**کتابچه نظام کشوری مراقبت مرگ مادر**

**خلاصه نظام کشوری مراقبت مرگ مادری**

روزاﻧﻪ ﺣﺪود 800 ﻣﺎدر در دﻧﻴﺎ ﺑﺮ اﺛﺮ ﻋﻮارض ﻗﺎﺑﻞ اﺟﺘﻨﺎب ﺑﺎرداري و زاﻳﻤﺎن ﺟﺎن ﺧﻮد را از دﺳﺖ ﻣﻲ دهند . ﺗﺨﻤﻴﻦ ز ده ﻣﻲ ﺷﻮد ﻛﻪ در دﻧﻴﺎ ﺑﻪ ازاي ﻫﺮ ﻣﺮگ ﺣﺪود 20زن دﭼﺎر ﻋﻮارضﻣﺎدريﻣﻲ ﺷﻮﻧﺪ ( Maternal Morbidity ) ﺣﺪود ﭼﻬﺎرم ﻳﻚ از اﻳﻦ ﻫﺎ ﻋﻮارﺿﻲ ﻫﺴﺘﻨﺪ ﻛﻪ زﻧﺎن ﻣﻤﻜﻦ اﺳﺖ ﺑﻪ ﺷﺪت از آن رﻧﺞ ﺑﺒﺮﻧﺪ Morbidity Severe Maternal. ﺑﺮاي اﻧﺪازه ﮔﻴﺮي ﻣﺮگ ﻣﺎدر Ratio Maternal Mortality ﺷﺎﺧﺼﻲ ﺑﻪ ﻧﺎم ﻧﺴﺒﺖ ﻣﺮگ ﻣﺎدران ﻳﺎ ﺑﻪ اﺧﺘﺼﺎر MMR اﺳﺘﻔﺎده ﻣﻲ ﺷﻮد ﻛﻪ اﻳﻦ ﺷﺎﺧﺺ ﺗﻌﺪاد ﻣﺮگ ﻣﺎدران در ﻋﻮارض ﺑﺎرداري و زاﻳﻤﺎن ﺑﻪ ازاء . 100000 ﻫﺮ ﺗﻮﻟﺪ زﻧﺪه را ﻧﺸﺎن ﻣﻲ دﻫﺪ.

**ﺷﺎﺧﺼﻬﺎ و ﻫﺪف ﮔﺬارﻳﻬﺎي ﺑﻴﻦ اﻟﻤﻠﻠﻲ**

**ﻗﺒﻞ از ﺳﺎل2015**

ﺑﺮاﺳﺎس اﻫﺪاف ﺗﻮﺳﻌﻪ ﻫﺰاره Millennium Development Goals) ) ﻧﺴﺒﺖ ﻣﺮگ و ﻣﻴﺮ ﻣﺎدران در ﻛﺸﻮرﻫﺎ ﺗﺎ ﺳﺎل 2015 ﻣﻴﻼدي ﺑﺎﻳﺪ 75 درﺻﺪ ﻧﺴﺒﺖ ﺑﻪ ﺳﺎل 1990 ﻛﺎﻫﺶ ﻳﺎﺑﺪ.

**ﺑﻌﺪ از ﺳﺎل 2015**

ﺑﺮ اﺳﺎس اﻫﺪاف ﺗﻮﺳﻌﻪ ﭘﺎﻳﺪار Sustainable Development Goals) و آﺧﺮﻳﻦ ( بیا ﻧﻴﻪ ﺳﺎزﻣﺎن ﺟﻬﺎﻧﻲ ﺑﻬﺪاﺷﺖ : ﺷﺎﺧﺼﻬﺎي زﻳﺮ ﺑﺮاي ﻛﺎﻫﺶ ﻋﺎدﻻﻧﻪ ﻣﺮگ ﻣﺎدري ﺑﻌﺪ از ﺳﺎل 2015 ﺗﻌﻴﻴﻦ ﺷﺪه اﺳﺖ

**ﺷﺎﺧﺺ ﺟﻬﺎﻧﻲ**

ﺗﺎ ﺳﺎل 2030 ﻣﻴﻼدي، ﻣﺘﻮﺳﻂ ﻧﺴﺒﺖ ﻣﺮگ ﻣﺎدري در ﺟﻬﺎن MMR ﺑﻪ ﻛﻤﺘﺮ از 70 در ﺻﺪ ﻫﺰار ﺗﻮﻟﺪ زﻧﺪه ﺑﺮﺳﺪ و در ﻫﻴﭻ ﻛﺸﻮري ﺑﻴﺸﺘﺮ از 140 ﻫﺰار ﺗﻮﻟﺪ زﻧﺪه در ﺻﺪ ﻧﺒﺎﺷﺪ ﻳﻌﻨﻲ ﺑﻴﺸﺘﺮ از 2 ﺑﺮاﺑﺮ ﺟﻬﺎﻧﻲ.

**ﺷﺎﺧﺺ درﻛﺸﻮرﻫﺎ :**

* در ﻛﺸﻮرﻫﺎﺋﻲ ﻛﻪ ﻧﺴﺒﺖ ﻣﺮگ ﻣﺎدر در ﺳﺎل 2010 ﻛﻤﺘﺮ از 420 در ﺻﺪ ﻫﺰار ﺗﻮﻟﺪ زﻧﺪه ﺑﻮده اﺳﺖ ﻳﻌﻨﻲ ،( ﺑﻴﺸﺘﺮ ﻛﺸﻮرﻫﺎي دﻧﻴﺎ از ﺟﻤﻠﻪ اﻳﺮان) رﻗﻢ اﻳﻦ ﺷﺎﺧﺺ ﺗﺎ ﺳﺎل 2030 ﺣﺪاﻗﻞ ﺑﻪ اﻧﺪازه دو ﺳﻮم آن در 2010 ﻛﺎﻫﺶ ﻳﺎﺑﺪ. 
* در ﻛﺸﻮرﻫﺎﺋﻲ ﻛﻪ ﻧﺴﺒﺖ ﻣﺮگ ﻣﺎدر در ﺳﺎل2010 ﺑﻴﺸﺘﺮ از 420 در ﺻﺪ ﻫﺰار ﺗﻮﻟﺪ زﻧﺪه ﺑﻮده اﺳﺖ ﻛﺎﻫﺶ اﻳﻦ ﺷﺎﺧﺺ ﺑﺎﻳﺪ ﺳﻴﺮ ﻧﺰوﻟﻲ ﺑﻴﺸﺘﺮي داﺷﺘﻪ و در ﺳﺎل2030 در ﻫﻴﭻ ﻛﺸﻮري ﺑﻴﺸﺘﺮ از 140 در ﺻﺪ ﻫﺰار ﺗﻮﻟﺪ زﻧﺪه ﻧﺒﺎﺷﺪ.
* ﺑﺮاي دﺳﺘﻴﺎﺑﻲ ﺑﻪ ﺷﺎﺧﺺ ﻓﻮق، ﻫﺪف زﻳﺮ ﺗﻮﺳﻂ ﺳﺎزﻣﺎن ﺟﻬﺎﻧﻲ ﺑﻬﺪاﺷﺖ ﺗﻮﺻﻴﻪ ﺷﺪه اﺳﺖ:

**ﻫﺪف ﻧﻬﺎﻳﻲ**: ﭘﻴﺸﮕﻴﺮي از ﭘﺎﻳﺎن دادن ﺑﻪ (ﻣﺮﮔﻬﺎي ﻗﺎﺑﻞ اﺟﺘﻨﺎب مادران)

Ultimate Goal : Ending Preventable Maternal Mortality MMR -

ﺑﻄﻮر ﺧﻼﺻﻪ در ﺳﺎل 2015 ﺣﺪود 303000 ﻣﺮگ ﻣﺎدر در دﻧﻴﺎ رخ داده اﺳﺖ ﻛﻪ 44 درﺻﺪ ﻧﺴﺒﺖ ﺑﻪ ﺳﺎل 1990 ﻛﻤﺘﺮ ﺷﺪه اﺳﺖ .

ﻣﻨﺎﻃﻖ در ﺣﺎل ﺗﻮﺳﻌﻪ ﺣﺪود 99 درﺻﺪ ﻛﻞ ﻣﺮﮔﻬﺎي دﻧﻴﺎ را ﺑﻪ ﺧﻮد اﺧﺘﺼﺎص داده اﻧﺪ .

ﻧﺴﺒﺖ ﻣﺮگ ﻣﺎدر ﻳﺎ MMR در ﻣﻨﺎﻃﻖ در ﺣﺎل ﺗﻮﺳﻌﻪ ﺣﺪود (239) 20 ﺑﺮاﺑﺮ ﻣﻨﺎﻃﻖ ﺗﻮﺳﻌﻪ ﻳﺎﻓﺘﻪ (12 )ﻣﻲ ﺑﺎﺷﺪ

**اﻫﺪاف اﺳﺘﺮاﺗﮋﻳﻚ زﻳﺮ ﺑﺮاي ارﺗﻘﺎي سلاﻣﺖ ﻣﺎدران ﺗﻮﺳﻂ ﺳﺎزﻣﺎن ﺟﻬﺎﻧﻲ ﺑﻬﺪاﺷﺖ ﺗﻮﺻﻴﻪ ﺷﺪه اﺳﺖ :**

 رﻓﻊ ﺑﻲ ﻋﺪاﻟﺘﻲ در دﺳﺘﺮﺳﻲ و ﻛﻴﻔﻴﺖ ﺧﺪﻣﺎت ﺳﻼﻣﺖ ﺑﺎروري، ﻣﺎدري و ﻧﻮزادي

 اﻃﻤﻴﻨﺎن از ﭘﻮﺷﺶ ﺟﺎﻣﻊ ﺧﺪﻣﺎت ﺳﻼﻣﺖ ﺑﺎروري، ﻣﺎدري و ﻧﻮزادي آن

 ﺗﻮﺟﻪ ﺑﻪ ﺗﻤﺎم ﻋﻠﻞ ﻣﺮﮔﻬﺎي ﻣﺎدري، ﻋﻮارض ﻣﺎدري و ﺑﺎروري، ﻧﺎﺗﻮاﻧﻴﻬﺎي ﻣﺮﺗﺒﻂ ﺑﺎﺗﻘﻮﻳﺖ ﺳﻴﺴﺘﻤﻬﺎي ﺳﻼﻣﺘﻲ ﺑﺮاي ﭘﺎﺳﺦ ﺑﻪ ﻧﻴﺎزﻫﺎ و اوﻟﻮﻳﺘﻬﺎي زﻧﺎن و دﺧﺘﺮان

* ﻛﺸﻮر اﻳﺮان ﺑﺎ ﻛﺎﻫﺶ ﺣﺪود80 ، درﺻﺪ ﺟﺰو ﻛﺸﻮرﻫﺎي ﻣﻮﻓﻖ در دﺳﺘﻴﺎﺑﻲ ﺑﻪ ﻫﺪف ﺗﻮﺳﻌﻪ ﻫﺰاره اﻋﻼم ﺷﺪه اﺳﺖ.
* MMRﺗﻌﺪاد ﻣﺮگ ﻣﺎدران و ﺑﺮ اﺳﺎس داده ﻫﺎي ﻧﻈﺎم ﻣﺮاﻗﺒﺖ ﻣﺮگ ﻣﺎدري در ﻛﺸﻮر: گزارش 2015 سازمان بهداشت جهانی = 25

ﺑﻪ ﻣﻨﻈﻮر رﻓﻊ اﻳﻦ ﻣﺸﻜﻞ از اﺑﺘﺪاي ﺳﺎل 1379ﻃﺮاﺣﻲ" ﻧﻈﺎم ﻛﺸﻮري ﻣﺮاﻗﺒﺖ ﻣﺮگ ﻣﺎدري " آﻏﺎز و ﭘﺲ از ﺑﺮرﺳﻲ ﺗﺠﺮﺑﻪ ﻫﺎي ﺟﻬﺎﻧﻲ و ﺗﻮﺻﻴﻪ ﻫﺎي ﻋﻠﻤﻲ ﻣﻮﺟﻮد و ﭘﻴﺸﻨﻬﺎدات ﺳﺎزﻣﺎن ﺟﻬﺎﻧﻲ ﺑﻬﺪاﺷﺖ اﺑﺰارﻫﺎ و ﮔﺮدش ﻛﺎر آن ﺑﻪ ﺻﻮرت اوﻟﻴﻪ ﺗﺪوﻳﻦ ﺷﺪ . ﺳﭙﺲ ﻃﻲ ﺟﻠﺴﺎت و ﻧﻈﺮ ﺧﻮاﻫﻲ ﻫﺎي ﻣﺘﻌﺪد از ﻣﺴﻮوﻟﻴﻦ و ﻛﺎرﺷﻨﺎﺳﺎن داﻧﺸﮕﺎه ﻫﺎ، ﻧﻈﺎم ﻧﻬﺎﻳﻲ و اﺟﺮاي آن ﺑﻪ ﺻﻮرت رﺳﻤﻲ از اﺑﺘﺪاي ﺳﺎل 1380 در ﺳﺮاﺳﺮ ﻛﺸﻮر آﻏﺎز ﮔﺮدﻳﺪ. ﺑﺮﺧﻲ از ﺷﺎﺧﺼﻬﺎي ﻋﻤﻠﻜﺮدي ﻛﻪ ﻃﻲ ﺳﺎل ﻫﺎي اﺧﻴﺮ ﺑﺮاي ﭘﺎﻳﺶ و ارزﺷﻴﺎﺑﻲ ﻧﻈﺎم ﺟﻤﻊ آوري و ﻣﺤﺎﺳﺒﻪ ﻣﻲ ﺷﻮﻧﺪ در ﺟﺪول زﻳﺮ ذﻛﺮ ﺷﺪه اﺳﺖ:

|  |  |
| --- | --- |
| ﺷﺎﺧﺺ ﻫﺎي ﻋﻤﻠﻜﺮد ﻧﻈﺎم ﻛﺸﻮري ﻣﺮاﻗﺒﺖ ﻣﺮگ ﻣﺎدري(درﺻﺪ) | میانگین 6 ساله ( 1388-1393) |
| گزارش بموقع مرگهای مادری اتاق افتاده | 85 |
| انجام بموقع پرسشگری | 62 |
| کامل بودن تیم پرسشگری | 78 |
| تشکیل بموقع کمیته | 22 |
| کامل بودن اعضای کمیته دانشگاهی | 66 |
| امکان شناسایی عوامل قابل اجتناب در مرگ | 67 |
| امکان ارائه طرحهای مداخله ای برای جلوگیری از مرگهای مشابه | 67 |
| اجرای طرحهای مداخله برای جلوگیری از مرگهای مشابه | 47 |

ﺑﻨﺎﺑﺮاﻳﻦ در ﺳﺎل 1394 ﻣﻄﺎﺑﻖ ﺑﺎ 2015 ﻣﻴﻼدي و ﭘﺎﻳﺎن ﺳﺎل اﻫﺪاف ﺗﻮﺳﻌﻪ ﻫﺰاره ﭘﺲ از درﻳﺎﻓﺖ ﻧﻈﺮات داﻧﺸﮕﺎه ﻫﺎ و اﻋﻤﺎل ﺗﻐﻴﻴﺮات در ﮔﺮدش ﻛﺎر و ﻓﺮﻣﻬﺎ، ﻧﺴﺨﻪ دوم ﻣﺠﻤﻮﻋﻪ ﺑﺎزﻧﮕﺮي ﮔﺮدﻳﺪ و در ﺳﺎل 1395 ﺑﺮاي اﺟﺮا ﺑﻪ داﻧﺸﮕﺎﻫﻬﺎ ارﺳﺎل ﺷﺪ.

ﻫﻤﺎﻧﮕﻮﻧﻪ ﻛﻪ در ﻓﺼﻞﭘﻨﺠﻢ ﺗﻮﺿﻴﺢ داده ﺧﻮاﻫﺪ ﺷﺪ ﻫﺪف اﺻﻠﻲ ﻧﻈﺎم ﻣﺮاﻗﺒﺖ ﻣﺮگ ﻣﺎدري ﻛﺎﻫﺶ ﻣﺮگ ﻣﺎدران از ﻃﺮﻳﻖ ﻛﺸﻒ ﺳﻴﺮي ﻛﻪ اﺑﺘﺪاي ﻣﺎدر از ﺑﺎرداري ﺗﺎ ﻓﻮت ﻃﻲ ﻛﺮده ﻣﻲ ﺑﺎﺷﺪ در اﻳﻦ ﻓﺼﻞ ﻋﻠﻞ ﻣﺮگ و . ﻋﻮاﻣﻞ ﻗﺎﺑﻞ اﺟﺘﻨﺎب ﻣﻨﺠﺮ ﺑﻪ ﻓﻮت ذﻛرمی ﺷﻮد . ﻃﺒﻖ ﻧﺘﺎﻳﺞ ﻣﺮور ﻧﻈﺎم ﻣﻨﺪ ﻣﻄﺎﻟﻌﺎت . (systematic analysis) ﻛﻪ ﺗﻮﺳﻂ ﺳﺎزﻣﺎن ﺟﻬﺎﻧﻲ ﺑﻬﺪاﺷﺖ اﻧﺠﺎم ﺷﺪه ﻋﻠﻞ ﻣﻨﺠﺮ ﺑﻪ ﻣﺮگ ﻣﺎدران در دﻧﻴﺎ ﺑﻴﻦ ﺳﺎﻟﻬﺎي 2003 تا 2009ﺑﻪ ﺷﺮح زﻳﺮ ﺑﻮده :

1/27 درﺻﺪ ﺧﻮﻧﺮﻳﺰي ، اﺧﺘﻼﻻت ﻓﺸﺎر ﺧﻮن 14 درﺻﺪ، ﺳﭙﺴﻴﺲ 7/10درﺻﺪ، ﺳﻘﻂ و ﻋﻮارض آن 9/7درﺻﺪ، 2/3 درﺻﺪ آﻣﺒﻮﻟﻲ و ﺳﺎﻳﺮ ﻋﻠﻞ ﻏﻴﺮ ﻣﺴﺘﻘﻴﻢ 5/27درﺻﺪ.

ﻋﻠﻞ اﺻﻠﻲ ﻣﺮگ ﻣﺎدران ﻃﻲ ﺳﺎﻟﻬﺎي اﺧﻴﺮ در ﻛﺸﻮر ﺑﻪ ﺷﺮح زﻳﺮ ﺑﻮده اﺳﺖ

|  |  |
| --- | --- |
| علت مرگ | 1393 |
| خونریزیهای مامایی | 21 |
| پره اکلامپسی، اکلامپسی، سندرم هلپ | 14 |
| بیماریهای قلبی عروقی | 16 |
| آمبولی | 10 |
| عفونت | 7 |
| بیماریهای زمینه ای | 9 |

**ﺷﺎﺧﺺ ﻫﺎيﺟﻤﻌﻴﺘﻲ و ﺧﺪﻣﺎت ﻛﻴﻔﻴﺖ ﻣﺎدرا ن ﻣﺮﺑﻮط ﺑﻪ ﻓﻮت ﺷﺪه ﻃﻲ 1393سال**

ﺷﺎﺧﺺ ﻫﺎي ﻣﺮﺑﻮط ﺑﻪ ﺧﺪﻣﺎت ﺑﺎروري ﺳﻼﻣﺖ :

ﺧﻮاﺳﺘﻪ ﺑﻮدن ﺑﺎرداري= 80%

تعداد بارداری 5 یا بیشتر= 22%

فاصله دو بارداری کمتر از 3 سال = 24%

ابتلا مادر به بیماری زمینه ای=78%

متناسب بودن تعداد مراقبت با سن بارداری=61%

**ﺷﺎﺧﺺ ﻫﺎي ﻣﺮﺑﻮط ﺑﻪ ﺧﺪﻣﺎت ﺑﺎرداري، زاﻳﻤﺎن و ﭘﺲ از زاﻳﻤﺎن:**

مادران فوت شده در زمان بارداری : 28%

مادران فوت شده حین زایمان: 2%

مادران فوت ده پس از زایمان: 70%

مادرانی که سزارین شده اند: 63%

مادرانی که زایمان آنها طبیعی بوده است:37%

ﺗﻮﺻﻴﻒ ﻋﻮاﻣﻞ ﻣﻨﺠﺮ ﺑﻪ ﻣﺮگ (Case series) ﺷﻜﻞ داده ﻫﺎي ﺑﺪﺳﺖ آﻣﺪه از ﻧﻈﺎم ﻣﺮاﻗﺒﺖ ﻣﺮگ ﻣﺎدري ﺑﺼﻮرت ﻣﺮور ﻣﻮارد ﻣﻲ ﺑﺎﺷﺪ .در ﻧﺘﻴﺠﻪ ﺑﻪ ﻋﻠﺖ ﻋﺪم اﻣﻜﺎن ﻣﻘﺎﻳﺴﻪ ﺧﺼﻮﺻﻴﺎت ﻣﺎدران ﻓﻮت ﺷﺪه ﺑﺎ ﻣﺎدراﻧﻲ ﻛﻪ زﻧﺪه ﻣﺎﻧﺪه اﻧﺪ ﺗﺤﻠﻴﻞ درﺳﺖ ﻋﻠﻞ ﻣﻴﺴﺮ ﻧﻴﺴﺖ ﻣﻘﺎﻳﺴﻪ روﻧﺪ ﺗﻐﻴﻴﺮات ﻃﻲ ﺳﺎ ﻟﻬﺎي 1388 ﺗﺎ 1393زﻣﺎﻧﻲ ﺑﺎ اﻳﻦ ﭘﻴﺶ ﻓﺮض اﻣﻜﺎن ﭘﺬﻳﺮ اﺳﺖ ﻛﻪ ﺗﻐﻴﻴﺮي در ﺧﺼﻮﺻﻴﺎت ﻣﺎدران زاﻳﻤﺎن ﻛﺮده ﻃﻲ اﻳﻦ ﺳﺎﻟﻬﺎ وﺟﻮد ﻧﺪاﺷﺘﻪ ﺑﺎﺷﺪ .ﺑﺎ ﺗﻮﺟﻪ ﺑﻪ ﻋﺪم اﻣﻜﺎن ارزﻳﺎﺑﻲ ﺧﺼﻮﺻﻴﺎت ﻣﺎدران زاﻳﻤﺎن ﻛﺮده، ﺗﺤﻠﻴﻞ ﻫﺎي زﻳﺮ ﺗﻨﻬﺎ ﺑﻪ ﻣﻨﻈﻮر ﺧﻠﻖ ﻓﺮﺿﻴﻪ ﺑﺮاي ﺑﺮرﺳﻲ ﻫﺎي ﺑﻌﺪي ﻣﻄﺮح ﻣﻲ ﮔﺮدﻧﺪ و از ﻣﺤﺪودﻳﺖ ﺑﺮﺧﻮردارﻧﺪ .

1 ﻣﺤﻞ ﺳﻜﻮﻧﺖ: ﺑﻴﻦ 57 تا 67درﺻﺪ ﻣﺎدران ﻓﻮت ﺷﺪه ﺳﺎﻛﻦ ﺷﻬﺮ و ﺑﻘﻴﻪ ﺳﺎﻛﻦ روﺳﺘﺎﻫﺎي اﺻﻠﻲ، ﻗﻤﺮ و ﺳﻴﺎري ﺑﻮده اﻧﺪ اﻳﺠﺎد دﺳﺘﺮﺳﻲ ﺑﻪ واﺣﺪﻫﺎي درﻣﺎﻧﻲ در ﻓﻮرﻳﺘﻬﺎي ﻣﺎﻣﺎﻳﻲ و زاﻳﻤﺎن، اﺳﺘﻔﺎده از ﺧﺪﻣﺎت ﻣﺎﻣﺎﻫﺎي ﺗﺴﻬﻴﻼت زاﻳﻤﺎﻧﻲ و ﻣﺎﻣﺎﻫﺎي روﺳﺘﺎﻳﻲ ﻣﺆﺛﺮ راﻫﻜﺎردر ﻛﺎﻫﺶ ﻣﻮارد ﻣﺮگ ﻣﺎدران روﺳﺘﺎﻳﻲ ﺧﻮاﻫﺪ ﺑﻮد

2 زاﻳﻤﺎن ﺗﻮﺳﻂ ﻓﺮد دوره ﻧﺪﻳﺪه زاﻳﻤﺎن ﺗﻮﺳﻂ ( ﻣﺎﻣﺎي ﻣﺤﻠﻲ ﻳﺎ) ﺑﺪون ﻛﻤﻚ ﻫﻴﭽﻜﺲ ﺑﻴﻦ 5 تا ﺻﻔﺮ درﺻﺪﺑﻮده اﺳﺖ . آﻣﻮزش ﺑﻪ ﺧﺎﻧﻮاده ﻫﺎ ﺑﺮاي اﺳﺘﻔﺎده از ﺧﺪﻣﺎت اﻓﺮاد دوره دﻳﺪه در ﻫﻨﮕﺎم زاﻳﻤﺎن، ﺟﻠﻮﮔﻴﺮي از ﻓﻌﺎﻟﻴﺖ ﻣﺎﻣﺎﻫﺎي دوره ﻧﺪﻳﺪه و ﻏﻴﺮ ﻣﺠﺎز در اﻣﺮ زاﻳﻤﺎن، آﻣﻮزش و ﺣﻤﺎﻳﺖ از ﺧﺪﻣﺎت ﻣﺎﻣﺎﻫﺎي روﺳﺘﺎﻳﻲ ﺟﺎﻣﻌﻪ و ﺷﻨﺎﺳﺎﻧﺪن آﻧﺎن ﺑﻪ اﺳﺘﺮاﺗﮋي ﻣﻨﺎﺳﺒﻲ ﺑﺮاي ﻛﺎﻫﺶ ، ﻣﺮگ و ﻣﻴﺮ ﻣﺎدران اﺳﺖ .

3 ﻣﺤﻞ ﻓﻮت : 7 تا 13 درﺻﺪ ﻣﻮارد ﻣﺤﻞ ﻓﻮت ﻣﺎدر، ﻣﻨﺰل ﺑﻮده اﺳﺖ .ﺑﻬﺒﻮد دﺳﺘﺮﺳﻲ و ﻫﻤﭽﻨﻴﻦ آﻣﻮزش ﻋﻼﺋﻢ ﺧﻄﺮ ﺑﺮاي ﻣﺮاﺟﻌﻪ ﺑﻪ ﻣﻮﻗﻊ اﺳﺖ در ﺗﻐﻴﻴﺮ اﻳﻦ ﺷﺎﺧﺺ ﻣﻮﺛﺮ بوده است.

4 ﺗﻮﺟﻪ ﺑﻪ ﻛﻴﻔﻴﺖ ﺧﺪﻣﺎت اراﻳﻪ ﺷﺪه در ﺑﻴﻤﺎرﺳﺘﺎن ﻫﺎ و ﻣﺮاﻛﺰ زاﻳﻤﺎﻧﻲ ﺑﻴﺶ 80 درﺻﺪ( از 81تا 88 درﺻﺪ )ﻣﺮگ ﻫﺎي ﮔﺰارش ﺷﺪه در ﺑﻴﻤﺎرﺳﺘﺎن اﺗﻔﺎق اﻓﺘﺎده و اﻳﻦ در ﺣﺎﻟﻲ اﺳﺖ ﻛﻪ ﻃﻲ اﻳﻦ ﺳﺎل ﻫﺎ ﻣﻴﺰان زاﻳﻤﺎن در ﺑﻴﻤﺎرﺳﺘﺎن ﻧﻴﺰ ﭘﻮﺷﺶ ﻣﻨﺎﺳﺒﻲ داﺷﺘﻪ اﺳﺖ .اﻳﻦ ﻣﺴﺎﻟﻪ ﻧﺸﺎن ﻣﻲ دﻫﺪ ﻛﻪ روﻧﺪ ﺗﻮﺳﻌﻪ در ﻛﺸﻮر اﻣﻜﺎن دﺳﺘﺮﺳﻲ و ﺑﻬﺮه ﻣﻨﺪي ﻣﺎدران از ﺧﺪﻣﺎت ﺑﻴﻤﺎرﺳﺘﺎﻧﻲ را اﻣﻜﺎن ﭘﺬﻳﺮ ﻛﺮده اﺳﺖ .در اﻳﻦ ﻣﻴﺎن ﺗﻮﺟﻪ ﺑﻪ ﻛﻴﻔﻴﺖ ﺧﺪﻣﺎت ﻣﺎﻣﺎﻳﻲ و زاﻳﻤﺎن در ﻓﻮرﻳﺘﻬﺎ و ﺑﻪ ﺧﺼﻮص ﻫﺎ ﺣﺴﺎس ﻧﻤﻮدن ﻛﺎرﻛﻨﺎن ﺑﻴﻤﺎرﺳﺘﺎن ﺑﻪ ﻣﺴﺎﻟﻪ ﻣﺮگ ﻣﺎدر ﻣﻲ ﺗﻮاﻧﺪ ﻧﻘﺶ ﺗﻌﻴﻴﻦ ﻛﻨﻨﺪه در ﻛﺎﻫﺶ ﻣﺮﮔﻬﺎي ﺑﻴﻤﺎرﺳﺘﺎﻧﻲ داﺷﺘﻪ ﺑﺎﺷﺪ .

اﻃﻼﻋﺎت ﻧﻈﺎم ﻣﺮاﻗﺒﺖ ﻧﺸﺎن ﻣﻲ دﻫﺪ ﻛﻪ درﺻﺪ ﻗﺎﺑﻞ ﺗﻮﺟﻬﻲ از ﺧﻄﺎﻫﺎي ﭘﺰﺷﻜﻲ و ﻋﻮاﻣﻞ ﻗﺎﺑﻞ اﺟﺘﻨﺎب ﻣﻨﺠﺮ ﺑﻪ ﻣﺮگ در ﺑﻴﻤﺎرﺳﺘﺎﻧﻬﺎ وﺟﻮد داﺷﺘﻪ ﻛﻪ ﺑﺎ ﺑﺮﻧﺎﻣﻪ رﻳﺰي و ﻣﺪاﺧﻠﻪ در آﻧﻬﺎ ﻣﻲ ﺗﻮان از وﻗﻮع ﻣﺮگ پﺸﮕﻴﺮي ﻧﻤﻮد.

**عوامل منجر به فوت در مقطع پیش از بارداری و بارداری :**

پیش از بارداری :

* عدم بهره مندی از خدمات بارداری سالم علیرغم نیاز = 18%
* نامطلوب بودن کیفیت خدمات بارداری سالم=11%
* بی توجهی مادر و منع بارداری=11%

بارداری:

* عدم دریافت هرگونه خدممت دوران بارداری= 17%
* اعتیاد مادر به مواد مخر و معظلات اجتماعی =5%
* عدم دسترسی به مراکز فوریتهای مامایی=4%
* حساس نبودن مادر و خانواده=39%
* کمبود تجهیزات=2%

**ﺗﻌﺎرﻳﻒ ﻣﺮگ ﻣﺮﺗﺒﻂ ﺑﺎ ﺑﺎرداري :**

* چنانچه مرگ و بارداری رابطه علیتی باهم داشته باشند: pregnancy related death ( مرگ حین بارداری تا 42 روز پس از زایمان – مرگ بین 42 تا 365 روز پس از ختم بارداری)
* چنانچه مرگ و بارداری رابطه علیتی باهم داشته باشند: Not pregnancy related death ( مرگ حین بارداری تا یکسال پس از ختم بارداری)
* چنانچه بین مرگ و بارداری رابطه علیتی مطرح نباشد: pregnancy associate death ( مرگ حین بارداری تا 42 روز پس از زایمان – مرگ بین 42 تا 365 روز پس از ختم بارداری)

ﻧﻈﺎم ﻫﺎي ﻣﺮاﻗﺒﺖ را ﺑﻪ ﺳﻪ ﮔﺮوه ﻣﻲ ﺗﻮان ﺗﻘﺴﻴﻢ ﻧﻤﻮد :

1 ﻣﺮاﻗﺒﺖ ﻋﻮاﻣﻞ ﺧﻄﺮﻣﺎﻧﻨﺪ ﻋﻮاﻣﻞ ﻣﺴﺘﻌﺪ ﺳﺎز ﺑﻴﻤﺎري ﻫﺎ ﻏﻴﺮ واﮔﻴﺮ ﻫﻤﭽﻮن ﻓﺸﺎرﺧﻮن، ﻗﻨﺪ ﺧﻮن و ﺷﻮﻧﺪ

2ﻣﺮاﻗﺒﺖ از ﺑﻴﻤﺎري ﻫﺎ ﻛﻪ ﺑﻴﺸﺘﺮ ﺑﺮﻧﺎﻣﻪ ﻫﺎي ﻣﺮاﻗﺒﺖ ﻓﻌﻠﻲ را ﺷﺎﻣﻞ ﻣﻲ شوند؛

3 ﻣﺮاﻗﺒﺖ از ﻣﺮگ؛

در ﺣﺎﻟﻴﻜﻪ ﻧﻈﺎم ﻣﺮاﻗﺒﺖ از ﺑﻴﻤﺎري ﻫﺎ وﺿﻌﻴﺖ ﻓﻌﻠﻲ روﻳﺪادﻫﺎي ﻣﺮﺑـﻮط ﺑـﻪ ﺳـﻼﻣﺖ و ﺑﻴﻤـﺎري را در ﻳـﻚ ﺟﺎﻣﻌـﻪ ﻣﺸﺨﺺ ﻣﻲ ﻛﻨﺪ، ﻧﻈﺎم ﻣﺮاﻗﺒﺖ از ﻋﻮاﻣﻞ ﺧﻄﺮ داراي ﺗﻮاﻧﺎﻳﻲ ﭘﻴﺶ ﺑﻴﻨﻲ ﻣﺴﺎﻳﻠﻲ اﺳﺖ ﻛﻪ در آﻳﻨﺪه ﻳﻚ ﺟﺎﻣﻌﻪ ﺑﺎ آﻧﻬﺎ روﺑﺮو ﺧﻮاﻫﺪ ﺷﺪ و ﺑﻪ ﻫﻤﻴﻦ ﻋﻠﺖ ﻻزم اﺳﺖ ﺑﺎ ﺷﻨﺎﺳ ﺎﻳﻲ ﺑﻤﻮﻗﻊ وﺿﻌﻴﺖ، در ﺻﻮرت ﻣﺨﺎﻃﺮه آﻣﻴﺰ ﺑﻮدن ﺑﻪ ﻛﻨﺘﺮل ﻋﻮاﻣﻞ ﺧﻄﺮ ﻛﻪ ﭘﻴﺸﮕﻴﺮي از ﺑﻴﻤﺎري ﻫﺎ در آﻳﻨﺪه اﺳﺖ ﺑﭙﺮدازد .دﺳﺘﻪ آﺧﺮ، ﻧﻈﺎم ﻫﺎي ﻣﺮاﻗﺒﺖ از ﻣﺮگ اﺳﺖ .ﻣﺸﻜﻞ در اﻳﻦ ﻧﻮع ﻧﻈﺎم ﻫﺎ اﻳﻦ اﺳﺖ ﻛﻪ واﻗﻌﻪ ﺳﻼﻣﺘﻲ روي داده و دﻳﮕﺮ ﻓﺮﺻﺖ ﻣﺪاﺧﻠﻪ ﺑﺮاي اﻓﺮاد درﮔﻴـﺮ و ﻳـﺎ ﮔـﺰارش ﺷﺪه وجود ندارد.

اﻫﺪاف ﻧﻈﺎم ﻣﺮاﻗﺒﺖ ﻣﺮگ ﻣﺎدري: ﺑﻪ ﺷﺮح زﻳﺮ اﺳﺖ :

**ﻫﺪف ﻛﻠﻲ** ﻛﺎﻫﺶ ﻣﻴﺰان ﻣﺮگ و ﻋﻮارض ﻧﺎﺷﻲ از ﺑﺎرداري و زاﻳﻤﺎن از ﻃﺮﻳﻖ ﻛﺸﻒ ﺳﻴﺮي ﻛﻪ ﻫﺮ ﻣﺎدر ﺗﺎ زﻣﺎن ﻣﺮگ ﻃﻲ ﻛﺮده، ﺷﻨﺎﺳﺎﻳﻲ ﻋﻮاﻣﻞ ﻗﺎﺑﻞ اﺟﺘﻨﺎب در ﻫﺮ ﻣﺮگ و ﻃﺮاﺣﻲ ﻣﺪاﺧﻠ ﻪ ﺑﻪ ﻣﻨﻈﻮر ﺣﻞ ﻣﺸﻜﻼت و ﺟﻠﻮﮔﻴﺮي از وﻗﻮع ﻣﺮگ ﻫﺎي ﻣﺸﺎﺑﻪ

**اﻫﺪاف اﺧﺘﺼﺎﺻﻲ**  ﺗﻌﻴﻴﻦ دﻗﻴﻖ ﺗﺮ ﻣﻴﺰان ﺑﺮوز ﻣﺮگ  ﺗﻌﻴﻴﻦ ﻋﻮاﻣﻞ ﺧﻄﺮ ﻣﺮﺗﺒﻂ ﺑﺎ ﻣﺮگ  ﻃﺮاﺣﻲ و اﺟﺮاي ﻣﺪاﺧﻼت ﻣﻨﺎﺳﺐ ﺑﺮاي ﺑﻬﺒﻮد ﺷﺎﺧﺼﻬﺎي ﺳﻼﻣﺖ ﻣﺎدران در ﺳﻄﺢ داﻧﺸﮕﺎﻫﻬﺎ و ﻛﺸﻮر

**ﻓﻌﺎﻟﻴﺘﻬﺎي اﺻﻠﻲ ﻧﻈﺎم ﻣﺮاﻗﺒﺖ ﻣﺮگ ﻣﺎدري**

ﭼﺮﺧﻪ ﻣﺮاﻗﺒﺖ ﺑﺎ وﻗﻮع ﻣﺮگ ﻣﺎدر آﻏﺎز ﻣﻲ ﺷﻮد .در ﻣﺮﺣﻠﻪ ﺑﻌﺪ، ﺗﻴﻢ ﭘﺮﺳﺸﮕﺮي داده ﻫﺎي ﻣﺮگ را ﺟﻤﻊ آوري ﻣﻲ ﻛﻨﺪ . ﻛﻤﻴﺘﻪ ﻛﺎﻫﺶ ﻣﺮگ و ﻣﻴﺮ ﻣﺎدران ﭘﺲ از ﺑﺮرﺳﻲ ﭘﺮﺳﺸﻨﺎﻣﻪ ﺗﻜﻤﻴﻞ ﺷﺪه ﺗﻮﺳﻂ ﺗﻴﻢ ﭘﺮﺳﺸﮕﺮي، ﻋﻠﻞ ﻗﺎﺑﻞ اﺟﺘﻨﺎب ﻣﺮگ را ﺗﺤﻠﻴﻞ ﻛﺮده، ﺑﺮ آن اﺳﺎس، ﻣﺪاﺧﻼت ﻣﻘﺘﻀﻲ را ﻃﺮاﺣﻲ و ﺑﺮ اﺟﺮاي ﻣﺪاﺧﻼت ﻧﻈﺎرت ﻣﻲ ﻛﻨﺪ : ﺑﻨﺎﺑﺮاﻳﻦ 4ﻓﻌﺎﻟﻴﺖ اﺻﻠﻲ در ﻧﻈﺎم ﻣﺮاﻗﺒﺖ ﻋﺒﺎرﺗﻨﺪ از 1 )ﺟﻤﻊ آوري داده ﻫﺎي ﻣﺮگ ﻣﺎدران 2) ﺑﺮرﺳﻲ ﻣﻮارد ﻣﺮگ 3) ﻃﺮاﺣﻲ و اﺟﺮاي ﻣﺪاﺧﻼت 4) ﭘﺎﻳﺶ و ارزﺷﻴﺎﺑﻲ ﺑﺎ اﺳﺘﻔﺎده از ﭘﺴﺨﻮراﻧﺪ ﺣﺎﺻﻞ از ﭘﺎﻳﺶ ﻫﺮ ﻳﻚ از ﻣﺮاﺣﻞ ﮔﺮدش ﻛﺎر و ﻧﺘﻴﺠﻪ ارزﺷﻴﺎﺑﻲ ﻧﻬﺎﻳﻲ ﺳﺎﺧﺘﺎر ﻧﻈﺎم ﻣﺮاﻗﺒﺖ ﻣﺮگ ﻣﺎدري اﺻﻼح ﻣﻲ ﺷﻮد .ﺑﻨﺎﺑﺮاﻳﻦ ﺑﺮاي اﻳﻨﻜﻪ ﺧﺮوﺟﻲ ﻣﻮرد ﻧﻈﺮ ﺣﺎﺻﻞ ﺷﻮد ﺑﺎﻳﺪ ﺗﻤﺎﻣﻲ ﻣﺮاﺣﻞ از اﺑﺘﺪاي ورود داده ﻫﺎ ﺗﺎ اﺟﺮاي ﻣﺪاﺧﻠﻪ و اﻋﻤﺎل ﭘﺴﺨﻮراﻧﺪ ﺑﻪ درﺳﺘﻲ و در زﻣﺎن ﻣﻨﺎﺳﺐ اﻧﺠﺎم ﺷﻮد.

ﻃﺮاﺣﻲ و اﺟﺮاي ﻣﺪاﺧﻼت: اﺟﺮاي ﻣﺪاﺧﻠﻪ ﻫﺪف اﺻﻠﻲ ﻧﻈﺎم ﻣﺮاﻗﺒﺖ ﻣﺮگ ﻣﺎدري اﺳﺖ .ﻣﺪاﺧﻠـﻪ ﻣـﻲ ﺑﺎﻳـﺪ ﺑـﺮ ﻣﺒﻨـﺎي ﻋﺎﻣﻞ ﻣﺆﺛﺮ ﺑﺮ ﻣﺮگ ﻃﺮاﺣﻲ ﺷﻮد ﻛﻤﻴﺘﻪ ﺑﺎﻳﺪ ﭘﺲ از ﻣﺸﺨﺺ ﻛﺮدن ﻋﻠﻞ ﻣﺮگ، ﻣﺪاﺧﻼت ﻣﻘﺘﻀﻲ را ﻃﺮاﺣﻲ و ﺑﺮ اﺟﺮاي آﻧﻬﺎ ﺳﻄﺢ ﻣﺴﺌﻮل ﻣﺪاﺧﻠﻪ، ﻓﺮد ﻣﺴﺌﻮل ﻣﺪاﺧﻠﻪ، ﻓﺮد ﻣﺴﺌﻮل اﺟﺮا و زﻣﺎن ﻳـﺎ دوره ﻧﻈﺎرت ﻛﻨﺪ ،(راه ﺣﻞ ) ﻓﻌﺎﻟﻴﺖ ﻣﺪاﺧﻠﻪ اﺟﺮاي ﻣﺪاﺧﻠﻪ ﺑﺎﻳﺪ در ﻛﻤﻴﺘﻪ ﻣﺮگ ﻣﺎدران ﺗﻌﻴﻴﻦ ﺷﻮد .ﻫﻤﭽﻨﻴﻦ، ﻧﻴﺮوي اﻧﺴﺎﻧﻲ و ﺑﻮدﺟﻪ ﻣﻮرد ﻧﻴﺎز ﺑﺮاي اﺟﺮاي ﻣﺪاﺧﻠﻪ ﻧﻴﺰ ﺑﺎﻳﺪ در ﻛﻤﻴﺘﻪ ﺗﺨﻤﻴﻦ زده ﺷﻮد .واﺣﺪي ﻛﻪ ﻣﺴﺌﻮل اﺟﺮاي ﻣﺪاﺧﻠﻪ ﺷﻨﺎﺧﺘﻪ ﺷﺪه ﻣﻮﻇﻒ اﺳﺖ ﺑﺮﻣﺒﻨـﺎي دﺳـﺘﻮراﻟﻌﻤﻞ ﻛﻤﻴﺘﻪ، ﭘﺮوﺗﻜﻞ اﺟﺮاﻳﻲ را ﺑﺎ ﺗﺨﻤﻴﻦ دﻗﻴﻖ ﺗﺮ ﻣﻨﺎﺑﻊ و زﻣﺎن ﻣﻮرد ﻧﻴﺎز ﺑﺮاي اﺟﺮاي ﻣﺪاﺧﻠﻪ در ﻣﻮﻋﺪ ﻣﻘﺮر ﺑﻪ ﻛﻤﻴﺘﻪ ﺗﺤﻮﻳﻞ دﻫﺪ .ﭘﺲ از اﺻﻼح و ﺗﺎﻳﻴﺪ ﻛﻤﻴﺘﻪ، ﻣﺪاﺧﻠﻪ اﺟﺮا ﺧﻮاﻫﺪ ﺷﺪ .

ﺷﺮح ﻣﺮاﺣﻞ ﮔﺮدش ﻛﺎر

.1 ﺑﻪ ﻣﻨﻈﻮر ﻧﻈﻢ و ﺳﺮﻋﺖ ﺑﺨﺸﻴﺪن ﺑﻪ ﮔﺰارش ﻣﺮگ ﻣﺎدر و اﻫﻤﻴﺖ آن در اﻣﺮ ﻣﺪاﺧﻠﻪ ﺻﺤﻴﺢ و ﺑﻪ ﻣﻮﻗﻊ، ﻓﺮﻣﻲ ﺑﺎ ﻋﻨﻮان ﻓﺮم ﻣﺎدر ﮔﺰارش ﻓﻮري ﻣﺮگ ﺷﺪه ﺗﻬﻴﻪ ﭘﻴﻮﺳﺖ ﻛﻪ در ﺷﻤﺎره ﻳﻚ ﻣﺠﻤﻮﻋﻪذﻛﺮ ﺷﺪه اﺳﺖ.

.2 ﻻزم اﺳﺖ ﻓﺮم ﮔﺰارش ﻓﻮري ﻣﺮگ ﻣﺎدر ﺑﻪ ﻫﻤﺮاه ﺗﻌﺮﻳﻒ ﻣﺮگ ﻣﺎدر) ﻛﻪ در ﻓﺼﻞ ﭼﻬﺎرم ( و ﺷﻤﺎره ﺗﻠﻔﻦ ﺗﻤﺎس و ﻧﻤﺎﺑﺮ ﻣﻌﺎوﻧﺖ ﺑﻬﺪاﺷﺖ و درﻣﺎن ﺳﺘﺎد ﺷﻬﺮﺳﺘﺎن ﻳﺎ داﻧﺸﮕﺎه، در اﺧﺘﻴﺎر ﻫﻤﻪ ﻣﺮاﻛﺰ ﺑﻬﺪاﺷﺘﻲ و درﻣﺎﻧﻲ و ﭘﺎﻳﮕﺎﻫﻬﺎ و ﺑﻴﻤﺎرﺳﺘﺎن ﻫﺎ ﻗﺮار ﮔﻴﺮد ﺗﺎ ﺑﻪ ﻣﺤﺾ وﻗﻮع ﻣﺮگ ﻣﺎدر، ﻣﺮاﺗﺐ ﺑﻪ ﺳﺘﺎد داﻧﺸﮕﺎه ﻣﻨﻌﻜﺲ ﮔﺮدد

.3 ﭼﻨﺎﻧﭽﻪ ﻣﺮگ در ﻫﺮ ﻳﻚ از ﺑﺨﺸﻬﺎيﺑﻴﻤﺎرﺳﺘﺎن رخ داده ﺑﺎﺷﺪ، ﻣﺘﺮون ﻳﺎ ﺳﻮﭘﺮواﻳﺰور ﺑﻴﻤﺎرﺳﺘﺎن ﻣﻮﻇﻒ ﺑﻪ ﺗﻜﻤﻴﻞ ﮔﺰارش ﻓﻮري ﻣﺮگ و ارﺳﺎل آن ﺑﻪ دﻓﺘﺮ ﻣﺪﻳﺮ ﺷﺒﻜﻪ ﻣﺤﻞ ﺷﻬﺮﺳﺘﺎن / ﻣﻌﺎوﻧﺖ درﻣﺎن داﻧﺸﮕﺎه وﻗﻮع ﻣﺮگ ﻣﻲ ﺑﺎﺷﺪ.

.4 : ﭼﻨﺎﻧﭽﻪ ﻣﺮگ در ﺧﺎرج از ﺑﻴﻤﺎرﺳﺘﺎن رخ داده ﺑﺎﺷﺪ: در روﺳﺘﺎ ﻓﻮت ، ﻣﺎدر ﺗﻮﺳﻂ ﺑﻬﻮرز، ﭘﺰﺷﻚ ﻣﺮﻛﺰ ﺑﻬﺪاﺷﺘﻲ درﻣﺎﻧﻲ روﺳﺘﺎ ﻳﻲ ﻳﺎ اﻫﺎﻟﻲ روﺳﺘﺎ و از ﻃﺮﻳﻖ ﻓـﺮم ﮔﺰارش ﻓﻮري ﻣﺮگ ﻣﺎدر ﻳﺎ ﺗﻠﻔﻦ ﺑﻪ ﻧﺰدﻳﻚ ﺗﺮﻳﻦ واﺣﺪ ﺑﻬﺪاﺷﺘﻲ درﻣﺎﻧﻲ ﻳﺎ ﻣﺮﻛـﺰ ﺑﻬﺪاﺷـﺖ ﺷﻬﺮﺳـﺘﺎن اﻃـﻼع داده ﻣﻲ ﺷﻮد. در ﺷﻬﺮ  ، ﻓﻮت ﻣﺎدر ﺗﻮﺳﻂ ﻣﻄﺐ ﺧﺼﻮﺻﻲ، ﻫﺎي ﺳﺎزﻣﺎن ﻣﺨﺘﻠـﻒ، ﻣﺮﻛـﺰ ﺑﻬﺪاﺷـﺘﻲ درﻣـﺎﻧﻲ ﺷـﻬﺮي، ﭘﺎﻳﮕـﺎه ﺑﻬﺪاﺷﺘﻲ و اﻓﺮاد ﻏﻴﺮ ر ﺳﻤﻲ از ﻃﺮﻳﻖ ﺗﻜﻤﻴﻞ ﻓﺮم ﻣﺮگ ﮔﺰارش ﻓﻮري ﻳﺎ ﺗﻠﻔﻨﻲ ﺑﻪ ﻧﺰدﻳﻚ ﺗﺮﻳﻦ واﺣﺪ ﺑﻬﺪاﺷـﺘﻲ درﻣﺎﻧﻲ ﻳﺎ ﻣﺮﻛﺰ ﺑﻬﺪاﺷﺖ ﺷﻬﺮﺳﺘﺎن وﻳﺎ ﻣﻌﺎوﻧﺘﻬﺎي ﺑﻬﺪاﺷﺖ ﻳﺎ درﻣﺎن داﻧﺸﮕﺎه اﻃﻼع داده ﻣﻲ. ﺷﻮد

.5 ﺳﺎﻳﺮ :ﺑﻨﺎﺑﺮاﻳﻦ ﺑﺎﻳﺪ در ﻣﻮرد اﻫﻤﻴﺖ اﻃﻼع رﺳﺎﻧﻲ ﺑﻪ ﻣﻮﻗﻊ، ﺑﺎ ﺑﻴﻤﺎرﺳﺘﺎﻧﻬﺎ و واﺣﺪﻫﺎي ﺑﻬﺪ اﺷﺘﻲ و درﻣـﺎﻧﻲ ﺑـﻪ وﻳﮋه ﺑﺨﺸﻬﺎي ﺧﺼﻮﺻﻲ، ﺗﺎﻛﻴﺪ ﻻزم ﺑﻪ ﻋﻤﻞ آﻳﺪ

.6 ﺣﺪاﻛﺜﺮ ﻃﻲ 48 ﺳﺎﻋﺖ ﭘﺲ از وﻗﻮع ﻓﻮت ﮔﺰارش ﻓﻮري ﻣﺮگ ﻣﺎدر از ﻃﺮﻳﻖ ﻓﺮم اﻟﻜﺘﺮوﻧﻴﻚ ﻛﻪ در ﺳﺎﻳﺖ ﻃﺮاﺣﻲ ﺷﺪه ﻧﻤﺎﺑﺮ در ﺻﻮرت ﻗﻄﻌﻲ ﻳﺎ اﺷﻜﺎل در ﺳﺎﻳﺖ از ﻃﺮﻳﻖ (ﺗﻮﺳﻂ ﻛﺎرﺷﻨﺎس ﺳﻼﻣﺖ ﻣﺎدران ﻣﻌﺎوﻧﺖ ﺑﻬﺪاﺷﺖ ﻳﺎ درﻣﺎن داﻧﺸﮕﺎه ﺑﺎﻳﺪ ﺑﻪ ا ﻣﺎدران داره ﺳﻼﻣﺖ ارﺳﺎل ﺷﻮد ﺑﻪ ﻣﺒﺤﺚ ﻧﻜﺎت ﻣﻬﻢ در ﻣﻮرد ﺗﻜﻤﻴﻞ ﻓﺮم ﮔﺰارشﻓﻮري

.7 در ﺻﻮرت ﻓﻮت ﻣﺎدر در ﺑﻴﻤﺎرﺳﺘﺎن، ﺑﻪ دﺳﺘﻮر ﻣﻌﺎون درﻣﺎن داﻧﺸﮕﺎه ﻳﺎ ﻣـﺪﻳﺮ ﺷـﺒﻜﻪ ﺷﻬﺮﺳـﺘﺎن ﺑﻼﻓﺎﺻـﻠﻪ ﺗﺼﻮﻳﺮي از ﺗﻤﺎم ﺻﻔﺤﺎت ﭘﺮوﻧﺪه ﻣﺘﻮﻓﻲ و ﻣﺪارك وي ﺑﺎﻳﺪ ﺗﻬﻴﻪ و ﺑﻪ ﻣﺴﺌﻮل (ﺑﺮﮔﺰاري ﻛﻤﻴﺘـﻪ) دﺑﻴـﺮ ﻛﻤﻴﺘـﻪ ﺗﺤﻮﻳﻞ ﺷﻮد ، ﺑﺎ ﺗﻮﺟﻪ ﺑﻪ اﻳﻨﻜﻪ ﻓﻮت در ﺧﺎﻧﻪ، ﺑﻴﻤﺎرﺳﺘﺎن، ﺗﺴﻬﻴﻼت زاﻳﻤﺎﻧﻲ و ﻳﺎ ﻣﻄﺐ اﺗﻔﺎق اﻓﺘﺎده ﺗﻴﻢ ﭘﺮﺳﺸﮕﺮي ﺑﺎﻳﺪ ﻃﻲدو ﻫﻔﺘﻪ ﺑﺎ ﺣﻜﻢ رﻳﺎﺳﺖ داﻧﺸﮕﺎه ﺑﻪ ﻣﺤﻞ اﻋﺰام و ﭘﺮﺳﺸﻨﺎﻣﻪ را ﻣﻄـﺎﺑﻖ راﻫﻨﻤـﺎي ﺗـﻴﻢ ﭘﺮﺳﺸـﮕﺮي ﺗﻜﻤﻴﻞ ﻧﻤﺎﻳﻨﺪ ﭘﺮﺳﺸﮕﺮي ﺗﻴﻢ ﺑﻪ ﻣﻨﻈﻮر ﺗﻜﻤﻴـﻞ ﭘﺮﺳﺸـﻨﺎﻣﻪ ﺑـﻪ ﻣﻨـﺰل ﻣﺘـﻮﻓﻲ و ﻫـﺮ ﻳـﻚ از واﺣـﺪﻫﺎي ﺑﻬﺪاﺷﺘﻲ -درﻣﺎﻧﻲ ﺗﺴـﻬﻴﻼت زاﻳﻤـﺎﻧﻲ ﻳـﺎ ﻣﻄـﺐ ﻣﺮاﺟﻌـﻪ ، ﻛﻪ ﻣﺮگ درآﻧﺠﺎ اﺗﻔﺎق اﻓﺘﺎده اﺳﺖ ﻣﺎﻧﻨﺪ ﺑﻴﻤﺎرﺳﺘﺎن ﻛﺮده، ﭘﺮﺳﺸﻨﺎﻣﻪ را ﺗﻜﻤﻴﻞ ﻛﻨﺪ ﻣﻲ نماید.

8 : اﻋﻀﺎي ﺗﻴﻢ ﭘﺮﺳﺸﮕﺮي ﺑﻪ ﺷﺮح زﻳﺮ اﺳﺖ  ﺗﻴﻢ ﭘﺮﺳﺸﮕﺮي ﻣﺘﻮﻓﻲ ﻣﻨﺰل :ﮔﺮوه ﻣﺪﻳﺮ ﺑﻬﺪاﺷﺖ ﺧﺎﻧﻮاده ﻣﻌﺎوﻧﺖ ﺑﻬﺪاﺷﺖ، ﻛﺎرﺷﻨﺎس ﺳﻼﻣﺖ ﻣﺎدران ﻣﻌﺎوﻧﺖ ﺑﻬﺪاﺷﺖ ﻛﺎرﺷﻨﺎس ﺳﻼﻣﺖ ﻣﺎدران ﻣﻌﺎوﻧﺖ درﻣﺎن، ﻧﻤﺎﻳﻨﺪه ﺑﻬﺪاﺷﺖ ﺧﺎﻧﻮاده ﺷﻬﺮﺳﺘﺎن، ﻫﻤﺮاه ﺑﺎ ﻳﻚ ﻧﻤﺎﻳﻨﺪه از ﻣﻌﺎوﻧﺖ درﻣﺎن ﺷﻬﺮﺳﺘﺎن و ﻛﺎرﺷﻨﺎس ﻣﺎﻣﺎﻳﻲ) .در ﺻﻮرﺗﻲ ﻛﻪ ﻧﻤﺎﻳﻨﺪه ﺑﻬﺪاﺷﺖ ﺧﺎﻧﻮاده ﺷﻬﺮﺳـﺘﺎن ﻣﺎﻣـﺎ اﺳﺖ ﻧﻴﺎز ﺑﻪﻛﺎرﺷﻨﺎس ﻣﺎﻣﺎﻳﻲ ﻧﻴﺴﺖ  : ﺗﻴﻢ ﭘﺮﺳﺸﮕﺮي ﺑﻴﻤﺎرﺳﺘﺎن . ﻣﺘﺨﺼﺺ زﻧﺎن و زاﻳﻤﺎن ﺑﻪ ﺗﺮﻛﻴﺐ ﺗﻴﻢ ﭘﺮﺳﺸﮕﺮي ﻣﻨﺰل ﻣﺘﻮﻓﻲ اﺿﺎﻓﻪ ﻣﻲ ﺷﻮد  ﻣﺘﺨﺼﺺ زﻧﺎن ﻋﻀﻮ ﺗﻴﻢ ﭘﺮﺳﺸﮕﺮي ﺑﺎﻳﺪ ﺑﺎ ﻣﺸﻮرت ﻣﺪﻳﺮﮔﺮوه زﻧﺎن داﻧﺸـﮕﺎه اﻧﺘﺨـﺎب ﺷـﻮد و در ﺻـﻮرت اﻣﻜﺎن و ﺻﻼﺣﺪﻳﺪ، ﻫﺮ ﺳﺎل ﻳﻚ ﺑﺎر ﺑﺼﻮرت ﭼﺮﺧﺸﻲ اﻳﻦ ﻣﺴﺌﻮﻟﻴﺖ ﺑـﻪ ﺳـﺎﻳﺮ ﻣﺘﺨﺼﺼـﻴﻦ زﻧـﺎن واﮔـﺬار ﮔﺮدد

.9 ﺳﺮﻋﺖ ﺗﺸﻜﻴﻞ و رﺳﻴﺪﮔﻲ ﺗﻴﻢ ﭘﺮﺳﺸﮕﺮي اﻫﻤﻴﺖ دارد ﺗﺎ از ﻫﺮﮔﻮﻧﻪ ﻣﺨﺪوش ﺷﺪن داده ﻫـﺎي ﻻزم ﺟﻠـﻮﮔﻴﺮي ﺷﻮد و ﺑﻪ اﻋﺘﺒﺎر ﻧﺘﺎﻳﺞ ﻛﻤﻚ ﻛﻨﺪ .اﻳﻦ ﻣﻮﺿﻮع در ﭘﺎﻳﺶ ﻓﻌﺎﻟﻴﺖ اﻳﻦ ﺗﻴﻢ ﻣﻬﻢ اﺳﺖ و در ﺟﻠﺴﻪ ﻛﻤﻴﺘﻪ ﻣﺮاﻗﺒﺖ از ﻣﺮگ ﻣﺎدر ﻣﻮرد ﺑﺮرﺳﻲ ﻗﺮار ﻣﻲ ﮔﻴﺮد.

.10 ﺗﻴﻢ ﭘﺮﺳﺸﮕﺮي ﺑﺎﻳﺪ ﺣﺘﻤﺎ ﺑﻪ دﺳﺘﻮر رﻳﺎﺳﺖ داﻧﺸﮕﺎه و از داﻧﺸﮕﺎه ﺑﻪ ﺷﻬﺮﺳﺘﺎن اﻋﺰام ﺷﻮد .اﺑﻼغ اﻋﻀﺎي ﺗﻴﻢ ﭘﺮﺳﺸﮕﺮي ﺗﻮﺳﻂ رﺋﻴﺲ داﻧﺸﮕﺎه ﺻﺎدر ﻣﻲ ﮔﺮدد ﺗﺎ اﻟﺰام ﻗﺎﻧﻮﻧﻲ ﺑﺮاي ﺟﻠﺐ ﻫﻤﻜـﺎري و ﭘﺎﺳـﺨﮕﻮﻳﻲ ﺑﺨـﺶ ﻫﺎي ﻣﺨﺘﻠﻒ ﺑﺎ آﻧﺎن ﻓﺮاﻫﻢ ﮔﺮدد.

.11 ﻗﺪر ت اﻳﻦ اﻓﺮاد ﻋﻼوه ﺑﺮ ﺗﻮاﻧﻤﻨﺪي ﻫﺎي ﻋﻠﻤﻲ، ﺑﺎﻳﺴﺘﻲ ارﺗﺒﺎﻃﺎت ﺑﺮاي ﭘﺮس و ﺟﻮي ﻻزم و ﺑﺮرﺳﻲ ﻫﻤﻪ ﺟﺎﻧﺒﻪ داﺷﺘﻪ ﺑﺎﺷﻨﺪ.

.12 در ﺻﻮرت ﺗﺸﺨﻴﺺ ﻛﻤﻴﺘﻪ ﻣﺮگ ﻣﺎدران داﻧﺸﮕﺎه) اﻋﻢ از ﻗﺒـﻞ و ﻳـﺎ ﺑﻌـﺪ از ﭘﺮﺳﺸـﮕﺮي (ﺑـﺮ ﺣﺴـﺐ ﻣـﻮرد و اﻣﻜﺎﻧﺎت ﻧﻴﺮوي اﻧﺴﺎﻧﻲ داﻧﺸﮕﺎه ﻣﻲ ﺗﻮان ﺑﻪ اﻳﻦ ﺗﺮﻛﻴﺐ ﻓﺮد دﻳﮕﺮي را اﺿﺎﻓﻪ ﻛﻨﻨﺪ .ﺑﻪ ﻋﻨﻮا ن ﻣﺜـﺎل ﻣﺘﺨﺼـﺺ ﻗﻠﺐ، ﺑﻴﻬﻮﺷﻲ و ... . ﻣﻌﻬﺬا ﺗﻮﺻﻴﻪ ﻣﻲ ﺷﻮد ﺣﺘﻲ اﻻﻣﻜﺎن ﺗﻌﺪاد اﻋﻀﺎي ﺗﻴﻢ ﭘﺮﺳﺸﮕﺮي ﻣﺤﺪود ﺑﺎﺷﺪ

.13 ﻻزم اﺳﺖ ﻳﻚﺗﺼﻮﻳﺮ از ﭘﺮﺳﺸﻨﺎﻣﻪ در ﺷﻬﺮﺳﺘﺎن ﻣﺮﻛﺰ ﺑﻬﺪاﺷﺖ ﺑﺎﻳﮕﺎﻧﻲ ﺷﻮد

.14 ﺗﻴﻢ ﭘﺮﺳﺸﮕﺮي ﭘﺮﺳﺸﻨﺎﻣﻪ را ﺟﻬﺖ ﺑﺮرﺳﻲ ﺑﻪ ﺑﺮﮔﺰاري ﻣﺴﺌﻮل ﻛﻤﻴﺘﻪ ﻛـﺎﻫﺶ ﻣـﺮگ و ﻣﻴـﺮ ﻣـﺎدران ﺗﺤﻮﻳـﻞ ﻣﻲدﻫﺪ .15 ﻣﺘﻮﻟﻲ ﺑﺮﮔﺰاري ﻛﻤﻴﺘﻪ داﻧﺸﮕﺎﻫﻲ ﻣﺮگ ﻣﺎدر درﻣﺎن ﻣﻌﺎوﻧﺖ ﻣﻲ ﺑﺎﺷﺪ ﻓﻮاﺻﻞ زﻣﺎن ﺗﺸﻜﻴﻞ ﻛﻤﻴﺘـﻪ داﻧﺸـﮕﺎﻫﻲ ﻣﻄﺎﺑﻖ ﮔﺮدش ﻛﺎر ذﻛﺮ ﺷﺪه ﻳﻌﻨﻲ 2ﻫﻔﺘﻪ ﭘﺲ از اﺗﻤﺎم ﭘﺮﺳﺸﮕﺮي ﻣﻲ ﺑﺎﺷﺪ

.16 اﻋﻀﺎء داﻧﺸﮕﺎﻫﻲ ﻛﻤﻴﺘﻪ ﺷﺎﻣﻞ اﺳﺖ اﻓﺮاد زﻳﺮ :  اﻋﻀﺎء ﺛﺎﺑﺖ :رﺋﻴﺲ داﻧﺸﮕﺎه، ﻣﻌﺎون ﺑﻬﺪاﺷﺘﻲ، ﻣﻌﺎون درﻣﺎن، ﻣﻌﺎون آﻣﻮزﺷﻲ، ﻣﺪﻳﺮ ﮔﺮوه زﻧﺎن و زاﻳﻤﺎن، ﺗﻴﻢ ﭘﺮﺳﺸﮕﺮي) ﻣﺘﺨﺼﺺ زﻧﺎن و زاﻳﻤﺎن، ﻛﺎرﺷﻨﺎس ﺳﻼﻣﺖ ﻣﺎدران ﻣﻌﺎوﻧﺖ ﺑﻬﺪاﺷـﺖ و ﻣﻌﺎوﻧـﺖ درﻣـﺎن ﻣـﺪﻳﺮﮔﺮوهﺑﻬﺪاﺷﺖ ﺧﺎﻧﻮاده در ﺻﻮرﺗﻲ ﻛﻪ ﺑﻪ دﻟﻴﻞ ﺗﺮاﻛﻢ و ﻣﺸﻐﻠﻪ ﻛﺎري اﻣﻜﺎن ﺣﻀﻮر رﻳﻴﺲ داﻧﺸﮕﺎه در ﻫﻤـﻪ ﺟﻠﺴﺎت وﺟﻮد ﻧﺪارد ﻓﺮد ﺑﺎﻳﺪ ﺟﻠﺴﻪ ﺑﺎ ﺣﻀﻮر ﺳﺎﻳﺮ اﻋﻀﺎ و ﺟﺎﻳﮕﺰﻳﻦ اﻳﺸﺎن ﺷﺎﻣﻞ ﻣﺸـﺎور ﻳـﺎ ﻧﻤﺎﻳﻨـﺪه ﺗـﺎم اﻻﺧﺘﻴﺎر ﺗﺸﻜﻴﻞ و ﻣﺼﻮﺑﺎت در ﺟﻠﺴﻪ ﻫﻴﻴﺖ رﻳﻴﺴﻪ داﻧﺸﮕﺎه ﺑﻪ اﻃﻼع اﻳﺸﺎن رﺳﺎﻧﺪه ﺷﻮد .  : اﻋﻀﺎء ﻣﻮﻗﺖ) اﻋﻀﺎي ﺗﻴﻢ ﭘﺮﺳﺸﮕﺮي از ﺷﻬﺮﺳﺘﺎﻧﻲ ﻛﻪ ﻣﺮگ ﻣﺎدري رخ داده ﻣﺪﻳﺮ ﺷـﺒﻜﻪ ،ﻧﻤﺎﻳﻨـﺪه ﺑﻬﺪاﺷـﺖ ﺧﺎﻧﻮاده درﻣﺎن و ﻧﻤﺎﻳﻨﺪه ﻣﻌﺎوﻧﺖ ﺷﻬﺮﺳﺘﺎن ( ﺳﺎﻳﺮاﻓﺮاد ﺑﺎ ﺗﻮﺟﻪ ﺑﻪ ﻣﻮرد و ﻣﺤﻞ ﻣﺮگ ﻣﺸـﺨﺺ ﻣـﻲ ﮔـﺮدد ﻛﻪ ﻣﻮارد ﭘﻴﺸﻨﻬﺎدي ﻋﺒﺎرﺗﻨﺪ از :ﻣﺪﻳﺮﮔﺮوه پرﺳﺘﺎري و ﻣﺎﻣﺎﻳﻲ، ﻣـﺪﻳﺮ ﮔـﺮوه ﺑﻴﻬﻮﺷـﻲ ، رﺋـﻴﺲ ﺑﻴﻤﺎرﺳـﺘﺎن و ﺳﺎﻳﺮ اﻓﺮاد) ﺑﺪﻳﻬﻲ اﺳﺖ اﻋﻀﺎء ﻣﻮﻗﺖ ﺑﺎ ﺗﻮﺟﻪ ﺑﻪ ﻧﻴﺎز ﺗﻐﻴﻴﺮ ﻣﻲ ﻛﻨﻨﺪ ( ﻧﻜﺘﻪ:در داﻧﺸﮕﺎه ﺻﻮرت ﺻﻼﺣﺪﻳﺪ و ﺑﺮ ﺣﺴﺐ ﺷﺮاﻳﻂ ﻛﻤﻴﺘه هﺎي ﻓﺮﻋﻲ ﻗﺒﻞ از ﻛﻤﻴﺘﻪ داﻧﺸﮕﺎﻫﻲ ﺑﻪ ﻗـﺮار زﻳـﺮ ﺗﺸـﻜﻴﻞ ﻣﻲ ﺷﻮد وﻟﻲ ﺗﻤﺎم ﻣﺮﮔﻬﺎ ﺑﺎﻳﺪ در ﻛﻤﻴﺘﻪ داﻧﺸﮕﺎﻫﻲ ﻧﻴﺰ ﻣﻄﺮح و ﺑﺮرﺳﻲ ﺷﻮﻧﺪ  ﻛﻤﻴﺘﻪ ﺑﻴﻤﺎرﺳﺘﺎﻧﻲ : ﺑﺮاي ﻣﺮﮔﻬﺎﻳﻲ ﻛﻪ در ﺑﻴﻤﺎرﺳﺘﺎن رخ داده ﺑﺎ ﺣﻀﻮر ﻣﺴﺌﻮﻟﻴﻦ ﺑﻴﻤﺎرﺳـﺘﺎن و ﻛـﺎدر درﻣـﺎﻧﻲ ﻣﺘﻮﻓﻲ در زﻳﺮ ﻣﺠﻤﻮﻋﻪ ﻛﻤﻴﺘﻪ ﻣﺮگ ﺑﻴﻤﺎرﺳﺘﺎﻧﻲ  ﻛﻤﻴﺘﻪ ﺑﻬﺪاﺷﺘﻲ :ﺑﺮاي ﻣﺮﮔﻬﺎﻳﻲ ﻛﻪ ﺑﻪ ﻋﻠﺖ ﻋﺪم دﺳﺘﺮﺳﻲ ﺑﻪ ﺧﺪﻣﺎت ﻳﺎ ﻧﺎ آﮔﺎﻫﻲ و ﺑﻲ ﺗﻮﺟﻬﻲ ﻣﺎدر و ﺧـﺎﻧﻮاده در ﺧﺎرج از ﺑﻴﻤﺎرﺳﺘﺎن رخ داده اﺳﺖ

.17 اﻋﻀﺎيﻛﻤﻴﺘﻪ ﭘﺲ از ﻣﻄﺎﻟﻌﻪ ﭘﺮﺳﺸﻨﺎﻣﻪ، ﻻزم اﺳﺖ ﻋﻮاﻣﻞ ﻗﺎﺑﻞ ﭘﻴﺸﮕﻴﺮي را ﺷﻨﺎﺳﺎﻳﻲ وﺳﭙﺲ ، ﻧـﻮع ﻣﺪاﺧﻠـﻪ ﺳﻄﺢ ﻣﺪاﺧﻠﻪ ﻛﻨﻨﺪه و ﺳﻘﻒ زﻣﺎﻧﻲ ﺑﺮاي ﻣﺪاﺧﻠﻪ اﺟﺮاي را ﻣﺸﺨﺺ ﻧﻤﻮده و ﻧﺴﺒﺖ ﺑﻪ ﺗﻜﻤﻴـﻞ ﻓـﺮم ﺷـﻤﺎره 8 اﻗﺪامﻧﻤﺎﻳﻨﺪ و ﭘﺲ ﺧﻮراﻧﺪ ﻻزم ﺟﻬﺖ ارﺳﺎل ﺑﻪ ﺳﻄﻮح ﻣﺮﺑﻮﻃﻪ ﻧﻴﺰ ﺑﺎﻳﺪ ﺗﻬﻴﻪ و ﺑـﻪ اﻣﻀـﺎء رﻳﺎﺳـﺖ داﻧﺸـﮕﺎه ﺟﻬﺖ اﺟﺮا ارﺳﺎل ﮔﺮدد . ﻫﻤﭽﻨﻴﻦ، زﻣﺎن ﺑﻨﺪي و ﻧﺤﻮه اراﻳﻪ ﮔﺰارش ﻫﺎي ﻣﻴﺎﻧﻲ و ﻧﻬﺎﻳﻲ و ﺷﺎﺧﺺ ﻫﺎي ﭘـﺎﻳﺶ و ارزﺷﻴﺎﺑﻲ ﻣﺪاﺧ ﻠﻪ اﺟﺮا ﺷﺪه، ﻣﺴﺌﻮﻟﻴﻦ اﺟـﺮاي ﭘـﺎﻳﺶ و ارزﺷـﻴﺎﺑﻲ و ﻧﺤـﻮه ﭘـﺎﻳﺶ و ارزﺷـﻴﺎﺑﻲ ﺑﺮاﺳـﺎس ﺷﺎﺧﺺ ﻫﺎ ﺑﺎﻳﺪ در ﻛﻤﻴﺘﻪ ﺑﺮرﺳﻲ ﻣﺮگ ﻣﺎدري ﺗﻌﻴﻴﻦ ﺷﻮد.

.18 اﻋﻀﺎي ﻛﻤﻴﺘﻪ ﭘﺮﺳﺸﮕﺮي ، ﻋﻤﻠﻜﺮد ﺗﻴﻢ راﺑﺮاﺳﺎس اﻃﻼﻋﺎت ﺟﻤـﻊ آوري ﺷـﺪه در ﭘﺮﺳﺸـﻨﺎﻣﻪ ارزﻳـﺎﺑﻲ ﻛـﺮده و ﭘﺴﺨﻮراﻧﺪ ﺣﺎﺻﻞ از ارزﻳﺎﺑﻲ را در ﻓﺮآﻳﻨﺪ ﺗﺸﻜﻴﻞو اﻋﺰام ﺗﻴﻢ ﻫﺎي ﺑﻌﺪي اﻋﻤﺎل ﻧﻤﺎﻳﻴﺪ

.19ﺟﺪول ﻓﻌﺎﻟﻴﺖ ﺗﻔﺼﻴﻠﻲ ﻣﺪاﺧﻼت ﻃﺮاﺣﻲ ﺷﺪه در ﻛﻤﻴﺘﻪ ﻓﺮم 10 ﺑﺎﻳﺪ در اﺳﺮع وﻗﺖ ﺑﻪ ﺳﻄﻮح ﻣﺮﺑﻮﻃـﻪ اﺑـﻼغ ﺷﻮد .

.20 ﻫﺮﺳﻄﺤﻲ ﻛﻪ ﻣﺘﻮﻟﻲ رﻓﻊ ﻣﺸﻜﻞ ﺷﻨﺎﺧﺘﻪ ﻣﻲ ﺷﻮد ﺑﺎﻳﺪ ﭘﺮوﺗﻜﻞ اﺟﺮاﻳﻲ ﻣﺪاﺧﻠﻪ را ﺑﺎ ﻣﺸﺨﺺ ﻛﺮدن ﻣﺠﺮي ﻳـﺎ ﻣﺠﺮﻳﺎن اﺻﻠﻲ ﺑﺮﻧﺎﻣﻪ در ﻣﻮﻋﺪ ﻣﻘﺮر ﺑﻪ ﻛﻤﻴﺘﻪ ﺗﺤﻮﻳـﻞ دﻫـﺪ ﭼﻨﺎﻧﭽـﻪ ﻣـﺮگ در ﺑﻴﻤﺎرﺳـﺘﺎن رخ داده، ﻣﻌـﺎون درﻣﺎن داﻧﺸﮕﺎه ﻳﺎ ﻣﺪﻳﺮ درﻣﺎن و در ﺳﺎﻳﺮ ﻣﻮارد ﻣﻌﺎون ﺑﻬﺪاﺷﺘﻲ ﻳﺎ ﮔﺮوه ﻣﺪﻳﺮ ﺑﻬﺪاﺷـﺖ ﺧـﺎﻧﻮاده داﻧﺸـﮕﺎه ﻣﺘﻮﻟﻲ ﭘﻴﮕﻴﺮي اﻳﻦ اﻣﺮ و ﻧﻈﺎرت ﺑﺮ اﺟﺮاي ﻣﺪاﺧﻠﻪاﺳﺖ ﮔﺰارش ﭘﻴﺸﺮﻓﺖ و ﻧﺘﺎﻳﺞ ﻣﺪاﺧﻠﻪ ﻣﻲ ﺑﺎﻳﺪ ﻃﺒﻖ ﺑﺮﻧﺎﻣﻪ زﻣ.ﺎن ﺑﻨﺪي ﺷﺪه ﺑﻪ دﻓﺘﺮ رﻳﺎﺳﺖ داﻧﺸﮕﺎه ارﺳﺎل ﺷﻮد

.21 در ﺻﻮرﺗﻲ ﻛﻪ ﭘﺲ از ﺑﺮرﺳﻲ ﻣﺸﺨﺺ ﺷﻮد ﻛﻪ ﻳﻜﻲ از ﺳﻄﻮح ﻣﺪاﺧﻠﻪ ﻛﻨﻨﺪه ﺳﺘﺎد ﻣﺮﻛﺰي اﺳﺖ ﻣﺮاﺗـﺐ ﺑﺎﻳـﺪ ﺑﻪ اداره ﺳﻼﻣﺖ ﻣﺎدران ﮔﺰارشﮔﺮدد .22 در ﻃﻮل اﺟﺮا ﺑﺮﻧﺎﻣﻪ ﺑﺎﻳﺪ ﻣﻮرد ﭘﺎﻳﺶ و ارزﺷﻴﺎﺑﻲ ﮔﻴﺮد ، (ﻣﻄﺎﺑﻖ ﻧﻈﺎم ﭘﺎﻳﺶ و ارزﺷﻴﺎﺑﻲ ﻛﻪ توﺿﻴﺢ داده ﺧﻮاﻫﺪ ﺷﺪ) (ﺷﻮد ﺗﺎ ﻣﻴﺰان ﻣﻮﻓﻘﻴﺖ و ﻧﻘﺎط ﺿﻌﻒ اﺣﺘﻤﺎﻟﻲ آن ﻣﺸﺨﺺ شود. در ﺻـﻮرت وﺟـﻮد ﻣﺸـﻜﻞ در اﺟـﺮا، ﻋﻠﺖ آن ﺑﺮرﺳﻲ ودر ﺟﻬﺖ رﻓﻊ آن ﺑﺮﻧﺎﻣﻪ رﻳﺰي ﺷﻮد ﺗﺎ در ﻧﻬﺎﻳﺖ ﻧﺘﻴﺠـﻪ ﻣﻄﻠـﻮب ﺣﺎﺻـﻞ ﮔـﺮدد ﻧﺘـﺎﻳﺞ ﺑـﻪ دﺳﺖ آﻣﺪه از ﭘﺎﻳﺶ و ارزﺷﻴﺎﺑﻲ ﻣﺪاﺧﻠﻪ ﻣﻲ ﺑﺎﻳﺪ ﺗﻮﺳﻂ ﻛﻤﻴﺘﻪ ﺑﺮرﺳﻲ ﻣﺮگ ﻣﺎدران در ﻓﺮم 10وارد ﺷﻮد.

23 . در ﺻﻮرﺗﻲ ﻛﻪ ﻧﺘﻴﺠﻪ ﻣﺪاﺧﻼت اﺛﺮ ﺑﺨﺶ ﻧﺒﺎﺷﺪ ﻛﻤﻴﺘﻪ راﻫﻜﺎر دﻳﮕﺮي ﺑﻪ ﺳﻄﻮح ﻣﺮﺑﻮﻃﻪ اﺑﻼغ ﻣﻲ ﻛﻨﺪ.

.24 ﻧﺘﻴﺠﻪ ﻣﺪاﺧﻼت اﻧﺠﺎم ﺷﺪه ارزﺷﻴﺎﺑﻲ ﻫﻤﺮاه ﺑﺎ ﻧﺘﺎﻳﺞ ﺣﺎﺻﻞ از ﭘﺎﻳﺶ و در ﭘﺎﻳﺎن ﻫﺮ ﻓﺼـﻞ ﺑﺎﻳـﺪ ﺗﻮﺳـﻂ دﺑﻴـﺮ ﻛﻤﻴﺘﻪ ﻛﺎﻫﺶ ﻣﺮگ و ﻣﻴﺮ ﻣﺎدران درﺟﻠﺴﻪ ﺧﻮاﻧﺪه ﺷﻮد

.25 در ﭘﺎﻳﺎن ﻧﻴﻤﻪ اول و دوم ﺳـﺎل، ﻓـﺮم ﻫـﺎي ﺷـﻤﺎره 7و 8و 9 و ، 10 ، 11 ، 12 » ﭘﺮﺳﺸـﻨﺎﻣﻪ و ﺟـﺪول اﻃﻼﻋـﺎت « اﺳﺘﺨﺮاج ﺷﺪه از ﭘﺮﺳﺸﻨﺎﻣﻪ ﻣﺮگ ﻣﺎدر ﺑﻪ ﻓﺮﻣﺖ اﻛﺴﻞ و ﺻﻮرت ﺟﻠﺴـﺎت ﻛﻤﻴﺘـﻪ ﻫـﺎي داﻧﺸـﮕﺎﻫﻲ ﺑﺎﻳـﺪ ﺑـﻪ اداره ﺳﻼﻣﺖ ﻣﺎدران ارﺳﺎل ﺷﻮد .ﭼﻨﺎﻧﭽﻪ ﻃﻲ ﻫﺮ ﻧﻴﻤﻪ، ﻣﻮرد ﻣﺮگ ﻣﺎدر اﺗﻔـﺎق ﻧﻴﻔﺘـﺎد ﺑﺎﺷـﺪ، ارﺳـﺎل ﻧﺎﻣـﻪ ﻣﺒﻨﻲ ﺑﺮ ﻋﺪم وﻗﻮع ﻣﺮگ ﻣﺎدر(ﮔﺰارش ﺻﻔﺮ )اﻟﺰاﻣﻲ اﺳﺖ.

.26 ارزﻳﺎﺑﻲ ﻋﻤﻠﻜﺮد ﻛﻤﻴﺘﻪ ﻫﺎي ﻛﺎﻫﺶ ﻣﺮگ و ﻣﻴـﺮ ﻣـﺎدران در داﻧﺸـﮕﺎﻫﻬﺎ و ارزﻳـﺎﺑﻲ ﻛﻠـﻲ ﻧﻈـﺎم ﻣﺮاﻗﺒـﺖ ﻣـﺮگ ﻣﺎدري در اداره ﺳﻼﻣﺖ ﻣﺎدران اﻧﺠﺎم ﻣﻲ ﮔﻴﺮد .

**ﻧﻜﺎت ﻣﻬﻢ در ﻣﻮرد ﺗﻜﻤﻴﻞ ﻓﺮم ﮔﺰارش ﻓﻮري**

ﺑﻪ ﻣﻨﻈﻮرﺑﺎﻻ ﺑﺮدن دﻗﺖ و ﭘﻴﺸﮕﻴﺮي از ﻛﻢ ﺷﻤﺎري و ﺟﻤﻊ آوري ﺑﻪ روز آﻣﺎر ﺗﻮﺟﻪ ﺑﻪ ﻧﻜﺎت زﻳﺮ ﺿﺮوري اﺳﺖ

.1 ﺗﻤﺎم ﻣﻮارد ﻣﺮگ ﻣﺎدر از زﻣـﺎن ﺑـﺎرداري ﺗـﺎ 42روز ﭘـﺲ از زاﻳﻤـﺎن ‐Related Death Pregnancy (ﺑﺎﻳـﺪ ﮔﺰارش ﺷﻮﻧﺪ .ﺑﻨﺎﺑﺮاﻳﻦ ﺗﻤﺎم ﻣﻮارد ﻣﺮگ ﻣﻮارد ﺑﺎﻳﺪ ﻓﻮت در اﺛﺮ ﺳﻮاﻧﺢ، ﺣﻮادث، ﻗﺘﻞ، ﺧﻮدﻛﺸﻲ و ....ﻧﻴﺰ ﮔﺰارش ﺷﻮﻧﺪ

.2 ﻣﺎدر ﺻﺮف ﻧﻈﺮ از ﺗﺎﺑﻌﻴﺖ اﻳﺮاﻧﻲ ﻳﺎ ﻏﻴﺮ اﻳﺮاﻧﻲ ﺑﺎﻳﺪ ﮔـﺰارش ﺷـﻮﻧﺪ و وﺿـﻌﻴﺖ داﺷـﺘﻦ ﻳـﺎ ﻧﺪاﺷﺘﻦ ﻛﺎرت اﻗﺎﻣﺖ آﻧﻬﺎ ﻣﺸﺨﺺ ﺷﻮد .در ﭘﺎﻳﺎن ﺳﺎل، ﻣﻮارد ﻣﺮگ ﻣﺎدران ﻏﻴﺮ اﻳﺮاﻧﻲ ﻛﻪ ﺑﺪون ﻛﺎرت اﻗﺎﻣـﺖ ﺑﻮده اﻧﺪ در ﺷﻤﺎرش ﻛﻠﻲ داﻧﺸﮕﺎه و ﻛﺸﻮر ﺑﺼﻮرت ﺟﺪاﮔﺎﻧﻪ اﻋﻼ ﺷﻮﻧﺪ ﻣﻲ شوند.

.3 در ﻣﻮرد ﻣﺮﮔﻬﺎﻳﻲ ﻛﻪ ﺑﻌﺪ از 42 روز ﭘﺲ از ﺧﺘﻢ ﺑﺎرداري رخ ﻣﻲ دﻫﻨﺪ :اﮔﺮ ﭼﻪ ﻣﺮگ ﻣـﺎدران ﺑﻌـﺪ از 42 روز ﭘﺲ از ﺧﺘﻢ ﺑﺎرداري ﻓﻌﻼ ﺑﺮاي ﻣﺤﺎﺳﺒﻪ ﻛﺸﻮري MMR ﺷﻤﺎرش ﻧﻤﻲ ﺷﻮد وﻟﻲ ﺑـﻪ ﻣﻨﻈـﻮر دﻗـﺖ و اﻃﻤﻴﻨـﺎن ﺑﻴﺸﺘﺮ در ﮔﺰارش دﻫﻲ و ﺣﺴﺎس ﺳﺎزي ﻛﺎرﻛﻨﺎن ﻣﺤﻴﻄﻲ ﺑﻬﺪاﺷﺘﻲ و درﻣﺎﻧﻲ ﻻ زم اﺳﺖﻛﻪ در ﺻﻮرت وﻗـﻮع 42 ﻓﻮت ﻣﺎدر ﭘﺲ از 42روزﺗﺎ ﻳﻚ ﺳﺎل ﺑﻌﺪ از ﺧﺘﻢ ﺑﺎرداري ﻧﻴﺰ اﻃﻼﻋﺎت در ﻟﻴﺴﺖ ﮔﺰارش ﻓﻮري وارد ﺷـﻮﻧﺪ

.4 در ﺑﺮﺧﻲ ﻣﻮرد ﺗﻄﺎﺑﻖ ﺗﺎرﻳﺨﭽﻪ ﻣﺎدر ﻓﻮت ﺷﺪه ﺑﺎ ﺗﻌﺮﻳﻒ ﻣﺮگ ﻣﺎدر اﻃﻤﻴﻨـﺎن وﺟـﻮد ﻧـﺪارد، ﻣـﺜﻼ ﻣﺮگ ﺑﻪ ﻋﻠﺖ ﺷﺮاﻳﻂ ﻳﺎ ﺑﻴﻤﺎري رخ داده ﻛﻪ ﻣﻤﻜﻦ اﺳﺖ ﺑﺎرداري و زاﻳﻤﺎن ﺑﺮ روﻧﺪ آن ﺑﻲ ﺗﺎﺛﻴﺮ ﺑـﻮده ﻳـﺎ آن را ﺗﺸﺪﻳﺪ ﻛﺮده ﺑﺎﺷﺪ(اﺑﺘﻼ ﻣﺎدر ﺑﻪ ﺗﻮﻣﻮرﻫﺎ و .... )در اﻳﻦ ﺻﻮرت ﻧﻴﺰ ﻻزم اﺳﺖ ﮔـﺰارش ﻓـﻮري ﺗﻜﻤﻴـﻞ و ﺗﻤـﺎم ﻓﻌﺎﻟﻴﺘﻬﺎي ﻧﻈﺎم ﻣﺮاﻗﺒﺖ( ﺗﻜﻤﻴﻞ ﭘﺮﺳﺸﮕﺮي )و ﺗﺸﻜﻴﻞ ﻛﻤﻴﺘﻪ و ﺑﺮرﺳﻲ اﻧﺠﺎم ﺷﻮد.در ﺻﻮرﺗﻲ ﻛﻪ از ﻧﻈﺮ کمیته دانشگاهی این مورد با تعریف مظابقت ندارد، میبایست کلیه مستندات ذکر شده در بند26 بهاداره سلامت مادران ارسال تا نظر اعضای کمیته کشوری در این مورد دریافت شود. ﺑﺪﻳﻬﻲ اﺳﺖ ﭘـﺲ از ﺑﺮرﺳـﻲ در ﺻﻮرﺗﻲ ﻛﻪ ﻣﻮر د ﻣﺮگ، در ﺷﻤﺎر ﻣﺮگ ﻣﺎدران ﻣﺤﺴﻮب ﻧﺸﻮد ﺑﻪ داﻧﺸﮕﺎه اﺑﻼغ ﺧﻮاﻫﺪ شد.

.5 دﺳﺘﺮﺳﻲ ﺑﻪ ﻓﺮم اﻟﻜﺘﺮوﻧﻴﻚ ﺑﺮاي ﻫﺮ دو ﻣﻌﺎوﻧﺖ ﺑﻬﺪاﺷﺖ و درﻣﺎن ﺗﻌﺮﻳﻒ ﮔﺮدﻳﺪه اﺳﺖ و ﺑﻪ ﻣﻨﻈـﻮر ﺑـﻪ روز رﺳﺎﻧﻲ دﻗﻴﻖ آﻣﺎر ﺿﺮوري اﺳﺖ ﻛﻪ ﻫﺮ ﻳﻚ از ﻫﻤﻜﺎران ﺑﻪ ﻣﺤﺾ اﻃﻼع از وﻗﻮع ﻓﻮت ﻓﺮم را ﺗﻜﻤﻴﻞ و ارﺳـﺎل ﻧﻤﺎﻳﻨﺪ.

**ﻧﻜﺎت ﻣﻬﻢ در ﻣﻮرد اﻧﺠﺎم ﭘﺮﺳﺸﮕﺮي و ﺗﻜﻤﻴﻞ** **ﭘﺮﺳﺸﻨﺎﻣﻪ**

.1 ﺑﺮاي ﺗﻤﺎم ﻣﻮارد ﻣﺮگ ﻣﺎدري ﻛﻪ ﻣﻄﺎﺑﻖ ﺑﺎ ﺗﻌﺮﻳﻒ ﻫﺴﺘﻨﺪ ﺻﺮف ﻧﻈﺮ از ﺗﺎﺑﻌﻴﺖ اﻳﺮاﻧﻲ و ﻏﻴﺮ اﻳﺮاﻧﻲ و داﺷﺘﻦ ﻳﺎ ﻧﺪاﺷﺘﻦ ﻛﺎرت اﻗﺎﻣﺖ ﺑﺎﻳﺪ ﭘﺮﺳﺸﮕﺮي اﻧﺠﺎم ﺷﻮد

.2 ﺑﺎ ﺗﻮﺟﻪ ﺑﻪ 20 ﻣﻮارد ذﻛﺮ ﺷﺪه و راﻫﻨﻤﺎي ﺑﻬﺪاﺷﺖ ﺳﺎزﻣﺎن ﺟﻬﺎﻧﻲ و ﻋﻮاﻣﻞ اﻫﻤﻴﺖ اﺟﺘﻤﺎﻋﻲ و رواﻧﻲ ﻣﻮﺛﺮ ﺑﺮ ﺳﻼﻣﺖ ﻛﺸﻮري و ﻃﺒﻖ ﺗﺼﻤﻴﻢ ﻛﻤﻴﺘﻪ ﻣﺮگ ﻣﺎدر ، ﻃﻲ ﺑﺎرداري و ﭘﺲ از زاﻳﻤﺎن دﻟﻴﻞ ﺑﻪ ﺧﻮدﻛﺸﻲ و آﺳﻴﺐ ﺑﻪ ﺧﻮد، ﺑﻪ ﻫﺮ ﻃﺮﻳﻖ و اي ﺑﻪ ﻫﺮ دﻟﻴﻞ زﻣﻴﻨﻪ ﺗﻌﺮﻳﻒ ﻣﻄﺎﺑﻖ ﺑﺎ ﻣﺮگ ﻣﺎدران اﺳﺖ و ﺑﺎﻳﺪﭘﺮﺳﺸﻨﺎﻣﻪ ﺑﺮاي آن ﺗﻜﻤﻴﻞ ﺷﻮد .

.3 ﻃﺒﻖ ﭘﺎﺳﺦ ﻣﻜﺎﺗﺒﻪ دﻓﺘﺮ ﻧﻤﺎﻳﻨﺪﮔﻲ ﺳﺎزﻣﺎن ﺟﻬﺎﻧﻲ ﺑﻬﺪاﺷﺖ در اﻳﺮان، ﻣﺮگ ﻣﺎدر ﺑﻪ دﻟﻴﻞﻗﺘﻞ ﺑﻪ دﻧﺒﺎل ﻋﻮاﻣﻞ زﻣﻴﻨﻪ اي زﻳﺮ ﺟﺰء ﻣﺮگ ﻣﺎدران ﻣﺤﺴﻮب ﻣﻲ ﺷﻮد و ﺑﺎﻳﺪ ﭘﺮﺳﺸﮕﺮي ﺑﺮاي آن اﻧﺠﺎم ﺷﻮد ﺑﺎرداري ﻧﺎﻣﺸﺮوع ﻳﺎ ﻧﺎﺧﻮاﺳﺘﻪ، اﻃﻼع از ﺟﻨﺴﻴﺖ ﺟﻨﻴﻦ ﻳﺎ وﺟﻮد ﺑﺎرداري ﻫﺮ راﺑﻄﻪ ﻋﻠﻴﺘﻲ ﺑﺎ بارداری

.4 در ﻣﻮرد ﻣﺮﮔﻬﺎﻳﻲ ﻛﻪ بعد از 42 روز ﭘﺲ از ﺧﺘﻢ ﺑﺎرداري رخ ﻣﻲ دﻫﻨﺪ :اﮔﺮ ﭼﻪ ﻣﺮگ ﻣـﺎدران ﺑﻌـﺪ از 42 روز ﭘﺲ از ﺧﺘﻢ ﺑﺎرداري MMR ﻓﻌﻼ ﺑﺮاي ﻣﺤﺎﺳﺒﻪ ﻛﺸﻮري ﺷﻤﺎرش ﻧﻤﻲ ﺷﻮد وﻟﻲ ﺑـﻪ ﻣﻨﻈـﻮر ﺑﺮرﺳـﻲ ﻋﻮاﻣـﻞ ﻗﺎﺑﻞ اﺟﺘﻨﺎب ﺑﻬﺘﺮ اﺳﺖ ﻛﻪ در ﺻﻮرت وﻗﻮع ﻓﻮت ﻣﺎدر ﭘﺲ از 42 روزﺗﺎ ﻳﻚ ﺳﺎل ﺑﻌﺪ از ﺧـﺘﻢ ﺑـﺎرداري ﻧﻴـﺰ ﭘر ﺷﻮد پرﺳﺸﮕﺮي اﻧﺠﺎم شود.5 در ﺻﻮرﺗﻲ ﻛﻪ ﻣﺮگ ﺑﻪ علت اﺗﻮﻣﻮﺑﻴﻞ ﺗﺼﺎدف ﻳﺎ ﺳﺎﻳﺮ ﺣﻮادث ﻳﺎ ﺳﻮاﻧﺢ ﻣﻨﺠﺮ ﺑﻪ ﻓﻮت ﻣﺎﻧﻨﺪ ﺳﻘﻮط از ارﺗﻔﺎع ﺳﻮﺧﺘﮕﻲ ﺣﺎدﺛﻪ ، ﺑﻪ دﻟﻴﻞ، ... ﻗﺘﻞ ﻏﻴﺮ از ﻣﻮارد ذﻛﺮ ﺷﺪه در ﺑﻨﺪ3 رخ داده ﺑﺎﺷﺪ ﻧﻴﺎزي ﺑﻪ ﭘﺮﺳﺸﮕﺮي وﺟﻮد ﻧﺪارد اﺳﺖ و ﻓﻘﻂ ارﺳﺎل ﮔﺰارش ﻓﻮري ﻛﺎﻓﻲ است.

ﻧﻜﺘﻪ :در ﺻﻮرﺗﻲ ﻛﻪ ﻋﻼوه ﺑﺮ ﻋﻮارض ﺳﺎﻧﺤﻪ ﻳﺎ زاﻳﻤﺎن ﺣﺎدﺛﻪ ﺑﻴﻤﺎر دﭼﺎر ﻳﻜﻲ از ﻋﻮارض ﺑﺎرداري ﻳﺎ ﻣﺜﻼ آﻣﺒﻮﻟﻲ ﻳﺎ... ﺷﺪه و ﺑﻪ ﻫﻤﺎن دﻟﻴﻞ ﺷﻮد ﻓﻮت ﻧﻤﻮده، ﻣﺮگ وي در ﺷﻤﺎر ﻣﺮگ ﻣﺎدران ﻣﺤﺴﻮب و ﺑﺎﻳﺪ ﭘﺮﺳﺸﮕﺮي ﺑﺮاي وي اﻧﺠﺎم ﺷﻮد

**ﻧﻜﺎت ﻣﻬﻢ در ﻣﻮرد در ﻣﺮﮔﻬﺎي ﻗﺎﺑﻞ ﺑﺮرﺳﻲ در ﻛﻤﻴﺘﻪ**

.1 ﺑﺮاي ﺗﻤﺎم ﻣﻮارد ﻣﺮگ ﻣﺎدري ﻛﻪ ﻣﻄﺎﺑﻖ ﺑﺎ ﺗﻌﺮﻳﻒ ﻫﺴﺘﻨﺪ ﺻﺮف ﻧﻈﺮ از ﺗﺎﺑﻌﻴﺖ اﻳﺮاﻧﻲ و ﻏﻴﺮ اﻳﺮاﻧﻲ و داﺷﺘﻦ ﻳﺎ ﻧﺪاﺷﺘﻦ ﻛﺎرت اﻗﺎﻣﺖ ﺑﺎﻳﺪ ﻛﻤﻴﺘﻪ ﺗﺸﻜﻴﻞ و ﻋﻮاﻣﻞ ﻗﺎﺑﻞ اﺟﺘﻨﺎب ﻣﻮرد ﺑﺮرﺳﻲ ﻗﺮار ﺑﮕﻴﺮﻧﺪ.

.2 اﮔﺮ ﭼﻪ ﻣﺮگ ﻣﺎدران ﺑﻌﺪ از 42 روز ﭘﺲ از ﺧﺘﻢ ﺑﺎرداري MMR ﻓﻌﻼ ﺑﺮاي ﻣﺤﺎﺳﺒﻪ ﻛﺸﻮريﺷﻤﺎرش ﻧﻤﻲ ﺷﻮد وﻟﻲ ﺑﻪ ﻣﻨﻈﻮر ﺑﺮرﺳﻲ ﻋﻮاﻣﻞ ﻣﻮﺛﺮ و ﺣﺴﺎس ﺳﺎزي ﻛﺎرﻛﻨﺎن ﻣﺤﻴﻄﻲ ﺑﻬﺪاﺷﺘﻲ و درﻣﺎﻧﻲ ﺑﻬﺘﺮ اﺳﺖ ﻛﻪ در ﺻﻮرت وﻗﻮع ﻓﻮت ﻣﺎدر ﭘﺲ از 42 روز ﺗﺎ ﻳﻚ ﺳﺎل ﺑﻌﺪ از ﺧﺘﻢ ﺑﺎرداري ﻧﻴﺰ ﭘﺮﺳﺸﻨﺎﻣﻪ در ﻛﻤﻴﺘﻪ ﺑﺮرﺳﻲ ﺷﻮد.3

در ﺻﻮرﺗﻲ ﻛﻪ ﻣﺮگ ﺑﻪ ﻋﻠﺖ ﺗﺼﺎدف اﺗﻮﻣﻮﺑﻴﻞ ﻳﺎ ﺳﺎﻳﺮ ﺣﻮادث ﻳﺎ ﻣﻨﺠﺮ ﺑﻪ ﻓﻮت ﻣﺎﻧﻨﺪ ﺳﻘﻮط از ارﺗﻔﺎع ﺳﻮﺧﺘﮕﻲ، ﻗﺘﻞﻏﻴﺮ از ﻣﻮارد ذﻛﺮ ﺷﺪه در ﺑﻨﺪ 3 پرسشگری، و ... رخ داده ﺑﺎﺷﺪ ﻧﻴﺎزي ﺑﻪ ﺑﺮرﺳﻲ در ﻛﻤﻴﺘﻪ وﺟﻮد ندارد.

**ﻧﻜﺎت ﻣﻬﻢ در ﻣﻮرد ﻣﺮﮔﻬﺎﻳﻲ ﻛﻪ ﻣﺤﻞ ﺳﻜﻮﻧﺖ و ﻓﻮت در ﻣﻨﻄﻘﻪ ﺗﺤﺖ ﭘﻮﺷﺶ دو داﻧﺸﮕﺎه/داﻧﺸﻜﺪه ﺟﺪا از ﻫﻢ ﻫﺴﺘﻨﺪ**

1 در ﺻﻮرﺗﻲ ﻛﻪ ﻫﺮ ﻣﺎدر ﺑﺎرداري ﻓﻮت ﻛﻨﺪ، ﻣﺮگ وي ﺟﺰء ﻣﺮﮔﻬﺎي داﻧﺸﮕﺎﻫﻲ ﻣﺤﺴﻮب ﻣﻲ ﺷﻮد ﻛﻪ ﺷﻬﺮﺳﺘﺎن ﻣﺤﻞ ﺳﻜﻮﻧﺖ وي ﺗﺤﺖ ﭘﻮﺷﺶ آن داﻧﺸﮕﺎه ﺑﻮده) داﻧﺸﮕﺎه ﻣﺤﻞ ﻓﻮت، ﻣﻌﻴﺎر ﺷﻤﺎرش ﻧﻤﻲ ﺑﺎﺷﺪ

( ﻧﻜﺘﻪ : در ﺻﻮرﺗﻲ ﻛﻪ ﻣﺎدر ﻣﺤﻞ ﺳﻜﻮﻧﺖ ﺛﺎﺑﺘﻲ ﻧﺪاﺷﺘﻪ و ﺑﻪ ﻫﺮ ﺻﻮرت ﺑﻴﻦ ﻣﻨﺎﻃﻖ ﺗﺤﺖ ﭘﻮﺷﺶ دو ﻳﺎ ﭼﻨﺪ داﻧﺸﮕﺎه در ﺗﺮدد ﺑﻮده) ﺟﻤﻌﻴﺖ ﻋﺸﺎﻳﺮ و ﻛﻮچ ﻧﺸﻴﻦ، ﻛﺎرﮔﺮ ﻓﺼﻠﻲ ﻳﺎ... ﻣﺮگ وي ﺟﺰء ﻣﺮگ داﻧﺸﮕﺎﻫﻲ ﻣﺤﺴﻮب ﻣﻲ ﺷﻮد ﻛﻪ در ﻃﻮل دوران ﺑﺎرداري ﺗﺎ ﻓﻮت. ﺑﻴﺸﺘﺮﻳﻦ ﻣﺪت اﻗﺎﻣﺖ را در آن ﻣﺤﻞ داﺷﺘﻪ اﺳﺖ

2 ﺑﺮاي اﻧﺠﺎم ﻓﻌﺎﻟﻴﺘﻬﺎي ﻧﻈﺎم ﻣﺮاﻗﺒﺖ ﺑﻪ ﺷﺮح زﻳﺮ اﻗﺪام ﺷﻮد:

- ﮔﺰارش ﻓﻮري :ﮔﺰارش ﻓﻮري ﺗﻮﺳﻂ ﻛﺎرﺷﻨﺎس ﻣﺤﺘﺮم ﺑﻬﺪ اﺷﺖ ﻳﺎ درﻣﺎن ﻫﺮ داﻧﺸﮕﺎﻫﻲ ﻛﻪ از وﻗﻮع ﻓﻮت ﻣﻄﻠﻊ ﺷﺪه اﻧﺪ(ﻣﺤﻞ ﺳﻜﻮﻧﺖ ﻳﺎ ﻣﺤﻞ ﻓﻮت ﺑﺎﻳﺪ ارﺳﺎل ﺷﻮد و ﺑﻪ ﻫﻤﻜﺎران داﻧﺸﮕﺎه دﻳﮕﺮ ﺑﺼﻮرت ﺗﻠﻔﻨﻲ ﻓﻮرا اﻃﻼع داده ﺷﻮد ﺗﺎ ﻓﻌﺎﻟﻴﺘﻬﺎي ﻧﻈﺎم ﻣﺮاﻗﺒﺖ ﺑﻪ ﻣﻮﻗﻊ اﻧﺠﺎم ﺷﻮد) .

- ﭘﺮﺳﺸﮕﺮي :ﺑﺎ ﺗﻮﺟﻪ ﺑﻪ ﻣﻘﻄﻌﻲ ﻛﻪ ﻣﺘﻮﻓﻲ در ﻫﺮ ﻳﻚ از داﻧﺸﮕﺎﻫﻬﺎ ﺧﺪﻣﺖ درﻳﺎﻓﺖ ﻛﺮده ﭘﺮﺳﺸﻨﺎﻣﻪ ﻫﺎي ﻣﺘﻨﺎﺳﺐ ﺑﺎ ﻫﻤﺎن ﻣﻘﻄﻊ ﺑﺎﻳﺪ در ﻫﺮ دو داﻧﺸﮕﺎه ﺗﻜﻤﻴﻞ ﺷﻮد .

- ﺗﺸﻜﻴﻞ ﻛﻤﻴﺘﻪ و ﺑﺮرﺳﻲ ﻣﺮگ :ﺑﺮ ﻋﻬﺪه ﻫﻤﻜﺎران داﻧﺸﮕﺎه ﻣﺤﻞ ﻓﻮت اﺳﺖ .ﺑﺪﻳﻬﻲ اﺳﺖ ﻛﻪ ﻗﺒﻞ از ﺗﺸکیل ﻛﻤﻴﺘﻪ ﭘﺮﺳﺸﻨﺎﻣﻪ ﻫﺎي ﺗﻜﻤﻴﻞ ﺷﺪه در ﻣﺤﻞ ﺳﻜﻮﻧﺖ ﺑﺎﻳﺪ ﺑﻪ داﻧﺸﮕﺎه ﻣﺤﻞ ﻓﻮت ارﺳﺎل ﺷﻮد و ﭘﺲ از ﺗﺸﻜﻴ ﻞ ﻛﻤﻴﺘﻪ ﻧﻴﺰ ﭘﺮﺳﺸﻨﺎﻣﻪ ﻛﺎﻣﻞ، ﻓﺮﻣﻬﺎ و ﺻﻮرت ﺟﻠﺴﻪ و ﺳﺎﻳﺮ ﻣﺴﺘﻨﺪات ﺑﺎﻳﺪ ﻋﻼوه ﺑﺮ داﻧﺸﮕﺎه ﻣﺤﻞ ﺳﻜﻮﻧﺖ ﺑﺮاي اداره ﺳﻼﻣﺖ ﻣﺎدران ارﺳﺎل ﺷﻮد .

- ﺗﻜﻤﻴﻞ و ارﺳﺎل ﺟﺪول اﻃﻼﻋﺎت اﺳﺘﺨﺮاج ﺷﺪه : ﺑﺮ ﻋﻬﺪه ﻫﻤﻜﺎران داﻧﺸﮕﺎه ﻣﺤﻞ ﺳﻜﻮﻧﺖ اﺳﺖ.

**راﻫﻨﻤﺎي اﻋﻀﺎي ﻛﻤﻴﺘﻪ**

ﻛﻤﻴﺘﻪ داﻧﺸﮕﺎﻫﻲ ﻧﻘﺶ ﻣﺤﻮري و اﺻﻠﻲ را در ﻧﻈﺎم ﻣﺮاﻗﺒﺖ از ﻣﺮگ ﻣﺎدري اﻳﻔﺎ ﻣﻲ ﻛﻨﺪ . در واﻗﻊ ﻧﻘﺶ اﻳﻦ ﻛﻤﻴﺘﻪ ﺑﻪ ﺷﺮح زﻳﺮ اﺳﺖ :

-1 ﺗﻌﺮﻳﻒ ﺳﺎﺧﺘﺎر ﻣﻨﺎﺳﺐ ﺑﺮاي ﻛﻤﻴﺘﻪ ﺑﺮرﺳﻲ ﻣﺮگ ﻣﺎدري و ﺗﻴﻢ ﻫﺎي ﭘﺮﺳﺸﮕﺮي در ﺳﻄﺢ داﻧﺸﮕﺎه

-2 ﺑﺮرﺳﻲ داده ﻫﺎي ﮔﺮدآوري ﺷﺪه ﺗﻮﺳﻂ ﺗﻴﻢ ﭘﺮﺳﺸﮕﺮي، اﻧﺘﺨـﺎب ﻣﺪاﺧﻠـﻪ ﻻزم و ﻳـﺎ در ﺻـﻮرت ﻋـﺪم ﻛﻔﺎﻳـﺖ و ﻳـﺎ ﺗﺮدﻳﺪ در ﺻﺤﺖ و دﻗﺖ داده ﻫﺎي ﮔﺮدآوري ﺷﺪه، ﺑﺮﻧﺎﻣﻪ رﻳﺰي ﺑﺮاي ﮔﺮدآوري داده ﻫﺎي ﻣﻨﺎﺳﺐ

-3 اﻧﺘﺨﺎب ﺷﻴﻮه ﻣﻨﺎﺳﺐ ﺑﺮاي ﻛﻨﺘﺮل ﻛﻴﻔﻴﺖ ﻓﻌﺎﻟﻴﺖ ﻫﺎ، ﻧﻜﺘﻪ ﺑﺴﻴﺎر ﻣﻬﻢ و ﺿﻌﻒ دﻳﺪه ﺷﺪه در ﺑﺮﻧﺎﻣﻪ ﺟﺎري ﻣﺮاﻗﺒـﺖ از ﻣﺮگ ﻣﺎدري، ﻋﺪم وﺟﻮد ﺿﻤﺎﻧﺖ ﻻزم ﺑﺮاي ﺑﻪ ﻧﺘﻴﺠﻪ رﺳﻴﺪن ﻣﺪاﺧﻠﻪ ﻫﺎ ﻣﻲ ﺑﺎﺷﺪ . در اﻳﻦ زﻣﻴﻨﻪ ﻻزم اﺳﺖ ﺑﺎ ﺗﻮﺟـﻪ ﺑـﻪ ﻣﻄﺎﻟﺐ اراﻳﻪ ﺷﺪه در اﻳﻦ ﻣﺠﻤﻮﻋﻪ ﺑﺮاي ﻫﺮ ﻣﺪاﺧﻠﻪ ﻧﻈﺎم ﭘﺎﻳﺶ و ارزﺷـﻴﺎﺑﻲ ﻣﻨﺎﺳـﺐ ﻃﺮاﺣـﻲ و ﺗﺤـﺖ ﻧﻈـﺎرت ﻣﺴـﺘﻘﻴﻢ رﺋﻴﺲ ﻣﺤﺘﺮم داﻧﺸﮕﺎه ﺑﻪ اﺟﺮادرآﻳﺪ.

**ﺳﺎﺧﺘﺎر ﻧﻴﺮوي اﻧﺴﺎﻧﻲ ﻧﻈﺎم ﻣﺮاﻗﺒﺖ ﻣﺮگ ﻣﺎدري در داﻧﺸﮕﺎه /داﻧﺸﻜﺪه :**

ﻫﻤﭽﻨﻴﻦ در ﻧﻈﺎم ﻣﺮاﻗﺒﺖ ﻣﺮگ ﻣﺎدري ﭘﻴﺶ ﺑﻴﻨـﻲ ﺷـﺪه ﻛـﻪ ﺗﻴﻢ ﭘﺮﺳﺸﮕﺮي در ﺳﻄﺢ داﻧﺸﮕﺎه ﺗﺸﻜﻴﻞ ﺷﻮد . ﻳﻌﻨﻲ اﻓﺮاد ﻣﺸﺨﺺ ﺑﺮاي ﺷﺮﻛﺖ در ﻛﻤﻴﺘﻪ و ﺷﺮﻛﺖ در ﺗﻴﻢ ﭘﺮﺳﺸﮕﺮي ﺑﻪ ﺣﻜﻢ رﺋﻴﺲ ﻣﺤﺘﺮم داﻧﺸﮕﺎه اﻧﺘﺨﺎب ﻣﻲ ﺷﻮﻧﺪ . ﻫﻤﭽﻨﻴﻦ در ﺧﺼﻮص ﺷﻴﻮه ﺗﺸﻜﻴﻞ و ﻧﻴﺰ ﺗﺮﻛﻴﺐ ﺗﻴﻢ ﭘﺮﺳﺸﮕﺮي ﺗﻮﺳﻂ اﻋﻀﺎي ﻛﻤﻴﺘﻪ ﺗﺼﻤﻴﻢ ﮔﻴﺮي ﻣﻲ ﺷﻮد. ﻛﻤﻴﺘﻪ ﻛﺎﻫﺶ ﻣﺮگ و ﻣﻴﺮ ﻣﺎدران ﺻﺮﻓﻨﻈﺮ از ﻧﻈﺎرت ﺑﺮ ﺗﺸﻜﻴﻞ و اﻋﺰام ﺗﻴﻢ ﭘﺮﺳﺸﮕﺮي، دو وﻇﻴﻔﻪ ﻣﻬﻢ ﺑﺮﻋﻬﺪه د ارد:

1- ﺑﺮرﺳﻲ و دﺳﺘﻪ ﺑﻨﺪي دﻗﻴﻖ ﻋﻮاﻣﻞ ﻗﺎﺑﻞ اﺟﺘﻨﺎب ﻣﺮگ ﺑﺮ ﻣﺒﻨﺎي داده ﻫﺎي ﺟﻤﻊ آوري ﺷﺪه ﺗﻮﺳﻂ ﺗﻴﻢ ﭘﺮﺳﺸﮕﺮي

- 2 ﻃﺮاﺣﻲ و ﻧﻈﺎرت ﺑﺮ اﺟﺮاي ﻣﺪاﺧﻼت ﻣﻘﺘﻀﻲ

ﻛﻴﻔﻴﺖ ﻓﻌﺎﻟﻴﺖ ﻫﺎي ﻛﻤﻴﺘﻪ ﻛﺎﻫﺶ ﻣﺮگ و ﻣﻴﺮ ﺑﻪ ﻃﺮﻳﻖ اوﻟﻲ از اﻫﻤﻴﺖ ﺑﺴﺰاﻳﻲ ﺑﺮﺧﻮردار اﺳﺖ، ﭼﺮا ﻛﻪ اﻳﻦ دو ﻓﻌﺎﻟﻴﺖ اﻫﺪاف اﺻﻠﻲ ﻧﻈﺎم ﻣﺮا ﻗﺒﺖ را در ﺑﺮدارﻧﺪ . ﺗﻀﻤﻴﻦ و ﺣﻔﻆ ﻛﻴﻔﻴﺖ اﻳﻦ ﻓﻌﺎﻟﻴﺖ ﻫﺎ دروﺿﻮح دﺳﺘﻮراﻟﻌﻤﻞ ﻫﺎ و دﻗﺖ ﻓﺮم ﻫﺎي ﺟﻤﻊ آوري و ﺛﺒﺖ داده ﻫﺎ ﻧﻬﻔﺘﻪ اﺳﺖ . **ﻧﻈﺎم ﭘﺎﻳﺶ و ارزﺷﻴﺎﺑﻲ**

ﻧﻈﺎم ﭘﺎﻳﺶ و ارزﺷﻴﺎﺑﻲ ﻣﺮاﻗﺒﺖ از ﻣﺮگ ﻣﺎدران ﺑﺎرداري در ﺳﻄﺢ داﻧﺸﮕﺎه از دو ﻣﺠﻤﻮﻋﻪ ﺷﻜﻞ ﮔﺮﻓﺘﻪ اﺳﺖ .

- 1 ﭘﺎﻳﺶ و ارزﺷﻴﺎﺑﻲ ﺑﺮﻧﺎﻣﻪ ﻣﺪاﺧﻠﻪ

اﻟﻒ - ﭘﺎﻳﺶ دروﻧﻲ : ﻛﻪ ﻣﻄﺎﺑﻖ آن، ﺳﻄﺢ ﻣﺪاﺧﻠﻪ ﻛﻨﻨﺪه ﻓﻌﺎﻟﻴﺖ ﻫﺎي ﻣﺮﺑﻮط ﺑﻪ اﺟﺮاي ﻣﺪاﺧﻠﻪ را ﭘﺎﻳﺶ ﻣﻲ ﻛﻨﺪ و ﻧﺘﺎﻳﺞ را ﻃﻲ ﮔﺰارﺷﺎت دوره اي از ﭘﻴﺸﺮﻓﺖ ﻛﺎر، ﺑﻪ ﻛﻤﻴﺘﻪ ﻛﺎﻫﺶ ﻣﺮگ ﻣﺎدر ارﺳﺎل ﻣﻲ دارد .

ب- ﭘﺎﻳﺶ ﺑﻴﺮوﻧﻲ : ﻛﻤﻴﺘﻪ ﻛﺎﻫﺶ ﻣﺮگ ﻣﺎدر ﻣﻮﻇﻒ اﺳﺖ ﺑﺮاي اﻃﻤﻴﻨﺎن از ﭘﻴﺸﺮﻓﺖ ﺻﺤﻴﺢ ﻛﺎر، روﻧﺪ ﻣﺪاﺧﻠﻪ را ﺑﻪ ﺻﻮرت دوره اي ارزﺷﻴﺎﺑﻲ ﻛﻨﺪ .

- 2 ﭘﺎﻳﺶ ﻓﻌﺎﻟﻴﺖ ﻫﺎي ﺳﺎﺧﺘﺎر ﻧﻈﺎم ﻣﺮاﻗﺒﺖ از ﻣﺮگ ﻣﺎدري در داﻧﺸﮕﺎه ﺷﺎﻣﻞ : اﻟﻒ) ﺗﻴﻢ ﻫﺎي ﭘﺮﺳﺸﮕﺮي (ﻓﺮم 11 ) ب ) ﻛﻤﻴﺘﻪ ﺑﺮرﺳﻲ ﻣﺮگ ﻣﺎدري(ﻓﺮم 12)

**اﺑﺰار ﭘﺎﻳﺶ و ارزﺷﻴﺎﺑﻲ**

- ﺟﺪول ﺷﺎﺧﺼﻬﺎ(ﻧﺎم ﺷﺎ ﺧﺺ، ﻧﺤﻮه ﻣﺤﺎﺳﺒﻪ، ﻣﻨﺒﻊ ﺟﻤﻊ آوري داده ﻫﺎ، دوره ﻣﺤﺎﺳﺒﻪ، ﺳﻄﺢ ﻣﺤﺎﺳﺒﻪ ﻛﻨﻨﺪه (- ﺟﺪاول ﻛﺸﻮري “و ” اﻃﻼﻋﺎت اﺳﺘﺨﺮاج ﺷﺪه از ﭘﺮﺳﺸﻨﺎﻣﻪ ” وﺟﻤﻊ ﺑﻨﺪي ﮔﺰارش ﻣﺮگ و ﻣﺤﺎﺳﺒﻪ ﺷﺎﺧﺺ ﻫﺎي کشوری

**ارزﻳﺎﺑﻲ ﻓﻌﺎﻟﻴﺘﻬﺎي ﻧﻈﺎم ﻣﺮاﻗﺒﺖ ﻣﺮگ ﻣﺎدري در ﺳﻄﺢ داﻧﺸﮕﺎه:**

اﻃﻼﻋﺎت ﺣﺎﺻﻞ از اﻧﺠﺎم ﻧﻈﺎم ﻣﺮاﻗﺒﺖ 2 ﺑﺎر در ﺳﺎل، در ﭘﺎﻳﺎن ﻧﻴﻤﻪ اول و دوم ﺳﺎل ﺑﺎﻳﺪ ﺑﻪ ﺳـﺘﺎد ﻛﺸـﻮري ﺑـﻪ ﺻﻮرت زﻳﺮ ارﺳﺎل ﮔﺮدد :

- در ﺻﻮرت وﻗﻮع ﻣﺮگ ﻣﺎدر ﻓﺮم ﮔﺰارش ﻓﻮري ﻣﺮگ ﻣﺎدر ﻇﺮف 48 ﺳﺎﻋﺖ ﺑﻪ اداره ﺳﻼﻣﺖ ﻣـﺎدران دﻓﺘـﺮ ﺳـﻼﻣﺖ ، ﺟﻤﻌﻴﺖ، ﺧﺎﻧﻮاده و ﻣﺪارس ارﺳﺎل ﮔﺮدد

- ﺑﺮاي ﻫﺮ ﻣﻮرد ﻣﺮگ ﺑﺮرﺳﻲ ﺷﺪه، ﻻزم اﺳﺖ ﺗﺼﻮﻳﺮي از ﻓﺮم ﻫﺎي ﺷﻤﺎره 7 اﻟـﻲ 12 “ ﭘﺮﺳﺸـﻨﺎﻣﻪ ﺑـﻪ ﻫﻤـﺮاه ﺟـﺪول ” اﻃﻼﻋﺎت اﺳﺘﺨﺮاج ﺷﺪه از ﭘﺮﺳﺸﻨﺎﻣﻪ ﻣﺮگ و ﺻﻮرت ﺟﻠﺴﻪ ﻛﻤﻴﺘﻪ داﻧﺸﮕﺎﻫﻲ در دو ﻧﻮﺑﺖ 15 ﺗﺎ ﺣﺪاﻛﺜﺮ 31 ﻣﻬﺮﻣﺎه و ﻓﺮوردﻳﻦ ﻣﺎه ﺑﻪ اداره ﺳﻼﻣﺖ ﻣﺎدران ارﺳﺎل ﺷﻮد .

- ﭼﻨﺎﻧﭽﻪ اﻃﻼﻋﺎت ﺑﻪ ﻣﻮﻗﻊ درﻳﺎﻓﺖ ﺷﻮد، ﺟﺪول ﺟﻤﻊ ﺑﻨﺪي ﮔﺰارش ﻣﺮگ ﻣﺎدر ، در اداره ﻣﺬﻛﻮر ﺗﻜﻤﻴﻞ و ﺣﺪاﻛﺜﺮ ﺗـﺎ 15 ﺧﺮداد و30 آﺑﺎن ﻣﺎه ﻫﺮ ﺳﺎل ﺑﻪ داﻧﺸﮕﺎﻫﻬﺎ ارﺳﺎل ﺧﻮاﻫﺪ. از آﻧﺠﺎﻳﻲ ﻛﻪ ﻣﺤﺎﺳﺒﻪ ﺷﺎﺧﺼـﻬﺎ در ﺑﺴـﻴﺎري از ﻣـﻮارد در ﺳـﻄﺢ داﻧﺸـﮕﺎه و داﻧﺸـﻜﺪه ﻫـﺎي ﻛﺸـﻮرﻣﻌﻨﻲ دار ﻧﻴﺴـﺖ، ﺷﺎﺧﺼﻬﺎ ﺑﻪ ﺻﻮرت ﻛﺸﻮري و ﺳﺎﻻﻧﻪ ﻣﺤﺎﺳﺒﻪ ﮔﺮدﻳﺪه و ﺑﻪ داﻧﺸﮕﺎﻫﻬﺎ ارﺳﺎل ﺧﻮاﻫد ﺷﺪ.