



فرم گزارش فوری مرگ خارج بیمارستانی نوزادان

دانشگاه علوم پزشکی کرمان - معاونت بهداشتی



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 داشته و سپس در مرکز بهداشتی فوت کرده است.
☐ هنگام مراجعه نوزاد علائم حیاتی نداشته است.
☐ در طی انتقال به بیمارستان توسط آن مرکز فوت کرده است.
☐ سایر موارد:

مشخصات مادر نوزاد

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:
تعداد بارداری (G): تعداد زایمان قبلی (P): تعداد سقط (Ab): تعداد فرزندان زنده (از حاملگی های قبلی):	مرگ نوزاد قبلی: ☐ بله ☐ خیر
بیماری مادر: ☐ فشارخون مزمن ☐ کوریو آمینیونیت ☐ دیابت بارداری ☐ پره اکلامپسی / اکلامپسی ☐ سیگار و دخانیات در بارداری اخیر ☐ پارگی زودرس کیسه آب (بیشتر از ۱۸ ساعت) ☐ دکلان جفت ☐ پارگی درجه ۳ یا ۴ ☐ اختلال تیروئیدی ☐ پیلونفریت ☐ سوء مصرف مواد: ☐ سیگار و دخانیات در بارداری اخیر ☐ اعتیاد مادر به مواد مخدر ☐ اعتیاد مادر به روانگردان ☐ مشروبات الکلی در دوران بارداری	عوارض زایمانی: ☐ پارگی زودرس کیسه آب (بیشتر از ۱۸ ساعت) ☐ دکلان جفت ☐ پارگی درجه ۳ یا ۴ ☐ مشروبات الکلی در دوران بارداری

مشخصات نوزاد در بدوتولد

تاریخ تولد نوزاد:		جنسیت: ☐ مذکر ☐ مونث ☐ مبهم		وزن (گرم):		سن بارداری:	
تعداد قل (چند قلبی؟):		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 بلندی
بیماری (هایی) که هنگام فوت نوزاد به آن / آنها مبتلا بوده یا سبب فوت وی شده است:	☐ ناهنجاری بدو تولد (ارثی): ☐ تشنج: ☐ زردی شدید: ☐ استرس ناشی از سرما: ☐ مشکلات تنفسی: ☐ عفونت: ☐ مشکلات تغذیه ای: ☐ سایر موارد:
آیا انتقال / اعزام به بیمارستان درخواست شده است؟ ☐ بله ☐ خیر	عدم دسترسی به امکانات انتقال / اعزام ☐ عدم پذیرش بخش / بیمارستان مقصد ☐ 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 ☐ نام مشخص	علت عدم انتقال / اعزام چه بوده است؟

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 (آسیکسی): در صورت وجود زایمان سخت و طول کشیده، آغشتگی به مکنونیوم یا تشنج در سه روز ابتدای تولد این گزینه را انتخاب نمایید.
نارس (سن بارداری کمتر از ۲۶ هفته): در سن بارداری ۲۵ هفته و کمتر یا وزن تولد کمتر از ۱۰۰۰ 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 ۶۰ عدد در دقیقه در نوزادان نارس در روز ابتدایی تولد این گزینه را انتخاب کنید.
عفونت (سیسبی): 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 گزینه های فوق نیست این مورد را انتخاب کرده و آن را تشریح کنید: