28- در صورتي كه فرد ديگري غير پدر يا مادر سرپرست خانوار نوزاد مي باشد شماره ملي فرد: |
| 29- نشاني محل سكونت دائمي والدين و يا سرپرست: كشور .................................. استان ...........................................شهرستان ................................................................ بخش ...............................شهر/روستا ............................... خيابان .................................كوچه ............................پلاك ............... 30- كدپستي:  31- تلفن ثابت: ...............................كد................... |
| را با توجه به ماده 19 قانون ثبت احوال و با علم و اطلاع از مقررات كيفري حاصل از اعلام خلاف واقع( موضوع بند الف و ج ماده2 و ماده 3 قانون تخلفات، جرائم و مجازات هاي مربوط به اسناد سجلي و شناسنامه) گواهي مي نمايم.  تاريخ ......./........./....... مهر و امضاء....................... |
| **توضيحات:** |

**مهلت قانوني اعلام و ثبت واقعه ولادت 15 روز از تاريخ وقوع ولادت است.**

**دستورالعمل تكميل فرم 3-ع**

اين گواهي براي هر نوزاد زنده به دنيا آمده تكميل مي گردد:

**شماره ثبت در سامانه**: اين شماره، پس از ثبت اطلاعات در سامانه ثبت تولد اخذ و بر روي گواهي ولادت درج مي گردد.

**مشخصات صادر کننده گواهی ولادت :** مشخصات دقيق صادر كننده گواهي براساس موارد خواسته شده به دقت تكميل مي گردد.

**تاریخ و محل ولادت نوزاد**:

**تاريخ تولد**: در این قسمت تاریخ دقیق تولد نوزاد بايد بر اساس روز ، ماه و سال به عدد و به حروف نوشته شود همچنين ساعت و دقیقه تولد نيز بايد مشخص گردد.( برای سال جاری دو خانه سمت چپ "91 " است. در مورد ثبت ماه ها و روز ها، عدد های يک رقمی 1تا 9 به صورت 01 تا 09 نوشته می شود. مثلاً 05/03/91 یا 18/06/91

ساعت تولد نيز بطور کامل ثبت می‌گردد. برای مثال: .نيمه شب به صورت 00:00 ثبت می‌شود، از ظهر تا نيمه شب نيز به صورت ساعت کامل يعنی 13، 14، 15 و... ثبت می‌گردد. در مورد ثبت ساعت‌ها و دقيقه‌ها، عددهای يک رقمی 1تا 9 به صورت 01 تا 09 نوشته می شود. مثلاً 35 دقيقه پس از بامداد، 35:00 و ساعت 6 و40 دقيقه صبح، 40 : 06 و ساعت 10 بعد از ظهر، 00 :22 ثبت می شود.

**مكان تولد:** کادر مربوط به محل تولد، بر حسب محل تولد نوزاد مشتمل بر بیمارستان یا زایشگاه، واحد تسهیلات زایمانی، منزل، در مسير انتقال و یا سایرعلامت زده می شود. چنانچه گزینه سایر انتخاب شود نام آن محل بايد قید شود.

**محل تولد**: در اين بند، استان، شهرستان ، بخش و شهر/ روستای محل تولد نوزاد قید می شود.

**مشخصات نوزاد**

**جنسيت*:*** با توجه به جنسيت نوزاد گزينه دختر، پسر و در صورت ابهام تناسلي و مشخص نبودن جنسيت نوزاد/ جنين، گزينه قابل تشخيص نمي‌باشد علامت زده مي‌شود.

**مرتبه حاملگي**: كليه مرتبه هاي حاملگي اعم از تولد زنده، مرده زائي و سقط را شامل مي شود.

**وزن تولد:** نوزاد را در اتاق زايمان / اتاق عمل، مي‌توان بطور مستقيم توزين نمود. نوزاد همراه با پوشش پلاستيكي يا پوشش متقالي توزين مي شود و وزن پوشش از وزن كلي كسر گردد. پس از توزين نوزاد، وزن وی به گرم در محل خاص ثبت می‌گردد. مثلاً 1755 . در مورد وزن‌های کمتر از 1000 گرم، افزودن 0 به سمت چپ عدد وزن ضروری است. مثلاً 0730

**تعداد و مرتبه قل ها:** بدون توجه به زنده زايي يا مرده زايي يك يا چند قل مي باشد. براي مثال اگر بارداري مادري منجر به تولد يك جنين مرده و يك نوزاد زنده شده است (دوقلو)، عدد 2 ثبت مي‌گردد. از آنجا که برای هر نوزاد يک فرم جداگانه تکميل می‌شود، بنابراين رتبه قل، رتبه تولد همان نوزادی می‌باشد که برای وی اين فرم در حال تکميل است. واضح است که در زايمان های يک قلويی – که بخش عمده زايمان‌های کشور را تشکيل می‌دهد تعداد قل ها عدد 1 و رتبه قل نيز 1 خواهد بود.

**مشخصات مادر نوزاد:**

مشخصات دقيق مادر نوزاد براساس موارد خواسته شده با توجه به مدارك مربوطه و مندرجات پرونده بستري به دقت تكميل مي گردد. در خصوص اتباع غير ايراني شماره پروانه اقامت نيز بايد ثبت گردد.

* در مواردي كه رحم استجاري(تخمك متعلق به زني كه زايمان كرده نباشد) موارد بر اساس گواهي مراكز پزشكي يا ناباروري داراي مجوز از وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشكي و يا مراجع قضايي در كادر مربوط به توضيح گواهي ولادت با ذكر شماره، تاريخ و مستندات توسط تكميل كننده گواهي ولادت، تكميل ، امضا و مهمور گردد.
* **در صورتی که فردی غیر از پدر و یا مادر سرپرست خانوار شناخته مي شود، شماره ملي او به عنوان سرپرست خانوار در بخش شماره ملي سرپرست خانوار بايد ثبت شود.**

**مشخصات پدر نوزاد**:

مشخصات دقيق پدر نوزاد براساس موارد خواسته شده با توجه به مدارك مربوطه به دقت تكميل مي گردد. در خصوص اتباع غير ايراني شماره پروانه اقامت نيز بايد ثبت گردد. لازم به ذكر است بيمارستان يا صادر كننده گواهي مسئوليتي در قبال احراز هويت پدر ندارد.

**نشاني محل سكونت دائمي والدين و يا سرپست نوزاد:**

نشاني محل سكونت دائمي، محلي است كه والدين نوزاد در آنجا زندگي مي كنند مشروط بر اينكه اقامتگاه ديگری نداشته باشد، اقامتگاه خانوارهايي كه بيش از يك اقامتگاه دارند، محلي است كه بيشترين مدت سال را در آن به سر می برند. در صورتیکه پدر سر پرست نمی باشد آدرس کسی که سرپرست نوزاد شناخته می شود قید مي گردد. در قسمت تلفن ثابت، شماره تماس ثابتي از خانواده و در صورت نبود تلفن ثابت شماره تماسي جهت پيگيري هاي بعدي قيد گردد.

**دستورالعمل تكميل فرم 3-ع**

**گردش كارتكميل فرم 3- ع**

ثبت اطلاعات مورد نياز گواهي ولادت توسط متصدي امور ثبتي در سامانه ثبت ولادت

دريافت كد ثبتي واقعه ولادت از سامانه

دريافت اطلاعات متولدين از سامانه ولادت مرکز بهداشت شهرستان مربوطه

درج كد ثبتي در سامانه بر روي گواهي ولادت و صدور آن

تحليل اطلاعات

ارائه يك برگ گواهي ولادت به خانواده نوزاد جهت ارائه به سازمان ثبت احوال

دريافت مشخصات نوزاد از سامانه ولادت بوسيله كد ثبتي بر روي گواهي و انطباق آن با گواهي ولادت صادر شده

**توجه :این نمودار چرخش کار بر اساس این فرض طراحی شده است که سامانه الکترونیک ثبت ولادت در واحد های ارایه خدمات بهداشتی درمانی ( بیمارستان / تسهیلات زایمان) طراحی و اجرا شود**

|  |
| --- |
| **شاخص شماره 2** |
| 1. **نام شاخص:** ميزان مرگ نوزادان |
| 1. **تعريف شاخص**: احتمال مرگ نوزاد از زمان تولد تا دقیقاً 28 روزگی عمر، که بر حسب 1000 تولد زنده بیان می شود |
| 1. **نحوه محاسبه شاخص**: 1000\* تعداد مرگ نوزادان زير 28 روز در يك سال معین   مواليد زنده همان سال |
| 1. **منابع استخراج صورت کسر:** داده هاي حاصل از گواهی فوت، فرم هاي کالبد شکافی شفاهی |
| 1. **منابع استخراج مخرج کسر:** داده هاي حاصل از گواهي ولادت |
| 1. **متغيرهاي تفكيك كننده نابرابري**: جنس، سطوح اقتصادی، تحصیلات مادر، سن مادر، ناحيه (شهر/حاشيه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و استان |
| 1. **سازمان متولی اصلی تولید شاخص(پاسخگو)**: سازمان ثبت احوال کشور- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي (دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس و مركز مديريت شبكه) |
| 1. **دوره زمانی تولید و به روز رسانی**: ساليانه |
| 1. **نمونه فرم تكميل اطلاعات(فرمهاي آماري براي جمع آوري داده ها):** فرم 1- ع، فرم 2- ع، 3- ع |

|  |
| --- |
| **شاخص شماره 3** |
| 1. **نام شاخص:** ميزان مرگ كودكان زير 5 سال |
| 1. **تعريف شاخص**: احتمال مرگ کودک زنده متولد شده در فاصله تولد تا سن 59 ماه و 29 روز که بر حسب 1000 تولد زنده بیان می شود |
| 1. **نحوه محاسبه شاخص:**  1000\* تعداد مرگ كودكان زير 5 سال در یک سال معین   مواليد زنده در همان سال |
| 1. **منابع استخراج صورت کسر:** داده هاي حاصل از گواهی فوت و فرم هاي کالبد شکافی شفاهی |
| 1. **منابع استخراج مخرج کسر:** داده هاي حاصل از گواهي ولادت |
| 1. **متغيرهاي تفكيك كننده نابرابري**: جنس، سطوح اقتصادی، تحصیلات مادر، سن مادر، ناحيه (شهر/حاشيه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و استان |
| 1. **سازمان متولی اصلی تولید شاخص(پاسخگو)**: سازمان ثبت احوال کشور- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي (دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس و مركز مديريت شبكه) |
| 1. **دوره زمانی تولید و به روز رساني:** ساليانه |
| 1. **نمونه فرم تكميل اطلاعات(فرمهاي آماري براي جمع آوري داده ها):** فرم 1- ع، فرم2- ع، 3- ع |

|  |
| --- |
| شاخص شماره 4 |
| 1. **نام شاخص:** نسبت مرگ میر مادران از عوارض بارداری و زایمان (MMR) |
| 1. **تعريف شاخص:** مرگ هنگام حاملگی تا 42 روز پس از ختم بارداری، صرف نظر از مدت و محل حاملگی به هر علتی مرتبط با بارداری، تشدید شده در بارداری، یا به علت مراقبت های ارائه شده طی آن، اما نه به علت حادثه یا تصادف به ازای 100.000 تولد زنده |
| 1. **نحوه محاسبه شاخص:**  100000\* تعداد مرگ مادران به علت عوارض حاملگي و زايمان در يك سال   تعداد كل تولدهاي زنده در همان سال |
| 1. **منابع استخراج صورت کسر:** گواهی فوت، جدول و فرم های مجموعه نظام کشوری مراقبت مرگ مادری، نظام ثبت مرگ، زیج حیاتی در روستا |
| 1. **منابع استخراج مخرج کسر:** داده هاي حاصل از گواهي ولادت |
| 1. **متغيرهاي تفكيك كننده نابرابري**: سطوح اقتصادي، ناحيه (شهر/حاشيه شهر و روستا) ، سن مادر (متوفی)، تحصیلات مادر(متوفی) |
| 1. **سازمان متولی اصلی تولید شاخص(پاسخگو)**: سازمان ثبت احوال، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشكي (دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس و مركز مديريت شبكه) |
| 1. **دوره زمانی تولید و به روز رساني:** ساليانه |
| 1. **نمونه فرم تكميل اطلاعات(فرمهاي آماري براي جمع آوري داده ها):** فرم1- ع، 4- ع، 5- ع |

| **فرم4-ع: فرم خلاصه اطلاعات (اين فرم طي پرسشگري بررسی مرگ مادر بر اساس نظام کشوری مراقبت مرگ مادری و بتدريج تكميل مي شود)\*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| دانشگاه/دانشكده علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني : ................................................... | | | | | | | شهرستان: .................................... | | | | | شماره پرسشنامه: | | | منبع اخذ خبر: | | | | |
| نام و نام خانوادگي متوفي: کد ملی متوفی: کد ملی سرپرست خانوار: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| تحصیلات متوفی: بي سواد□ ابتدايي/نهضت □ راهنمايي□ دبيرستان□ دانشگاهي□ دكتراي تخصصي و فوق دكترا□ ساير□ ....................................... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| سن درهنگام فوت: ........ فاصله دو بارداري اخير: ........ تعداد بارداري: ......... تعداد زايمان: ......... تعداد سقط: ....... تعداد مرده زايي:‌....... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| تعداد فرزند زنده : دختر......... پسر.......... تاريخ اولين روز آخرين قاعدگي: تاريخ احتمالي زايمان : خواسته بودن بارداري: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| علت فوت : محل فوت : تاريخ و ساعت فوت : نام ونسبت همراه بیمار: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| آدرس محل سكونت: شهر: 🞎 روستای اصلی: 🞎 روستای قمر: 🞎 روستای سیاری: 🞎 حاشیه شهر: 🞎 | | | | | | | | | | | | | | ملیت: ایرانی 🞎 غیر ایرانی 🞎 | | | | | |
| مسير حركت و ارجاع (‌ازابتدا تا انتها ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| مبداء | وضعيت مادر | | ساعت حركت | | تاريخ | | | مقصد | | وضعيت مادر | | | | | | | **ساعت** | **تاريخ** | |
|  |  | |  | |  | | |  | |  | | | | | | |  |  | |
|  |  | |  | |  | | |  | |  | | | | | | |  |  | |
| زمان فوت مادر: بارداری🞏 زایمان🞏 پس از زایمان 🞏 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| محل زایمان: عامل زایمان: نوع زایمان: ساعت زایمان: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| وضعیت نوزاد: زنده سالم 🞏 زنده ناسالم 🞏 مرده 🞏 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| راهنمای کدگذاری کارکنان | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| سمت | | كدكادر فني | | تعداد | | سمت | | | كدكادر فني | | تعداد | | سمت | | | كدكادر فني | | | **تعداد** |
| متخصص زنان | | OB | |  | | ماما | | | M | |  | | پرستار | | | N | | |  |
| متخصص بيهوشي | | A | |  | | تكنسين | | | T | |  | | راننده | | | D | | |  |
| پزشك عمومي | | P | |  | | بهورز | | | B | |  | | پزشك قانوني | | | FD | | |  |
| سوپر وايزر | | S | |  | | ماماروستا | | | RM | |  | | كارشناس آزمايشگاه | | | LT | | |  |
| ساير | | متخصص داخلي | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | | |  |

\* **فرم شماره 1 نظام کشوری مراقبت مرگ مادری**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **فرم 5-ع: جدول اطلاعات استخراج شده از پرسشنامه مرگ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| دانشگاه/ دانشكده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی.................................... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | نيمه اول□ | | | | | نيمه دوم□ | | | سال ........ | | |
| رديف | نام و نام خانوادگي متوفي | کد ملی سرپرست خانوار | کد ملی متوفی | میزان تحصیلات | ملیت | 1- نام شهرستان محل سكونت | 2- منطقه محل سكونت | | | | | 3- سن مادر در زمان فوت | 4- تعداد بارداري | 5- فاصله دو بارداري آخر | 6- مراقبت پیش از بارداری داشته است | 7- سابقه بارداری | | | 8-مراقبت بارداری | | | | 9- مقطع فوت | | | | 10-محل فوت | | 11- در صورت زايمان | | | | |
| کد1- بیسواد کد2-ابتدائی/نهضت کد3- راهنمائی کد4- دبیرستان کد5- دانشگاهی کد6- دکترای تخصصی و فوق دکتری کد 7- سایر....... | 1- ایرانی 2- غیرایرانی | شهري | حاشیه شهر | روستای اصلی | روستاي قمر | روستاي سياري | 7الف -خواسته بودن آخرين بارداري | 7ب- در معرض خطر بودن مادر | 7ج- اعتیاد به مواد مخدر | 8الف -تناسب تعداد مراقبت با سن بارداري | 8ب -زمان شروع مراقبت مناسب بوده | 8ج-مسئول مراقبت بدرستی انتخاب شده (اعم از بهورز، ماما، پزشک،متخصص) | 8د-شاخص توده بدنی مادر در اولین مراقبت | بارداري | زايمان | 24 ساعت اول پس از زایمان | پس از 24 ساعت | 10الف- محل فوت | 10ب-نوع بیمارستان محل فوت (کد1- آموزشی-درمانی،کد2-درمانی ،کد3-خصوصی، کد4-تامین اجتماعی ،کد5-خیریه کد6-سایر ارگانها ) | الف- محل زايمان | ب- نوع بیمارستان محل زایمان (کد1- آموزشی-درمانی،کد2-درمانی ،کد3-خصوصی، کد4-تامین اجتماعی ،کد5-خیریه کد6-سایر ارگانها ) | ج- عامل زايمان | د-نوع زايمان | ه- در صورت سزارين علت آن |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| جمع |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  | نام و نام خانوادگي تكميل كننده فرم: | | | | | | | | | | | | | |  |  |  | تاريخ تكميل فرم: | | | | |  | امضاء |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **دانشگاه/ دانشكده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی....................................** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | نيمه اول□ | | نيمه دوم□ | | | **سال ........** | |
| رديف | 12- مداخلات درمانی | | | | 13- غفلت و عدم حساسیت پزشک ،ماما و سایر کادربهداشتی- درمانی | | | | | 14- وضعیت نوزاد | | | 15-علت فوت | 16-تاریخ فوت | 17-تاریخ گزارش به شهرستان | 18-تاريخ گزارش به استان | 19- تاريخ انجام پرسشگري | 20-كامل بودن اعضاء تيم پرسشگري | 21- تاريخ تشكيل كميته | 22- كامل بودن اعضاء كميته | 23-تناقض در مندرجات فرم 6 با ساير فرمها | 24-امكان شناسايي عوامل قابل اجتناب | 25- ارائه پيشنهاد هاي اصلاحي (مداخله) | 26-سطح مسئول مداخله | 27- فرد مسئول اجرا | 28- زمان يا دوره اجرا | 29- محل تامين اعتبار در صورت نياز | 30- ارسال پسخوراند به سطوح و واحد هاي مرتبط | 31- تاريخ اجراي مداخله | 32-اجراي مداخله در زمان مقرر | 33-عدم اجرا | 34-علت عدم اجرا | ملاحظات |
| 12الف- استیمولیشن بدون اندیکاسیون | 12ب- تزریق خون و فراورده های آن | 12ج- اقدامات جراحی | 12د- داروهای ویژه (IVIG،پروستاگلاندین،فاکتور7 ) | 13الف -پیش از بارداری | 13ب- بارداري | 13ج- زايمان | 13د- 24 ساعت اول پس از زایمان | 13و- پس از 24 ساعت | 14الف- سن نوزاد هنگام تولد | 14ب-وزن نوزاد موقع تولد | 14ج-وضعیت نوزاد در هنگام زایمان |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| جمع |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | نام و نام خانوادگي تكميل كننده فرم: | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | تاريخ تكميل فرم: | | | امضاء | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**دستورالعمل تکمیل فرم 4- ع**

پرسشنامه بررسی مرگ مادر در نظام مراقبت مرگ مادری شامل 12 فرم است که با توجه به سیر بیماری تا فوت مادر بخش‌های مختلف آن تکمیل می‌شود. فرم 4-ع در این مجموعه همان فرم شماره 1 نظام کشوری مراقبت مرگ مادری است که شامل خلاصه اطلاعات فرد فوت شده می‌باشد و بتدريج در طی پرسشگري بررسی مرگ مادر کامل می‌‌گردد و تنها فرمی از مجموعه فرم‌های بررسی مرگ مادر است که متغیرهای تفکیک کننده نابرابری در آن اعمال شده است.

**بخش اول**: در این بخش پس از درج نام دانشگاه و شهرستان محل سکونت متوفی، شماره پرسشنامه و منبع اخذ خبر، اطلاعات عمومي متوفي به شرح زیر با استفاده از پرونده خانوار، اسناد پزشكي و يا اظهارات اطرافيان متوفي تكميل مي‌شود.

- نام و نام خانوادگی متوفی با توجه به شناسنامه يا پرونده بيمارستانی يا هر مدرک معتبر ديگر

- کد ملی متوفی و کد ملی سرپرست خانوار

- میزان تحصیلات متوفی (طبق گزینه‌های ذکر شده در فرم)

- سن متوفی به هنگام فوت با توجه به شناسنامه يا هر مدرک معتبر ديگر

- سابقه باروری شامل فاصله دو بارداري اخير، تعداد بارداري، زايمان، سقط، مرده زايي و تعداد فرزند زنده (به تفکیک دختر و پسر)، تاريخ اولين روز آخرين قاعدگي، تاريخ احتمالي زايمان و وضعیت خواسته بودن بارداري (با ذکر بلی یا خیر)

- علت فوت شامل بيماري، صدمه يا عارضه اي كه طي دوران بارداري، زايمان یا پس از خاتمه بارداری بطور مستقيم يا غير مستقيم باعث مرگ مادر شده است.

- محل فوت بصورت بیمارستان، منزل، مطب و یا هر محل دیگری

- تاريخ و ساعت فوت به طور کامل (روز، ماه و سال )

- نام و نام خانوادگی و نسبت همراه متوفی

- آدرس محل سکونت متوفی با ذکر منطقه سکونت به تفکيک شهر / روستای اصلی / روستای قمر/ سیاری و حاشیه شهر

- ملیت متوفی به تفکیک ایرانی و غیر ایرانی

تکمیل تمام موارد ذکر شده در این بخش از جمله کد ملی متوفی و سرپرست خانوار، میزان تحصیلات متوفی (مطابق تعریف ارائه شده، تعیین منطقه سکونت و ملیت الزامی است.

**بخش دوم**: این قسمت شامل مسير حركت و ارجاع و وضعيت متوفي حین ارجاع از منزل تا آخرين مقصد ارجاع با ذکر ساعت و تاریخ است که می باید به ترتيب نوشته شود. (مطابق نمونه ارائه شده در کتاب نظام کشوری مراقبت مرگ مادری)

**بخش سوم** : این قسمت مقطع فوت متوفی را بصورت بارداری، زايمان و یا پس از زایمان مشخص می کند.

- بارداري: مرگ مادر در طول بارداري (از زمان تشخيص حاملگي تا زمان شروع دردهاي واقعي زايمان)

- زايمان: مرگ مادر طي زايمان ( از زمان شروع دردهاي واقعي تا پس از خروج جفت )

- پس از زايمان: مرگ مادر در طول دوران پس از زايمان (پس از خروج جفت تا شش هفته پس از زايمان)

در صورتي كه مادر حین زایمان یا پس از آن فوت کرده باید محل، عامل، نوع و ساعت زایمان در مقابل هر کدام نوشته شود. همچنین وضعيت نوزاد يا نوزادان برحسب گزینه های زیر علامت گذاری گردد:

- نوزاد زنده: نوزادي كه موقع تولد يا بعد از تولد خود بخود نفس مي كشد يا ضربان قلب داشته و يا حركات خود بخود عضلات را از خود نشان دهد.

- نوزاد مرده: نوزادي كه بيش از 22 هفته در رحم بوده، هيچكدام از علائم حياتي را نداشته باشد يعني نفس نكشد، ضربان قلب و حركات عضلات ارادي را نداشته باشد.

- نوزاد سالم:

* پره ترم (كمتر از 37 هفته كامل بارداري ) نباشد؛
* LBW (زير 2500 گرم) نباشد؛
* در معاينه فيزيكي، اعضاء و اندام هاي وي ناهنجاري و مشكل فونكسيونلي (عملكردي) نداشته باشد؛
* در معاينه عصبي، رفلكس هاي نوزادي، طبيعي باشد.

- نوزاد ناسالم: نوزادي كه فاقد يكي از مشخصات نوزاد سالم باشد، ناسالم محسوب مي شود.

**بخش چهارم:** مربوط به تکمیل راهنماي كد گذاري كاركنان فني است. در این بخش به منظور محرمانه نگاه داشتن اطلاعات در فرم های مختلف پرسشنامه بررسی مرگ مادر بايد از نوشتن اسامي كاركناني كه به نحوي در ارائه مراقبت و درمان متوفي دخالت داشته اند خودداري نموده و از كدهاي قراردادي (كد كادر فني) در حين مصاحبه و تكميل پرسشنامه استفاده شود. در صورتي كه در ستون تعداد بيش از يك نفر ثبت شده باشد، بايد كدهاي مربوطه در فرم 3 و 5 به ترتيب مصاحبه شونده ها شماره گذاري شود. مانندM3 ,M2 ,M1 و....

بقیه فرم‏های بررسی مرگ مادر مطابق نظام کشوری مراقبت مرگ مادری تکمیل می‏شود.

**دستورالعمل تكميل فرم 5-ع : جدول اطلاعات استخراج شده از پرسشنامه مرگ مادر**

این جدول دو بار در سال بصورت جداول شش ماهه اول و دوم از دانشگاه‏های علوم پزشکی به اداره سلامت مادران ارسال می‏شود.

توجه:

در اطلاعات این جدول و راهنمای آن ممکن است توسط اداره سلامت مادران بر حسب ضرورت و نیاز تغییراتی اعمال شود که به کارشناسان مربوطه در دانشگاه های علوم پزشکی اعلام می گردد. آنچه مسلم است متغیرهای تفکیک کننده نابرابری در ستون های مربوط به نام و نام خانوادگی متوفی، کد ملی متوفی، کد ملی سرپرست خانوار، میزان تحصیلات متوفی و منطقه محل سکونت ثابت می باشد.

در این جدول اطلاعات هر مورد مرگ مادر در یک ردیف ثبت می شود. در ستون های ابتدای جدول باید نام و نام خانوادگی متوفی، کد ملی متوفی و سرپرست خانوار، میزان تحصیلات و ملیت متوفی درج شده و سایر ستون ها به ترتیب زیر تکمیل گردد.

ستون 1: نام شهرستان محل سكونت نوشته شود.

ستون 2: منطقه سكونت در ستون هاي مربوطه علامت گذاري شود.

ستون 3، 4، 5 ، 6 و 7: سن مادر در زمان فوت، تعداد بارداري، فاصله بارداري آخر(منجر به فوت) با بارداري قبل از آن، مراقبت پیش از بارداری و سابقه بارداري با توجه به عناوین ذکر شده در ذیل آن در اين ستون ها نوشته شود.

ستون 8: مادر در طول بارداري در صورت طبيعي بودن همه شرايط بايد 8 بار تحت مراقبت قرار گيرد. اين تعداد با توجه به زمان شروع مراقبت و زمان فوت متفاوت است. ( مطابق مجموعه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران)، مسئول مراقبت و شاخص توده بدنی مادر در اولین مراقبت در این ستون نوشته شود.

ستون 9: مقطع فوت در ستون هاي مربوطه علامت گذاري شود.

ستون 10: منظور از محل فوت، منزل، بين راه ، مطب، تسهيلات زايماني، بيمارستان يا زايشگاه است. در ستون 10 ب نوع بیمارستان براساس کدهای داده شده مشخص شود.

ستون 11: اگر مادر حين يا بعد از زايمان فوت كرده است، محل زايمان و نوع آن، عامل و نوع زايمان و در صورت سزارین علت آن نیز نوشته شود.

ستون 12، 13 و 14: این ستون ها و زیر ستون آنها مطابق عناوین ذکر شده و دستور عمل های اداره مادران تکمیل شود.

ستون 15: در صورتي كه فوت در بيمارستان، تسهيلات زايماني و مطب اتفاق افتاده باشد، علت فوت به استناد پرونده بيمار و یا نتیجه اتوپسی در غير اين صورت با نظر كارشناسي نوشته شود. اگر علي رغم بررسي ها علت مشخص نشد، ”واژه نامعلوم“ ثبت گردد.

ستون ، 16، 17،18 ،19 و 21: تاريخ هر مورد به صورت روز، ماه و سال در ستون مربوطه نوشته شود.

نكته: از ستون 19 تا 32 با توجه به شرح زير علامت مثبت يا منفي در جدول گذاشته شود.

ستون 20و 22: در مورد كامل بودن اعضاي تيم پرسشگري و كميته كاهش مرگ و مير با توجه به شرح گردش كار بررسي مرگ مادر (مورد 7و 11) علامت گذاري شود.

ستون23: ممكن است در اطلاعات فرم هاي مصاحبه با اطرافيان و كاركنان فني تناقص وجود داشته باشد. مواردي چون وضعيت بيمار بدو ورود، زمان پذيرش، درخواست افراد فني از خانواده بيمار، زمان فوت و....

ستون 24: بررسي و پرسشگري بايد به گونه اي انجام شود كه اعضاي كميته قادر به پيدا كردن مشكلات و نقايص موجود در روند بيماري باشند و بتوانند به راحتي فرم 8 را تكميل نمايند.

ستون 25: در پايان جلسات كميته با توجه به مشكلات و عوامل مؤثر در مرگ مادر پيشنهادات اصلاحي بايد توسط اعضاي كميته ارائه شده باشد.

ستون 26،27 و 29: در پایان جلسات کمیته با توجه به مشکلات و عوامل موثر در مرگ مادر سطح مسئول مداخله، فرد یا افراد مسئول اجرا و محل تامین اعتبار توسط اعضای کمیته مشخص شده است.

ستون 28: تاریخ اجرای هر مورد مداخله به صورت روز، ماه و سال در ستون مربوطه نوشته شده است.

ستون 30: پسخوراند لازم در اختيار سطوح مربوطه قرار گرفته است.

ستون 31 تا 34: ممكن است اين ستون ها در فاصله 6 ماهه گزارش به علت عدم اجراي مداخله تكميل نشود ولي لازم است در قسمت توضيحات به صورت گزارش پيشرفت نوشته شود.

در پایان نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم و تاریخ تکمیل درج و امضا شود.

گردش كار تکمیل فرم ها و جداول بررسي مرگ مادر 4-ع ، 5-ع

گردش کار جمع آوری اطلاعات و تکمیل فرم ها و جداول بررسی مرگ مادر مطابق نظام کشوری مراقبت مرگ مادری است که خلاصه ای از آن به شرح زیر می باشد:

1. **اعلام وقوع مرگ**

فوت مادر در روستا توسط بهورز، پزشك مركز بهداشتي درماني روستا يا اهالي روستا و از طريق فرم گزارش مرگ مادر يا تلفن به نزدیک ترین واحد بهداشتی درمانی یا مركز بهداشت شهرستان اطلاع داده مي شود.

فوت مادر در شهر توسط بيمارستان، مطب خصوصي، سازمان هاي مختلف، مركز بهداشتي درماني شهري، پايگاه بهداشتي و افراد غير رسمي از طريق فرم گزارش مرگ يا تلفني به نزدیک ترین واحد بهداشتی درمانی یا مركز بهداشت شهرستان اطلاع داده مي‌شود. (چنانچه مرگ در بيمارستان رخ داده باشد، مترون يا سوپروايزور بيمارستان موظف به تکميل گزارش فوري مرگ و ارسال آن به دفتر مدير شبکه شهرستان یا معاونت درمان دانشگاه مي‌باشد.) مدیر شبکه پس از دریافت گزارش مرگ مادر آن را به واحد مربوطه در ستاد دانشگاه ارسال می‌نمايد.

به منظور اطلاع فوری از موارد مرگ مادر و دریافت سریع آن از دانشگاه های علوم پزشکی، فرم الکترونیک گزارش فوري در اداره سلامت مادران طراحی و در پورتال معاونت بهداشت/ دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس/ سربرگ اداره سلامت مادران قرار داده شده است. به محض اعلام مرگ مادر در بارداری، زایمان و یا 42 روز پس از زایمان به به ستاد دانشگاه، این مورد با تکمیل فرم مذکور توسط کارشناس سلامت مادران در بخش بهداشت و یا درمان به اداره سلامت مادران گزارش می‌شود.

1. **جمع‌آوری‌داده‌های مرگ توسط تیم پرسشگری و تکمیل فرم‌های 1تا7 در پرسشنامه بررسی مرگ‌مادر**

با توجه به اينكه فوت در خانه، بيمارستان، تسهيلات زايماني و يا مطب اتفاق افتاده است، تيم پرسشگري بايد طي دو هفته با حکم رياست دانشگاه به محل اعزام شود. این تیم به منزل متوفي و هر يك از واحدهاي بهداشتي درماني كه مرگ درآنجا اتفاق افتاده یا متوفی در آنجا مراقبت شده و یا پرونده دارد مانند بيمارستان، تسهيلات زايماني يا مطب مراجعه كرده، پرسشنامه را تكميل می کند و آن را جهت بررسي به مسئول برگزاری کمیته بررسی مرگ و میر مادران تحويل می‌دهد. **(اعضا و شرایط انتخاب تیم های پرسشگری در کتاب نظام کشوری مراقبت مرگ مادری ذکر شده است.)**

1. **مطالعه و تحلیل اطلاعات جمع آوری شده در کمیته بررسی مرگ و میر مادران**

در هر دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کمیته ای تحت عنوان کمیته دانشگاهی بررسی مرگ مادر تحت نظر ریاست آن دانشگاه وجود دارد. این کمیته پس از مطالعه پرسشنامه ها و انجام بررسی های لازم عوامل قابل پيشگيري را شناسايي، سپس نوع مداخله، سطح مداخله كننده و ..... را طبق اطلاعات مندرج در فرم های شماره 8 تا 12 پرسشنامه مشخص می کند. **( اعضا و شرایط انتخاب و شرح وظیفه کمیته دانشگاهی بررسی مرگ مادر در کتاب نظام کشوری مراقبت مرگ مادری ذکر شده است.)**

1. **ارسال اطلاعات به اداره سلامت مادران**

پس از بررسی وضعیت مرگ مادر و پرسشنامه ها توسط اعضاء کمیته دانشگاهی، نتایج حاصله در جدول اطلاعات استخراج شده از پرسشنامه مرگ مادر وارد می شود. در پايان نيمه اول و دوم سال، باید این جدول و فرم هاي شماره 1، 7 ، 8 ، 9، 10، 11 و 12 پرسشنامه به اداره سلامت مادران ارسال شود. چنانچه طي هر نيمه، مورد مرگ مادر اتفاق نيافتاده باشد، ارسال گزارش صفر الزامي است.

1. **تکمیل جدول جمع بندي گزارش مرگ مادر و محاسبه شاخص كشوري MMR در ستاد مرکزی (اداره سلامت مادران)**

|  |
| --- |
| **شاخص شماره 5** |
| 1. **نام شاخص:** میزان مرگ ناشي از بيماري هاي عروق کرونر |
| 1. **تعريف شاخص**: مرگ ناشی از بیماری های عروق کرونر در طی یک سال در 10.000 نفر جمعیت |
| 1. **نحوه محاسبه شاخص:**   10000\* تعداد موارد مرگ ناشی از بیماری‌های عروق کرونر قلب شامل كدهاي ICD-10  **(I20-I25)**  جمعیت وسط سال |
| 1. **منابع استخراج صورت کسر:** داده هاي حاصل از گواهی فوت و فرم هاي کالبد شکافی شفاهی |
| 1. **منابع استخراج مخرج کسر:** داده هاي حاصل از سرشماري |
| 1. **متغيرهاي تفكيك كننده نابرابري**: سن، جنس ناحيه (شهر/ حاشيه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا)، شهرستان، سطوح اقتصادی، شغل و تحصيلات |
| 1. **سازمان متولی اصلی تولید شاخص(پاسخگو)**: سازمان ثبت احوال کشور - وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشكي (مرکز مدیریت بیماری های غیر واگیر و مركز مديريت شبكه) |
| 1. **دوره زمانی تولید و به روز رساني:** ساليانه |
| 1. **نمونه فرم تكميل اطلاعات(فرمهاي آماري براي جمع آوري داده ها):** فرم 1- ع |

|  |
| --- |
| **شاخص شماره 6** |
| 1. **نام شاخص:** اميد زندگي در بدو تولد |
| 1. **تعريف شاخص**: تعداد سال هایی که یک کودک تازه به دنیا آمده زندگی خواهد کرد در صورتی که الگوهای شایع میزان های مرگ اختصاصی سن در زمان تولد در تمام طول زندگی کودک به همان صورت باقی مانده باشند |
| 1. **نحوه محاسبه شاخص:** تکمیل جدول عمر با اطلاعات جمعیت و مرگ و میر |
| 1. **منابع استخراج صورت کسر:** داده هاي حاصل از گواهی فوت و فرم هاي کالبد شکافی شفاهی |
| 1. **منابع استخراج مخرج کسر:** داده هاي حاصل از سرشماري |
| 1. **متغيرهاي تفكيك كننده نابرابري**: جنس، سطوح اقتصادی، تحصيلات، ناحيه (شهر/حاشيه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان |
| 1. **سازمان متولی اصلی تولید شاخص(پاسخگو)**: مرکز آمار ایران- سازمان ثبت احوال کشور- وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی |
| 1. **دوره زمانی تولید و به روز رساني:**  ساليانه |
| 1. **نمونه فرم تكميل اطلاعات(فرمهاي آماري براي جمع آوري داده ها):** فرم 1- ع، 2- ع |

|  |
| --- |
| شاخص شماره 7 |
| 1. **نام شاخص:** بروز اقدام به خودكشي کامل |
| 1. **تعريف شاخص:** میزان بروز اقدام به خودکشی بر حسب کامل در طی یک سال در ده هزار نفر جمعیت |
| 1. **نحوه محاسبه شاخص:** 10000\* تعداد موارد جدید اقدام به خودکشی بر حسب کامل   جمعیت وسط سال |
| 1. **منابع استخراج صورت کسر**: داده هاي حاصل از گواهی فوت ، فرم های کالبد شکافی شفاهی، فرم هاي مربوطه كواهي فوت مراكز بهداشتي درماني ، پزشكي قانوني |
| 1. **منابع استخراج مخرج کسر**: داده هاي حاصل از سرشماري |
| 1. **متغيرهاي تفكيك كننده نابرابري**: ناحيه (شهر/ حاشيه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان، سطوح اقتصادی، سن، جنس و سطح تحصيلات |
| 1. **سازمان متولی اصلی تولید شاخص(پاسخگو):** وزارت بهداشت(امور بهداشت روان معاونت بهداشتی) سازمان پزشکی قانونی کشور - سازمان بهزیستی کشور |
| 1. **دوره زمانی تولید و به روز رساني**: ساليانه |
| 1. **نمونه فرم تكميل اطلاعات(فرمهاي آماري براي جمع آوري داده ها):** فرم1- ع |

|  |
| --- |
| شاخص شماره 8 |
| 1. **نام شاخص:** بروز اقدام به خودكشي ناكامل |
| 1. **تعريف شاخص:** میزان بروز اقدام به خودکشی بر حسب ناکامل در طی یک سال در ده هزار نفر جمعیت |
| 1. **نحوه محاسبه شاخص:** 10000\* تعداد موارد جدید اقدام به خودکشی بر حسب ناکامل   جمعیت وسط سال |
| 1. **منابع استخراج صورت کسر**: داده هاي حاصل از فرم های ثبت خودکشی |
| 1. **منابع استخراج مخرج کسر**: داده هاي حاصل از سرشماري |
| 1. **متغيرهاي تفكيك كننده نابرابري**: ناحيه (شهر/ حاشيه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان، سطوح اقتصادی، سن، جنس و سطح تحصيلات |
| 1. **سازمان متولی اصلی تولید شاخص(پاسخگو):** وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی(دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتياد) سازمان پزشکی قانونی کشور - سازمان بهزیستی کشور |
| 1. **دوره زمانی تولید و به روز رساني**: ساليانه |
| 1. **نمونه فرم تكميل اطلاعات(فرمهاي آماري براي جمع آوري داده ها):** فرم 6- ع |

**تعاريف، مفاهيم، اختصارات**:

بر اساس قانون، موارد مرگ ناشی از خودکشی باید به پزشکی قانونی انتقال یابند برای این موارد در پزشکی قانونی گواهی فوت داده می ‌شود. چنانچه مواردی به مراکز درمانی و یا نیروی انتظامی مراجعه نمایند، جهت بررسی علت مرگ و صدور گواهی فوت به پزشکی قانونی ارجاع می گردند ( شكل شماره 1 ). در پزشکی قانونی، برای موارد ارجاع شده پرونده تشکیل می‌گردد، بعد از اثبات خودکشی این مورد در پرونده فرد ثبت می شود ولی در گواهی فوت صادره به طور معمول عبارت خودکشی ذکر نمی شود و علت مرگ ممکن است صرفاٌ با عباراتی نظیر سوختگی یا سقوط از ارتفاع و... عنوان شود. در حال حاضر در پزشکی قانونی آمار موارد خودکشی منجر به مرگ به تفکیک سن، روش خودکشی، جنس و وقوع خودکشی در ماه های مختلف سال موجود می باشد. ولی به دلایل محرمانه این آمار صرفاٌ در اختیار سازمان پزشكي قانوني و قوه قضائیه قرار داشته و به جایی گزارش داده نمی شود.

|  |
| --- |
| **فرم 6-ع: فرم ثبت موارد جديد اقدام به خودكشي** |
| **وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي**  **دفتر سلامت رواني، اجتماعي و اعتياد**  **برنامه ادغام سلامت روان**  **نام دانشگاه**: .......................................  **نام شهرستان**: ....................................  **تاريخ اقدام به خودكشي**:...........................................  **نوع مركز ارائه دهنده خدمات روانپزشكي:**  خانه بهداشت□ مركز بهداشتي درماني □ بيمارستان□ اورژانس اجتماعي □ زندان□  **نام مركز:**  **نام و نام خانوادگي بيمار:**  **كد ملي سرپرست خانوار: كد ملي بيمار:**  **تاريخ تولد:**  روز ماه سال **سن**:  **سال**  **جنس**: زن □ مرد□  **شغل**: .........................   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **قانون‌گزاران، مقامات عالي‌رتبه و مديران**□ | **متخصصان**□ | **تكنسين‌ها و دستياران**□ | **كارمندان امور اداري و دفتري**□ | **كاركنان خدماتي و فروشندگان**□ | | **كاركنان ماهر كشاورزي، جنگلداري و ماهيگيري**□ | **صنعت‌گران و كاركنان مشاغل مربوط**□ | **متصديان و مونتاژكاران ماشين‌آلات و دستگاه‌ها و رانندگان وسايل نقليه**□ | **كارگران ساده**□ | **نيروهاي مسلح**□ |   **وضعيت تاهل:** مجرد □ متاهل □ مطلقه □ بيوه□ ساير□ نامشخص□  **تحصيلات**: بي سواد□ ابتدايي/نهصت □ راهنمايي□ دبيرستان□ دانشگاهي□ دكتراي تخصصي و فوق دكترا□ ساير□  **منطقه سكونت:** شهر□ روستا□  **سابقه بيماري رواني** : دارد□ ندارد□  **در صورت مثبت بودن نوع بيماري ذكر شود**......................  **سابقه بيماري جسمي:** دارد□ ندارد□  **در صورت مثبت بودن نوع بيماري ذكر شود**......................  **سابقه اقدام به خودكشي** : دارد □ ندارد□  **در صورت مثبت بودن دفعات ذكر شود**......................  **روش خودكشي** : مسموميت با دارو□ مسموميت با سم □ مسموميت با مواد مخدر □ سلاح گرم □ سلاح سرد□ خودسوزي□ دار زدن □ پرتاب از بلندي □ غرق شدن□ ساير□( مشخص كنيد)..........................................  **تلفن تماس بيمار** :  **نام و نام خانوادگي تكميل كننده فرم:** |

**دستورالعمل تكميل فرم 6- ع**

نام دانشگاه: نام دانشگاه مورد نظر ذكر شود.

نام شهرستان: نام شهرستان مورد نظر ذكر شود.

تاريخ: تاريخ اقدام به خودكشي ذكر شود.

نوع مركز ارائه دهنده خدمات روانپزشكي: بنا به منطقه محل سكونت نوع مركز ارائه دهنده خدمات را انتخاب نماييد به طور مثال در مناطق روستايي فرد اقدام كننده توسط خانه بهداشت و يا مركز بهداشتي درماني شناسايي مي شود و در مناطق شهري توسط بيمارستان و ...

نام مركز: نام مركز مورد نظر ذكر شود.

نام ونام خانوادگي بيمار: منظور از بيمار فرد اقدام كننده به خودكشي است.

كد ملي سرپرست خانوار: كد ملي 10 رقمي مي باشد و منظور از سرپرست خانوار فردي است كه در مركز آمار به عنوان سرپرست معرفي شده است.(يعني فردي كه نان آور خانواده است)

سن: مثلاً 28 ساله / 45 ساله ]از نوشتن سال تولد مثلاً 1348 خودداری گردد[

جنس: جنس بيمار مشخص گردد.

شغل: اگر شغل بيمار در تقسيم بندي موجود در فرم نباشد نوع شغل ذكر شود.

وضعیت تأهل: ملاک وضعیت فرد در لحظه خودکشی است.

(متارکه یعنی فردی که طلاق نگرفته و همچنان متأهل است اما عملاً زیر یک سقف با همسرش زندگی نمی کند. جدا از همسر: یعنی فردی که طلاق نگرفته و همچنان متأهل است اما بالاجبار – مثلاً بعلت زندانی شدن زن یا شوهر - زیر یک سقف با همسرش زندگی نمی کند)

میزان تحصیلات: بر اساس موارد موجود يك مورد انتخاب گردد.

محل سكونت: بر اساس محل سكونت دائمي بيمار بايد انتخاب گردد.

سابقه بیماری روانی : در صورت مسبوق به سابقه بودن، نوع بیماری ]مثلاً افسردگی، اسکیزوفرنی، سوءمصرف مواد و..[ ذکر گردد.

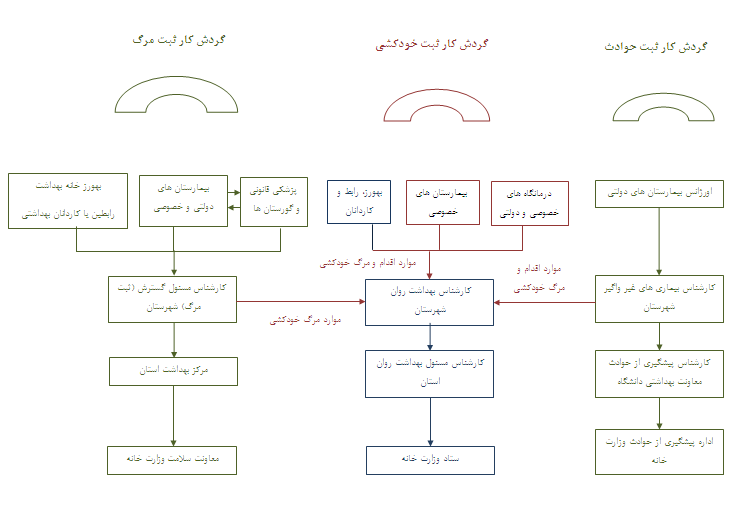
سابقه بیماری جسمی: در صورت مسبوق به سابقه بودن، نوع بیماری ]مثلاً دیابت ، لوپوس و...[ ذکر گردد.

سابقه اقدام به خودکشی: برحسب نوبت (مثلاً سه نوبت اقدام به خودکشي قبلي فقط بصورت عدد 3 در ستون مربوطه درج گردد).

روش خودکشی : با توجه به موارد موجود در فرم انتخاب گردد.

نتیجه اقدام به خودکشی : فقط به دو صورت منجر به فوت شده يا نشده نوشته شود.از نوشتن عبارات موفق يا ناموفق اكيدا خودداري شود.

گردش كار تكميل فرم 6-ع



|  |
| --- |
| **شاخص شماره 9** |
| 1. **نام شاخص:** ميزان باروري اختصاصي سنی زير 18 سال و بالاي 35 سال |
| 1. **تعريف شاخص**: میزان باروری در زنان زیر 18 سال و بالای 35 سال |
| 1. **نحوه محاسبه شاخص:**   تعدااد موالید زنده در گروه سنی 17-10 سال  جمعيت زنان آن گروه سني17-10 در وسط سال  تعداد موالید زنده در گروه سنی 36 تا 49 سال  جمعيت زنان آن گروه سني در وسط سال |
| 1. **منابع استخراج صورت کسر:** فرم گواهی ولادت |
| 1. **منابع استخراج مخرج کسر:** مركز آمار ايران |
| 1. **متغيرهاي تفكيك كننده نابرابري**: تحصیلات مادر(فرد)، ناحيه (شهر/ حاشيه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا)، شهرستان و سطوح اقتصادي |
| 1. **سازمان متولی اصلی تولید شاخص(پاسخگو)**: مركز آمار ايران ، وزارت بهداشت (دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس) - سازمان ثبت احوال کشور |
| 1. **دوره زمانی تولید و به روز رسانی**: ساليانه |
| 1. **نمونه فرم تكميل اطلاعات(فرمهاي آماري براي جمع آوري داده ها):**فرم3- ع |

|  |
| --- |
| **شاخص شماره 10** |
| 1. **نام شاخص:** شيوع تولد نوزادان با وزن كم هنگام تولد |
| 1. **تعريف شاخص**: درصد نوزادانی که هنگام تولد وزن آنها کمتر از 2500 گرم می باشد |
| 1. **نحوه محاسبه شاخص:**   100\* تعداد نوزادان با وزن تولد كمتر از 2500 گرم در یک سال معین  تعداد كل مواليد زنده در همان سال |
| 1. **منابع استخراج صورت کسر:** گواهي ولادت |
| 1. **منابع استخراج مخرج کسر:** اطلاعات ثبت احوال – دفتر جمعيت و سلامت معاونت بهداشت |
| 1. **متغيرهاي تفكيك كننده نابرابري**: سطوح اقتصادی، تحصیلات مادر، ناحيه (شهر/ حاشيه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان |
| 1. **سازمان متولی اصلی تولید شاخص(پاسخگو)**: وزارت بهداشت (اداره نوزادان و دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی معاونت درمان) |
| 1. **دوره زمانی تولید و به روز رساني:** هر 5 سال |
| 1. **نمونه فرم تكميل اطلاعات(فرمهاي آماري براي جمع آوري داده ها):** فرم 3- ع |