**باسمه تعالي**

**نام پرسشگر......... وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي تاريخ پرسشگري:............**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **کدمتوفی: .................** | **پرسشنامه "ب": مخصوص بررسي مشخصات کلی خانواده و سوابق بیماری متوفی1-59 ماهه** | | شماره پرونده/ خانوار**: ..........** |
| نام دانشگاه/دانشكده: ....................... نام شهرستان : ......................... نام بیمارستان.................... کد ملی متوفی \_.\_ \_ \_ \_ \_ \_.\_ \_ \_ | | | |
| 1- نام و نام خانوادگي متوفي: ............................................... | | 2- سن متوفي هنگام فوت (برحسب ماه): .......... | |
| 3- تاریخ تولد متوفی : ........../........../........13 | | 4- زمان وقوع فوت :........../........../........13 ساعت......... | |
| 5- جنس ومليت متوفي: 1- پسر ⬜ 2- دختر ⬜  1- ايراني ⬜ 2- غيرايراني ⬜ ................ | | 6- منطقه سكونت: 1- شهري ⬜ .................  2- روستايي ⬜ …………… 3- عشاير ⬜ | |
| 7-وضعیت حضورمتوفی در خانواده : 1 - زندگی با پدر و مادر ⬜ 2- زندگی با مادر ⬜ 3- زندگی با پدر ⬜ 4- زندگی با سایر افراد خانواده و بستگان ⬜ 5- مراکز نگهداری و حمایتی ⬜ 6- ساير ⬜......... | | | |
| 8-میزان تحصيلات مادر/مراقب متوفی: 1- بيسواد⬜ 2- ابتدائی ⬜ 3- راهنمايي ⬜ 4- دبيرستان ⬜ 5- دانشگاهی ⬜ | | | |
| 9– آیا مرگ کود ک دراثرحادثه بوده است؟ 1- بله ⬜ 2- خیر ⬜ ***اگر مرگ در اثر حادثه نبود به سوال 14 بروید.*** ***.*** | | | |
| 10- زمان وقوع حادثه : .........(ساعت) ......./........../........13 | | | |
| 11- محل وقوع حادثه:1- منزل ⬜ 2- حریم منطقه مسکونی ⬜ 3- جاده داخل منطقه مسکونی ⬜ 4- جاده خارج منطقه مسکونی ⬜ 5- سایر ⬜......... | | | |
| 12- کودک كداميك از علائم زير را (قبل از مراجعه) داشت ؟ زمان مشاهده اولین علامت ذیل : .........(ساعت) ........./........../........13  مشكل بودن تنفس ⬜ عدم توانايي نوشيدن(شير يا مايعات) ⬜ تشنج در اين بيماري ⬜ استفراغ بدنبال خوردن هر چیزی ⬜  خواب آلودگي يا کاهش هوشياري ⬜ خونریزی ⬜ ساير⬜....................... | | | |
| 13- برای درمان کودک(آخرین بار قبل از وقوع فوت) بترتیب به چه کسی یا محلی مراجعه کردید؟(*درخانه مقابل هرگزینه انتخابی ترتیب مراجعه را ثبت نمایید*)   1. بیمارستان ⬜ ... 2- مرکز بهداشتی یادرمانگاه دولتی⬜... 3-مطب ومراکزخصوصی⬜... 4-خانه بهداشت⬜ ..5-درمانگرهای سنتی⬜..   6- به هیچ کجا⬜ ***اگر جواب گزینه 1 یا2یا3 نباشد به سوال 23بروید*** | | | |
| 14-زمان مراجعه به اولين مرکز درمانی قبل ازوقوع فوت : .........(ساعت) ......./........../........13 | | | |
| 15-آياانتقال کودک توسط آمبولانس صورت گرفت؟بله⬜ خیر⬜ **اگرخیر،علت؟عدم دسترسی فوری⬜ به نظرم نیازی نبود⬜ سایر⬜.........**  اگربلي،آیا حین انتقال برای کودک سرم تزریق شده بود؟ بله⬜ خیر⬜ سایر اقدامات.....................................مدت زمان انتقال:............... | | | |
| 16- آیا پس از ورود به مرکز درمانی یا بیمارستان ، کودک بلافاصله (کمتراز5 دقیقه) توسط پزشک معاینه شده بود؟ بله ⬜ خیر⬜  ***اگرخیر، علت؟ درآن زمان پزشک حضورنداشت***⬜ ***تعدادمراجعین به پزشک زیاد بود***⬜ ***سایر***⬜  ***...............*** | | | |
| 17- آيا براي كودك ،دستورات درماني و تشخيصي توصيه شده بود ؟ بله⬜ خیر⬜ نمي داند ⬜ ***اگر جواب ،خیر ونمی داند بود به سوال22بروید*** | | | |
| 18- آیا پس ازویزیت ، بلافاصله اقدامات درمانی وتشخیصی انجام شده است؟ بله⬜ خیر⬜ نمي داند ⬜ | | | |
| 19- وضعیت خانواده در قبال دستورات درمانی و تشخیصی توصیه شده :  1-19- دسترسی به درمان و داروی توصیه شده بله ⬜ خیر ⬜ نمی داند ⬜  2-19- دسترسی به آزمایشگاه و رادیولوژی توصیه شده بله ⬜ خیر ⬜ نمی داند ⬜  3-19- مشکلات اقتصادی در راه تامین وانجام توصیه ها بله ⬜ خیر ⬜ نمی داند ⬜ | | | |
| 20- آيادرخواست انتقال به مرکز ديگري توصيه شده بود؟ بله⬜ خیر⬜ نمي داند ⬜  اگر بلي : آیا انتقال ، انجام شده است ؟ بله⬜ خیر⬜ در صورت خیر ، علت راذکر کنید ......................................................... | | | |
| 21-محل فوت:1- بیمارستان⬜ 2-منزل ⬜ 3-در راه انتقال ⬜ 4-در مراكز سرپایی⬜ 5-در محل وقوع حادثه ⬜ 6-سایر ⬜ ......... | | | |
| 22-آيا تاکنون فرزند ديگري درسن کمتراز5 سال در خانواده فوت کرده است؟بله⬜ خير⬜ نمي داند⬜  -آيا مرگ فرزند قبلي مشابه مرگ اين فرزند است؟ بله⬜ خير⬜ نمي داند⬜ ساير ............سن متوفي.....جنس .... | | | |
| 23- داستان مرگ از زبان مادر یا سرپرست کودک:(توضيحات اضافه تر)  نام خانوادگی پاسخ دهنده: نسبت بامتوفی: آدرس یا شماره تلفن تماس : | | | |