|  |
| --- |
| **نام دانشگاه: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . نام شهرستان: . . . . . . . . . . . . . . . . نام مرکز: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .****نام و نام خانوادگی نوزاد: . . . . . . . . . . . . . . . . تاریخ فوت: . . . . . . . . . . . . . . . . . . سن نوزاد هنگام فوت (روز): . . . . . . . . . . . . . . .**  |
| **نحوه مواجهه با مرگ نوزاد** |
| **◯ خبر فوت نوزاد به مرکز شما داده شده است. ◯ هنگام مراجعه نوزاد علائم حیاتی نداشته است.** **◯ هنگام مراجعه نوزاد علائم حیاتی داشته و سپس در مرکز بهداشتی فوت کرده است. ◯ در طی انتقال به بیمارستان توسط آن مرکز فوت کرده است.** **◯ سایر موارد: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .** |
| **نام و نام خانوادگی مادر** |  | **تاریخ تولد مادر** |  | **ملیت مادر** |  | **کد ملی مادر** |  | **فاقد کد ملی** |
| **. . . . . . . . . . . . . . . . .** |  | **. . . . . . . . . . . . . . .** |  | **◯ ایرانی ◯ غیر ایرانی** |  | **. . . . . . . . . . . . . . . . .** |  | **▢** |
| **اطلاعات زایمانی نوزاد** |
| **محل سکونت دائم مادر: ◯ شهر ◯ روستا ◯ عشایر نشانی محل زندگی: استان: . . . . . . . . . . . . . شهرستان: . . . . . . . . . . . . . .**  |
| **شماره تلفن همراه مادر یا پدر: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . نوع بیمه: . . . . . . . . . . . . . . . . میزان تحصیلات مادر : . . . . . . . . . . . . . . . . . .**  |
| تعداد بارداری(:(G . . . . . . . . . . . . تعداد زایمان قبلی:(P) . . . . . . . . . .تعداد سقط (Ab): . . . . . . . . . تعداد فرزند زنده (از حاملگی های قبلی): . . . . . . . . . |
| **مرگ نوزاد قبلی: ◯ بله ◯ خیر سابقه مرده زایی: ◯ بله ◯ خیر**  |
| **عوامل خطر بارداری:****◯ بله ◯ خیر** | **بیماری مادر:****▢ فشارخون مزمن** **▢ دیابت غیر بارداری** **▢ اختلال تیروئیدی**  |  **عفونت:****▢ كوريوآمنيونيت** **▢ هپاتيت B** **▢ پیلونفریت** |  **بیماری ناشی از بارداری:****▢ دیابت بارداری** **▢ پره اکلامپسی/ اکلامپسی**  |  **سوء مصرف مواد:** **▢ سيگار و دخانیات در بارداري اخير** **▢ اعتیاد مادر به مواد مخدر****▢ اعتیاد مادر به روانگردان** **▢ مشروبات الکلی در دوران بارداری** | **عوارض زایمانی:****▢ پارگی زودرس کیسه آب (بیشتر از 18 ساعت)** **▢ دکلمان جفت****▢ پارگی درجه 3 یا 4** |

**مشخصات نوزاد در بدوتولد**

|  |
| --- |
| **تاریخ تولد نوزاد: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . جنسیت: ◯ مذکر ◯ مونث ◯ مبهم وزن (گرم): . . . . . . . . . . . سن بارداری: . . . . . . . . . .** **تعداد قل (چند قلویی؟): . . . . . . . . . . . . رتبه قل (قل چندم؟): . . . . . . . . نوع زایمان: ◯ واژینال ◯ سزارین****محل زایمان: ◯ بیمارستان ◯ واحد تسهیلات زایمانی ◯ منزل ◯ در مسیر انتقال ◯ سایر مشخصات بیمارستان محل تولد: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .**  |
| مشخصات فوت نوزاد |
| آیا نوزاد سابقه بستری در بیمارستان دارد؟ **◯ بله ◯ خیر مشخصات بیمارستان بستری:** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .آیا شواهدی از مسمومیت با مواد مخدر یا دارو های خانگی مشاهده می شود؟ **◯ بله ◯ خیر نوع ماده یا دارو ذکر شود:** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .آیا سانحه ای برای نوزاد رخ داده است؟ **◯ بله ◯ خیر نوع آن را انتخاب کنید:**  **◯** تصادف **◯** سوختگی **◯** افتادن از بلندیبیماری(هایی) که هنگام فوت نوزاد به آن/ آنها مبتلا بوده یا سبب فوت وی شده است: |
|  ▢ **ناهنجاری بدو تولد (ارثی):**  . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | ▢ مشکلات تنفسي: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . |
| ▢ تشنج: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  | ▢ عفونت : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  |
| ▢ زردی شدید: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  | ▢ مشکلات تغذیه ای: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . |
| ▢ استرس ناشي از سرما: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  | ▢ سایر موارد: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  |
| آیا انتقال/ اعزام به بیمارستان درخواست شده است؟ **◯ بله ◯ خیر**  |
| **علت عدم انتقال/ اعزام چه بوده است؟** | **◯ عدم پذیرش بخش/ بیمارستان مقصد ◯ عدم دسترسی به امکانات انتقال/ اعزام****◯ عدم تمایل اولیای نوزاد به اعزام/ انتقال ◯ سایر موارد: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .** |
| **مکان وقوع فوت: ◯ منزل ◯در طی انتقال به تسهیلات زایمان/ مرکز بهداشت/ مطب یا کلینیک /بیمارستان ◯ نا مشخص**  |
| **علت اصلی مرگ** |
| **◯ ناهنجاری بدو تولد (ارثی) : در صورتی که نوزاد هر گونه ناهنجاری ارثی (بدو تولد) دارد این گزینه را انتخاب کنید** **◯ هایپوکسیک ایسکمیک انسفالوپاتی (آسفیکسی): در صورت وجود زایمان سخت و طول کشیده، آغشتگی به مکونیوم یا تشنج در سه روز ابتدای تولد این گزینه را انتخاب نمایید.** **◯ نارسی (سن بارداری کمتر از 26 هفته): در سن بارداری 25 هفته و کمتر یا وزن تولد کمتر از 1000 گرم و مرگ نوزاد در چندروز ابتدای تولد این گزینه را انتخاب نمایید****◯ سندرم دیسترس تنفسی(RDS): در صورت بروز دیسترس تنفسی و تعداد تنفس بیشتر از 60 عدد در دقیقه در نوزادان نارس در روز ابتدایی تولد این گزینه را انتخاب کنید.****◯ عفونت (سپسیس): در صورت بروز علائم عفونت مانند بی میلی به تغذیه زیر سینه مادر، دیسترس تنفسی، تب یا هیپوترمی این گزینه را انتخاب کنید.** **◯ سایر موارد: در صورتی که علت مرگ نوزاد هیچ کدام از کزینه های فوق نیست این مورد را انتخاب کرده و آن را تشریح کنید:** **. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .**  |

پرستار تکمیل کننده این صفحه: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . مهر و امضا: