



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

رقم استمارة التبليغ ( )	حارة/قرية	حي/ عزلة	المديرية	1. المحافظة :
				2. إسم المرفق:
<input type="checkbox"/> حكومي ..... <input type="checkbox"/> خاص .....				3. نوع المرفق الصحي:
عمرها عند الزواج	العمر :	الجنسية	اسم المتوفاة الرباعي مع اللقب	4.
<input type="checkbox"/> أرملة	<input type="checkbox"/> مطلقة	<input type="checkbox"/> متزوجة	الحالة الإجتماعية	5.
رقم الهاتف		6. إسم الزوج أو أقرب شخص للمتوفاة:		
<input type="checkbox"/> فقير	<input type="checkbox"/> متوسط الدخل	<input type="checkbox"/> غني	7. الحالة الاقتصادية للأسرة :	
سنة <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		شهر <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	يوم <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	8. تاريخ الوفاة:
مساءً <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		صباحاً <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
المرفق الصحي <input type="checkbox"/> أخرى ( ) <input type="checkbox"/>		في الطريق <input type="checkbox"/>	المنزل <input type="checkbox"/>	10. مكان الوفاة:
حضر <input type="checkbox"/>		ريف <input type="checkbox"/>		
ميت <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		أحياء <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	12. عدد الحمول <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> :	
أساسي <input type="checkbox"/>		تقرأ و تكتب <input type="checkbox"/>	أمية <input type="checkbox"/>	13. المستوى التعليمي للمتوفاة:
عالي <input type="checkbox"/>		ثانوي <input type="checkbox"/>	ثانوي <input type="checkbox"/>	
أساسي <input type="checkbox"/>		يقرأ ويكتب <input type="checkbox"/>	أمي <input type="checkbox"/>	14. المستوى التعليمي للزوج:
عالي <input type="checkbox"/>		ثانوي <input type="checkbox"/>	ثانوي <input type="checkbox"/>	
سنة <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		يوم <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	شهر <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	15. تاريخ الدخول:
مساءً <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		صباحاً <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
رعاية بعد الولادة <input type="checkbox"/>		إسقاط <input type="checkbox"/>	رعاية بعد الإسقاط <input type="checkbox"/>	17. سبب الدخول:
رعاية خلال فترة الحمل (مضاعفات حمل) <input type="checkbox"/>		أخرى تحدد..... <input type="checkbox"/>		
يوم <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		يوم <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ساعات <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	دقائق <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
لا <input type="checkbox"/>		نعم (إذا نعم انتقل إلى 21) <input type="checkbox"/>		
وعورة الطريق/انقطاعها <input type="checkbox"/>		عدم توفر طريق <input type="checkbox"/>	صعوبة الحصول على سيارة <input type="checkbox"/>	20. إذا كانت الإجابة لا ما هي أسباب التأخر في إسعاف الحالة إلى المرفق
صعوبة مالية <input type="checkbox"/>		رفض المتوفاة نقلها للمرفق <input type="checkbox"/>	رفض الزوج <input type="checkbox"/>	
تأخر الإحالة من المرفق الصحي <input type="checkbox"/>		أخرى..... <input type="checkbox"/>		



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 يوماً) <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 ؟	<input type="checkbox"/> ساعة		
	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) فترة حمل	حمل خارج الرحم أثناء الولادة	بعد الولادة (خلال 42 يوما)
37.	إذا كانت الوفاة أثناء الولادة في المرفق، هل تم استخدام البار توجراف؟	نعم	لا	
38.	مدة الوضع (الولادة)؟	ساعة □ □ دقيقة		
39.	في أي مرحلة من مراحل الولادة توفت؟	المرحلة الكامنة المرحلة الثانية	المرحلة النشطة المرحلة الثالثة	بعد 24 ساعة من الولادة
<b>هل لديها من الآتي:</b>				
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.	أخرى (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 □
<b>الإسقاط</b>				
49.	نوع الإسقاط	مستحث □ دواء □	تلقائي □ عدوى □	لا أعرف □
50.	إذا كان الإسقاط مستحث، كيف حدث ذلك؟		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