**بسمه تعالي**

**صورتجلسه کمیته بررسی موارد مرگ کودکان 59-1 ماهه شهرستان**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| تاريخ جلسه : | | ساعت شروع : |  | محل برگزاری : |
| ساعت پایان : |  |
| حاضرین  جلسه | جناب آقایان : | | سرکار خانم ها : | |
| غائبین |  | | | |
| دستورکار جلسه : | | | | |
| مقدمه : | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **عنوان** | **نتیجه** | | | |
| **اجراء** | **عدم اجراء** | **در دست اقدام** | **توضیحات** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**پیگیری مصوبات کمیته قبلی : (تاریخ کمیته )**

**چکیده اطلاعات موارد مرگ بررسی شده در کمیته :**

|  |
| --- |
| **نتایج بررسی فوت کودک 59-1 ماهه :** |
| **نام و نام خانوادگی کودک : تاریخ تولد : تاریخ فوت : سن : علت اولیه فوت :**  **بررسی وضعیت مراقبتهای انجام شده بر اساس سامانه سیب یا پرونده کودک :**  **وضعیت تغذیه کودک :**  **وضعیت وزن گیری :**  **وضعیت انجام آزمایشات غربالگری کودک سالم :**  **نتایج ویزیت پزشک :**  **وضعیت انجام پیگیری های کودک :**  **نواقص پرونده کودک:**  **شرح فوت کودک :**  **مداخلات استخراج شده قبل از کمیته :**  **علت نهایی تعیین شده فوت در کمیته ( علت زمینه ای و مستقیم ) :** |
| **نتایج بررسی فوت نوزاد :** |
| **نام و نام خانوادگی نوزاد : نام و نام خانوادگی مادر : تاریخ تولد : ساعت تولد : تاریخ فوت : ساعت فوت : علت اولیه فوت : سن نوزاد : وزن زمان تولد : نوع تغذیه : سن مادر : سن بارداری مادردر هنگام زایمان به هفته :**  **نوع زایمان : تعداد بارداری مادر : تعداد فرزند زنده : تعداد مرده زایی : تعداد سقط :**  **وضعیت آخرین بارداری از نظر مرتبه تولد (دوقلویی/ چندقلویی ) : سابقه بارداری از نظر دو یا چندقلویی: نسبت خویشاوندی والدین :**  **وضعیت مادر از نظر بارداری پرخطر در ابتدای بارداری و ذکر علت :**  **تاریخ تشکیل پرونده بارداری با ذکر هفته بارداری : تعداد مراقبت های دوران بارداری :**  **وضعیت روند وزن گیری مادر در طی بارداری :**  **وضعیت انجام پیگیریها در صورت لزوم :**  **وضعیت انجام آزمایشات در بارداری و موارد نیازمند درمان یا پیگیری :**  **وضعیت مادر از نظر عفونت های ادراری و دهان و دندان و ... :**  **وضعیت انجام مشاوره غربالگری ناهنجاری های مادرزادی :**  **نتایج سونوگرافی هدفمند بررسی ناهنجاری های مادرزادی :**  **وضعیت انجام مراقبتهای دوره نوزادی :**  **نتایج اولین معاینه نوزاد توسط پزشک :**  **شرح کامل فوت نوزاد :**  **مداخلات استخراج شده قبل از کمیته :**  **علت نهایی تعیین شده فوت در کمیته ( علت زمینه ای و مستقیم ) :** |

**مداخلات مصوب شده کمیته فعلی (تاریخ : )**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **عنوان** | **مسئول اجراء** | **مسئول پیگیری** | **مهلت اجراء** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |