**بسمه تعالی**

**وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي تاريخ تکمیل:...........**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| کد متوفي: .......... | **پرسشنامه "د" مخصوص بررسي کلی سوابق رسیدگی(اقدامات پزشکی ) در بخش بیمارستان متوفی 1-59 ماهه** | |
| نحوه پذیرش کودک:1- از اورژانس ⬜ 2-درمانگاه ⬜3-ازبخش دیگر⬜...................4-ارجاع از سایر مراکز⬜ ....................... 5- سایر⬜................ | | |
| 1 - زمان ورود کودک به بخش........(ساعت ودقیقه) ....../......../......13 | | 2-زمان خروج یا فوت کودک: ........(ساعت ودقیقه) ........./........../........13 |
| 3 - زمان اولین دستورپزشک ........(ساعت ودقیقه) ......./......../......13 | | 4- زمان اولین اجرای دستور ........(ساعت ودقیقه) ......./......../......13 |
| 5- وضعیت بیمار در بدو ورود به بخش در گزارش پرستاری چگونه ثبت شده است؟  1- وضعیت عمومی مناسب⬜ 2-وضعیت عمومی خیلی بد: (قطع تنفس/سیانوزمرکزی/دیسترس تنفسی شدید ⬜ خونريزي⬜ شوك⬜ تشنج ⬜ كما⬜ ) 3- وضعیت عمومی نامناسب(نشانه های خطر)⬜ کدامیک از نشانه ها؟  -عدم توانایی خوردن و نوشیدن ⬜ -خواب آلودگی یاکاهش هوشیاری⬜ -استفراغ باخوردن هرچیزی⬜ -تشنج درزمان این بیماری⬜ -سایر⬜......... | | |
| 6- علائم حیاتی کودک دربدو ورودبه بخش: تعدادتنفس: تعداد نبض: درجه حرارت: BP: | | |
| 7- آیا تشخیص اولیه / احتمالی در پرونده نوشته شده است؟ 1- بله⬜ 2- خیر ⬜ اگربلی،نام ببرید........................... | | |
| 8- آیا برگ شرح حال به صورت کامل نوشته شده است؟ 1- بله⬜ 2- خیر ⬜ | | |
| 9-آیا سابقه بیماری مزمن وجودداشته است؟ 1- بله ⬜ 2- خیر ⬜ اگربلی،نام ببرید........................... | | |
| 10- آیا طی مدت بستری در بخش، وزن کودک طبق روتين بخش يا دستور پزشك ثبت شده است؟ 1- بله⬜ 2- خیر ⬜ اگربلی ،وضعیت وزن گیری: 1- افزایش ⬜ 2- کاهش ⬜ 3- بدون تغییر⬜ آخرین وزن ثبت شده ...........کیلوگرم | | |
| 11-چگونگی ثبت سیربیماری (پزشک) از نظرحال عمومی،علائم حیاتی و معاینه کودک: 1- کامل ⬜ 2- ناقص ⬜ 3-ثبت نشده است ⬜ | | |
| 12-آیا گزارش پرستاری در هر اجرای دستور از نظر اقدامات انجام شده ، ثبت شده است ؟ 1- کامل ⬜ 2- ناقص ⬜ 3-ثبت نشده است ⬜ | | |
| 13- سیر بیماری کودک درطی بستری دربخش چگونه بوده است؟  1-وضعیت ناپایداریا متغیر⬜ 2- وخیم شدن بیماری بصورت تدریجی⬜ 3- وخیم شدن بیماری بصورت ناگهانی ⬜ | | |
| 1-14- آيا براي كودك ،اقدامات درماني درخواست شده است؟ بله⬜ خیر⬜ اگربلی،آیا این اقدامات به طور کامل انجام شده بود؟ بله⬜ خیر⬜  2-14- آيا براي كودك ،اقدامات تشخيصي خاصی درخواست شده است؟ بله⬜ خیر⬜ اگربلی،آیا این اقدامات به طور کامل انجام شده بود؟ بله⬜ خیر⬜  ***اگر جواب درانجام هر اقدام خیر است،*علت :**  1-عدم دسترسی به درمان و داروی توصیه شده⬜ 2-عدم امکانات موردنیاز⬜ 3- مشکلات اقتصادی در راه انجام توصیه ها ⬜ 4-سایر⬜..... | | |
| 15-آیا ارجاع کودک به مرکز يا بخش دیگری درخواست(توصیه) شده است؟1- بله ⬜ 2- خیر ⬜  ***اگر جواب،خیر بود به سوال 17بروید*** | | |
| 16- آیا ارجاع انجام شده است؟ 1- بله ⬜ 2- خیر ⬜ اگرخیر،علت رابنویسید................ | | |
| 17- آیا كودك قبل ازفوت ياخروج ازبخش علائم خطر فوری داشته است؟ 1- بله ⬜ 2- خیر ⬜  1-17-با کدام علامت؟ قطع تنفس/سیانوزمرکزی/دیسترس تنفسی شدید ⬜ خونريزي⬜ شوك/انتهاهای سرد ⬜ تشنج ⬜ كما⬜  2-17- آیا نیاز به خون وفرآورده های خونی بود؟1- بله ⬜ 2- خیر ⬜ اگربلی ،آیا دردسترس بود؟1- بله ⬜ 2- خیر ⬜ اگرخیر،علت................  3-17- آیا برای کودک اقدامات احیا به موقع انجام شد؟ :1- بله ⬜ 2- خیر ⬜ اگرخیر،علت.........................................  4-17- آیا دسترسی به وسایل اولیه احیا(اکسیژن،ساکشن،آمبوبک مناسب،داروهای احیا)مطلوب بود؟1- بله ⬜ 2- خیر ⬜ اگرخیر،علت................  5-17- آیا نیاز به دستگاه الکتروشوک بود؟1- بله ⬜ 2- خیر ⬜ اگربلی ،آیا دردسترس بود؟1- بله ⬜ 2- خیر ⬜ اگرخیر،علت................  6-17-آیا تمامی پرسنل احیاگر کارگاه استاندارد احیای را طی یک سال گذشته گذرانده اند ؟ 1- بله ⬜ 2- خیر ⬜ | | |

نام خانوادگی تگمیل کننده : شماره تلفن تماس :