



نموذج 3: استمارة التحري عن وفيات الأمهات في المرفق الصحي (لإستخدام فريق التحري)

رقم إستمارة التبليغ ()		حارة/قرية	
1.	المحافظة :	المديرية	حي/ عزلة
2.	إسم المرفق:		
3.	نوع المرفق الصحي:	<input type="checkbox"/> حكومي	<input type="checkbox"/> خاص
4.	اسم المتوفاة الرباعي مع اللقب	الجنسية	العمر :
5.	الحالة الإجتماعية	<input type="checkbox"/> متزوجة	<input type="checkbox"/> مطلقة
6.	إسم الزوج أو أقرب شخص للمتوفاة:	رقم الهاتف	
7.	الحالة الاقتصادية للأسرة :	<input type="checkbox"/> غني	<input type="checkbox"/> متوسط الدخل
8.	تاريخ الوفاة:	<input type="checkbox"/> يوم	<input type="checkbox"/> شهر
9.	وقت الوفاة:	<input type="checkbox"/> صباحاً	<input type="checkbox"/> مساءً
10.	مكان الوفاة:	<input type="checkbox"/> المنزل	<input type="checkbox"/> في الطريق
11.	محل الإقامة:	<input type="checkbox"/> ريف	<input type="checkbox"/> حضر
12.	عدد الحمول <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> :	<input type="checkbox"/> أحياء	<input type="checkbox"/> ميت
13.	المستوى التعليمي للمتوفاة:	<input type="checkbox"/> أمية	<input type="checkbox"/> تقرأ و تكتب
14.	المستوى التعليمي للزوج:	<input type="checkbox"/> أمي	<input type="checkbox"/> يقرأ ويكتب
15.	تاريخ الدخول:	<input type="checkbox"/> يوم	<input type="checkbox"/> شهر
16.	وقت الدخول:	<input type="checkbox"/> صباحاً	<input type="checkbox"/> مساءً
17.	سبب الدخول:	<input type="checkbox"/> ولادة	<input type="checkbox"/> إسقاط
18.	الفترة الزمنية من وقت حدوث المضاعفات الى حين دخول الحالة المرفق الصحي	<input type="checkbox"/> رعاية بعد الإسقاط	<input type="checkbox"/> رعاية بعد الولادة
19.	هل تم نقل المتوفاة إلى المرفق مباشرة فور ظهور المضاعفات	<input type="checkbox"/> نعم (إذا نعم انتقل إلى 21)	<input type="checkbox"/> لا
20.	إذا كانت الإجابة لا ما هي أسباب التأخر في إسعاف الحالة إلى المرفق	<input type="checkbox"/> صعوبة الوصول على سيارة	<input type="checkbox"/> صعوبة مالية
		<input type="checkbox"/> تأخر الإحالة من المرفق الصحي	<input type="checkbox"/> أخرى.....



21.	مقدم خدمة الرعاية	<input type="checkbox"/> أخصائي توليد	<input type="checkbox"/> طبيب عام	<input type="checkbox"/> قابلة / ممرضة <input type="checkbox"/> أخرى تحدد
22.	سنوات الخبرة لدى مقدم الرعاية:	_____		
23.	الحالة العامة عند أدهالها للمرفق؟	<input type="checkbox"/> مستقرة	<input type="checkbox"/> خطيرة	<input type="checkbox"/> متوفاة
24.	الوضع عند الدخول (تشخيص الطبيب):	<input type="checkbox"/> إسقاط <input type="checkbox"/> فترة حمل	<input type="checkbox"/> حمل خارج الرحم <input type="checkbox"/> أثناء الوضع	<input type="checkbox"/> بعد الولادة (خلال 42 يوما) <input type="checkbox"/> أخرى (تحدد)
25.	عمر الحمل بالأسابيع عند حدوث الوفاة	<input type="checkbox"/> أسبوع		
26.	الفترة من بداية ظهور المضاعفات إلى الوفاة خلال تواجدها في المرفق .	<input type="checkbox"/> دقيقة <input type="checkbox"/> ساعة <input type="checkbox"/> يوم <input type="checkbox"/> شهر		
27.	هل تم إحالة الحالة من مرفق صحي آخر؟	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> لا أعرف
إذا نعم، كم مرفق صحي؟ ()				
إسم آخر مرفق أحييت منه:.....				
إسم المرفق الذي أحييت منه وتمت فيه تدخلات.....				
إسم المرفق الذي استمرت فيه أطول فترة				
كم يبعد آخر مرفق صحي نقلت الية المتوفيه ؟				
ساعة <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
أسباب الإحالة				
<input type="checkbox"/> عدم توفر كادر صحي <input type="checkbox"/> دوام المرفق 6 ساعات <input type="checkbox"/> عدم توفر أجهزة ومعدات <input type="checkbox"/> أخرى تذكر.....				
التدخلات التي تمت في المرفق المحال منه المتوفاة				
28.	هل تلقت خدمات رعاية الحوامل؟ (إذا كانت الإجابة بـ لا أو لا أعرف انتقل إلى السؤال رقم 33)	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> لا أعرف
29.	إذا نعم،	<input type="checkbox"/> عدد الزيارات ()		
30.	نوع المرفق الذي تلقت فيه رعاية الحوامل	<input type="checkbox"/> حكومي	<input type="checkbox"/> خاص.....	
31.	هل تم إعلامها بأي عوامل خطورة للحمل؟	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> لا أعرف
32.	هل عانت المتوفاة في حملها الحالي أي من الآتي؟	<input type="checkbox"/> عملية قيصرية سابقة <input type="checkbox"/> ارتفاع ضغط الدم <input type="checkbox"/> توأم <input type="checkbox"/> فقر الدم <input type="checkbox"/> حمل خارج الرحم	<input type="checkbox"/> وضع جنين غير طبيعي <input type="checkbox"/> أمراض مزمنة <input type="checkbox"/> حمل عنقودي <input type="checkbox"/> أخرى تحدد	<input type="checkbox"/> سكر في البول <input type="checkbox"/> الآم في البطن <input type="checkbox"/> نزف قبل الولادة <input type="checkbox"/> تتسمم حمل
33.	إذا لم تتلق الرعاية، لماذا؟	<input type="checkbox"/> قلة الوعي الصحي <input type="checkbox"/> لا يوجد مقدم الخدمة لرعاية الحوامل <input type="checkbox"/> أخرى (تحدد)	<input type="checkbox"/> صعوبة الوصول إلى الخدمة <input type="checkbox"/> عدم توفر الخدمة في أقرب مرفق	<input type="checkbox"/> صعوبة مالية <input type="checkbox"/> عوائق أسرية
34.	التاريخ الطبي والجراحي للحالة:	.....	
35.	العلامات الحيوية <input type="checkbox"/> درجة الحرارة: <input type="checkbox"/> ضغط الدم: <input type="checkbox"/> معدل التنفس: <input type="checkbox"/> النبض:	.....	



36.	حالة المتوفاة وقت حدوث الوفاة	إسقاط (انتقل إلى 49)	حمل خارج الرحم أثناء الولادة	بعد الولادة (خلال 42 يوما)
37.	إذا كانت الوفاة أثناء الولادة في المرفق، هل تم استخدام البار توجراف؟	فترة حمل	لا	لا
38.	مدة الوضع (الولادة)؟	ساعة □ □ دقيقة		
39.	في أي مرحلة من مراحل الولادة توفت؟	المرحلة الكامنة	المرحلة النشطة	بعد 24 ساعة من الولادة
		المرحلة الثانية	المرحلة الثالثة	
هل لديها من الآتي:				
41.	نزيف مهبلي	نعم □	لا □	غير معروف □
42.	ارتفاع ضغط الدم الحرج	نعم □	لا □	غير معروف □
43.	فقر دم	نعم □	لا □	غير معروف □
44.	عملية قيصرية سابقة	نعم □	لا □	غير معروف □
45.	سكر الحمل	نعم □	لا □	غير معروف □
46.	اخرى (تحدد)			
47.	تفاصيل عن الولادة	قيصرية □ متعسرة □ ولادة طبيعية (بدون مساعدة) □ طبيعية (بمساعدة الشفط / بالملقط) □		
48.	تفاصيل عن المولود	موت الجنين في الرحم □ وفاة المولود بعد الولادة □	مولود حي □	وفاة الجنين أثناء الولادة □
الإسقاط				
49.	نوع الإسقاط	مستحث □ دواء □	تلقائي □ عدوى □	لا أعرف □
50.	إذا كان الإسقاط مستحث، كيف حدث ذلك؟	المستحث □ دواء □	طريقة شعبية □ أخرى (تحدد) □	تصفية بالمحقة □
51.	أين حدث الإسقاط؟	المنزل □ لا أعرف □	مرفق صحي حكومي □	مرفق صحي خاص □
52.	من الذي قام بإجراء الإسقاط؟ (إذا كان مستحث)	طبيب □	قابلة / ممرضة □	شخص آخر □
53.	هل حدث لها نزف شديد بعد الإسقاط؟	نعم □	لا □	لا أعرف □
54.	إذا نعم: أين ذهبت لتلقي الرعاية ومن قدمها؟			
55.	إذا لم تتلق الرعاية، لماذا؟			



التدخلات التي قدمت للمتوفاة:

56.	في المرحلة المبكرة من الحمل	<input type="checkbox"/> تفريغ الرحم <input type="checkbox"/> نقل دم	<input type="checkbox"/> فتح البطن جراحياً	<input type="checkbox"/> إستئصال الرحم
57.	أثناء رعاية الحوامل	<input type="checkbox"/> نقل دم	<input type="checkbox"/> أخرى (تحدد)	
58.	أثناء الولادة	<input type="checkbox"/> استحداث الولادة <input type="checkbox"/> شق العجان <input type="checkbox"/> عملية قيصرية	<input type="checkbox"/> تقوية الولادة <input type="checkbox"/> إستئصال الرحم	<input type="checkbox"/> ولادة بالأدوات <input type="checkbox"/> نقل الدم
59.	بعد الولادة	<input type="checkbox"/> تفريغ الرحم <input type="checkbox"/> نقل دم	<input type="checkbox"/> إزالة المشيمة يدوياً	<input type="checkbox"/> إستئصال الرحم <input type="checkbox"/> فتح البطن جراحياً
60.	التخدير	<input type="checkbox"/> تخدير عام <input type="checkbox"/> موضعي	<input type="checkbox"/> التخدير خارج الجافية (Epidural) <input type="checkbox"/> تنفس صناعي في عناية المركزة	<input type="checkbox"/> التخدير النخاعي <input type="checkbox"/> أخرى (تحدد)
61.	من قام بالتخدير (المسمى الوظيفي فقط)	<input type="checkbox"/> اخصائي تخدير	<input type="checkbox"/> فني تخدير	<input type="checkbox"/> أخرى (تحدد)

رواية العاملين الصحيين الآخرين الذين حضروا تقديم الرعاية لحالة المرأة المتوفاة:

62.	(1)	.....
	(2)	.....
	(3)	.....
	(4)	.....

الأسباب المباشرة المحتملة للوفاة (رأي فريق التحري):

1.	.....
2.	.....
3.	.....
4.	.....

الأسباب غير مباشرة التي ساعدت على حدوث الوفاة (رأي فريق التحري):

1.	.....
2.	.....
3.	.....
4.	.....

أسماء وتوقيع أعضاء فريق التحري:

1.	.....
2.	.....
3.	.....
4.	.....
5.	.....

تاريخ التحري □□□□ يوم □□ شهر □□□□ سنة

التاريخ: تاريخ الإبلاغ □□□□ يوم □□ شهر □□□□ سنة