

# راهنمای تکمیل فرم نظام مراقبت مرگ خارج بیمارستانی نوزادان - ۱۳۹۸

اداره سلامت نوزادان

اداره سلامت مادران

دفتر سلامت خانواده، جمعیت و مدارس

اداره مامایی معاونت درمان وزارت بهداشت

انجمن علمی پزشکان نوزادان کشور

انجمن پریناتولوژی



در ابتدا پس از ورود کاربر به صفحه فرم ثبت اطلاعات، نام دانشگاه، نام شهرستان به طور خودکار ثبت می شود.

۱- نام مرکز: نام مرکز به طور کامل و با استفاده از حروف فارسی تایپ شود.

۲- نام و نام خانوادگی نوزاد: نام و نام خانوادگی نوزاد به طور کامل و با استفاده از حروف فارسی تایپ شود.

۳- تاریخ فوت: تاریخ فوت نوزاد می بایست از تقویم شمسی انتخاب گردد و از نوشتن دستی خودداری گردد.

۴- سن نوزاد هنگام فوت (روز): سن نوزاد در زمان فوت بر اساس روز تایپ شود.

۵- نحوه مواجهه با مرگ نوزاد: نحوه مواجهه با مرگ نوزاد را بر اساس موارد زیر انتخاب شود:

○ خبر فوت نوزاد به مرکز شما داده شده است: اگر شما فقط در جریان فوت قرار گرفته اید و نوزاد را بعد از مرگ مشاهده

نکرده اید این گزینه را انتخاب کنید. انتخاب این گزینه باعث می شود بسیاری از اطلاعات غیر اجباری شود.

○ هنگام مراجعه، نوزاد علائم حیاتی نداشته است: اگر نوزاد را مرده به پایگاه بهداشتی درمانی شما آورده اند. این گزینه را انتخاب نمایید.

○ هنگام مراجعه، نوزاد علائم حیاتی داشته و سپس در مرکز بهداشتی فوت کرده است: اگر نوزاد در پایگاه بهداشتی درمانی شما فوت کرده است این گزینه را انتخاب نمایید.

○ در طی انتقال به بیمارستان فوت کرده است: در صورتی که هنگام مراجعه به پایگاه شما علائم حیاتی داشته و سپس در طی انتقال به سرویس درمانی یا بهداشتی بالاتر فوت نموده این گزینه را انتخاب نمایید.

○ سایر موارد: ..... در صورتی که نحوه مواجهه با مرگ نوزاد هیچ یک از موارد بالا نیست این مورد را انتخاب کرده و مورد آن نوشته شود.

#### مشخصات مادر نوزاد

۶- نام و نام خانوادگی مادر: نام و نام خانوادگی مادر به طور کامل و با استفاده از حروف فارسی تایپ شود. در مواردی مانند رحم اجاره ای نیز نام زائو (مادری که باردار است) در این قسمت نوشته می شود.

۷- تاریخ تولد مادر: در صورتی که ملیت مادر ایرانی باشد تاریخ تولد پس از انتخاب ملیت ایرانی، سال تولد و کد ملی به صورت سیستمی درج خواهد شد. اگر ملیت مادر غیرایرانی یا ملیت ایرانی و فاقد کد ملی باشد تاریخ تولد با استفاده از تقویم شمسی، به تفکیک روز، ماه و سال انتخاب و باید به صورت دستی از سمت چپ نوشته شود و بین اعداد slash گذاشته شود؛ برای مثال: ۱۳۶۴/۱/۱

۸- ملیت مادر: ملیت ایرانی یا غیر ایرانی انتخاب شود. ملیت مادر را در صورتی که ایرانی نیست مشخص نمایید. در سامانه به صورت پیش فرض گزینه ایرانی انتخاب شده است. در صورت انتخاب گزینه غیر ایرانی لطفاً ملیت آن را از گزینه های موجود انتخاب نمایید. با تایپ اولین حروف کشور مورد نظر می توانید به کشور مورد نظر خود زودتر دست پیدا کنید.

۹- کد ملی مادر: در صورت ایرانی بودن، شماره ملی ده رقمی مادر با استفاده از اعداد صحیح پر شود. از گذاشتن علائم و نشانه ها مانند خط فاصله و ویرگول اجتناب شود. در صورت غیر ایرانی بودن مادر، این فیلد غیر فعال می شود. بعد از درج سال تولد برای مثال ۱۳۶۰ و شماره ملی مادر بر گزینه استعلام شماره ملی کلیک کنید. اگر شماره ملی نادرست باشد دور آن نقطه چین قرمز ظاهر خواهد شد.

۱۰- **فاقد کد ملی:** در صورت عدم وجود شماره ملی این گزینه تیک بخورد. ممکن است مادری شماره ملی داشته باشد ولی شما کارت را رویت نکرده یا کارت ملی مفقود شده باشد. در این صورت این گزینه را انتخاب ننمایید. در صورتی که برای شما محرز است که مادر ایرانی است و واجد هیچ گونه اوراق هویتی نیست و شماره ملی به هیچ وجه قابل استحصال نبود این گزینه را انتخاب نمایید. در صورت انتخاب این گزینه شماره تلفن منزل یا مایل والدین یا بستگان نزدیک وی به درستی درج شود. زیرا سامانه از شماره تلفن برای یافتن اطلاعات استفاده می کند.

#### اطلاعات زایمانی نوزاد

##### ۱۱- محل سکونت دائم مادر

یکی از گزینه های شهر، روستا یا عشایر انتخاب شود. اگر محل سکونت مادر بخش است گزینه شهر انتخاب می شود. چنانچه مادر ساکن روستاست و فقط برای انجام زایمان به بیمارستان شهر آمده و مهمان بستگان می باشد محل سکونت روستا علامت زده شود. لطفاً از مادر به زبانی ساده و روان سوال کنید که محل دائم زندگی وی کجاست. اگر برای زایمان به صورت موقت به شهر و منزل بستگان آمده باشد ممکن است نحوه سوال شما مادر را به اشتباه بیندازد.

##### ۱۲- نشانی محل زندگی

استان و شهرستان محل زندگی انتخاب شود. در صورت عشایر بودن این گزینه از حالت اجبار خارج می شود. در صورتی که کوچ فصلی مادر در یک استان بخصوص محدود می شود می توانید استان را انتخاب نمایید. اگر محل سکونت مادر بخش است گزینه شهر انتخاب شود. اگر در محل سکونت دائم مادر، گزینه عشایر انتخاب شود این گزینه غیر اجباری می شود

##### ۱۳- شماره تلفن همراه مادر یا پدر

ثبت یک شماره همراه از والدین اجباری می باشد. در صورتیکه والدین شماره تلفن همراه نداشته باشند شماره تلفن همراه یکی از بستگان نزدیک درج گردد.

##### ۱۴- نوع بیمه

برای تعیین نوع بیمه مادر در قسمت مربوطه یکی از گزینه های زیر که نشان دهنده بیمه پایه مادر (نه بیمه تکمیلی) می باشد انتخاب می گردد: (۱) تامین اجتماعی (۲) بیمه خدمات درمانی (۳) نیروهای مسلح (۴) کمیته امداد امام خمینی (۵) سایر بیمه ها (نفت، بانک ها، ... (۶) بیمه سلامت ایرانیان (۷) ندارد. اگر مادر بیمه های مختلف داشته باشد، ملاک بیمه ای است که با آن بستری شده است.

##### ۱۵- میزان تحصیلات مادر

تحصیلات بر اساس گفته مادر یکی از هشت گزینه زیر انتخاب می گردد. (۱) بی سواد (۲) سواد خواندن و نوشتن (بدون مدرک) (۳) نهضت سوادآموزی (۴) ابتدائی (۵) کمتر از دیپلم (۶) دیپلم یا پیش دانشگاهی (۷) فوق دیپلم (کاردان) (۸) لیسانس (کارشناس) تا فوق لیسانس (کارشناسی ارشد) (۱۰) دکترای تخصصی PHD (غیر پزشکی) (۱۱) دکترای حرفه ای (پزشکی) (۱۲) علوم دینی سطح یک (۱۳) علوم دینی سطح دو (۱۴) علوم دینی سطح سه (۱۵) بدون پاسخ. بیسواد کسی است که نمیتواند بخواند و بنویسد. اگر فردی باسواد است با توجه به مقطع تحصیلی یکی از گزینه ها انتخاب شود. ملاک قرارگیری در یک مقطع تحصیلی اخذ مدرک حداقل یکی از پایه های تحصیلی می باشد.

- دکترای تخصصی/ فوق دکترا، منظور تخصص در تمامی رشته های علوم پزشکی و نیز دکترا در سایر رشته ها مانند ریاضی و آمار و ... است.
- بدون پاسخ شامل تحصیلات سایر ادیان، تحصیلات اهل تسنن و سواد بدون مدرک تحصیلی و عدم دسترسی به مادر جهت سوال و .... است.

#### ۱۶- تعداد بارداری (G)

تعداد بارداری با استفاده از اعداد صحیح نوشته شود. منظور از بارداری یا Gravid دفعات بارداری مادر صرف نظر از سرانجام آن که سقط بوده و یا زایمان، مورد نظر است. به طور مثال اگر مادری یک بار سقط داشته و یک بار زایمان نموده این بارداری وی G3 است. تعداد بارداری باید یک عدد از مجموع تعداد زایمان قبلی و سقط بیشتر باشد.

#### ۱۷- تعداد زایمان قبلی (P)

تعداد زایمان با استفاده از اعداد صحیح نوشته شود. منظور از زایمان یا Para دفعاتی است که مادر زایمان ۲۲ هفته یا بالاتر داشته است. تعداد زایمان در حاملگی دو یا چند قلوئی یک زایمان محسوب می شود زیرا مادر مراحل لیبر را یکبار تجربه می کند.

#### ۱۸- تعداد سقط (Ab)

تعداد سقط با استفاده از اعداد صحیح نوشته شود. منظور از بارداری یا Abortion خروج جنین قبل از ۲۲ هفته بارداری است. توجه: مقادیر اشتباه تعداد بارداری، زایمان و سقط پذیرفته نمی شود و دور کادر مورد نظر قرمز می شود.

#### ۱۹- تعداد فرزند زنده (از حاملگی های قبلی)

با استفاده از اعداد صحیح نوشته شود.

#### ۲۰- مرگ نوزاد قبلی

به صورت بله (کد یک) یا خیر (کد صفر) انتخاب گردد

#### ۲۱- سابقه مرده زایی

به صورت بله (کد یک) یا خیر (کد صفر) انتخاب گردد

#### ۲۲- عوامل خطر بارداری:

- در صورتی که عامل خطر بارداری وجود ندارد با انتخاب گزینه " ندارد" (کد صفر) سایر گزینه ها غیر فعال می شود. در صورت انتخاب گزینه "دارد" (کد یک) انتخاب حداقل یک گزینه از موارد زیر اجباری است؛ همچنین امکان انتخاب چند گزینه وجود دارد برای مثال در صورت وجود بیماری قلبی، دیابت بارداری، اعتیاد مادر به مواد روانگردان هر سه مورد انتخاب گردد. در صورت تیک زدن هر یک از موارد زیر گزینه مربوطه کد یک می گیرد. و گزینه های تیک نخورده کد صفر محسوب می شود.
- اظهار مادر در خصوص داشتن بیماری خاص یا مصرف داروی مربوط به بیماری یا تشخیص حین بستری در اتاق زایمان تأیید کننده وجود عوامل خطر می باشد.

- جهت سهولت انتخاب عوامل خطر بارداری در چهار گروه تقسیم شده است:

### ۲۳- بیماری مادر:

- فشار خون مزمن: در صورت وجود بیماری فشار خون ۱۴۰/۹۰ قبل از بارداری یا قبل از هفته ۲۰ بارداری و یا مصرف داروی ضد فشارخون قبل از بارداری یا قبل از هفته ۲۰ بارداری جهت درمان بیماری فشار خون بالا، این گزینه انتخاب گردد.
- دیابت غیر بارداری: در صورت وجود دیابت قبل از هفته ۲۰ بارداری این گزینه انتخاب گردد.
- اختلال تیروئیدی: در صورت بیماری کم کاری تیروئید تشخیص داده شده قبل یا حین بارداری و مصرف دارو در طی بارداری، علامت زده شود.

### ۲۴- عفونت:

- کوریوآمینیوت: در صورت وقوع در بارداری اخیر مطابق با راهنمای کشوری خدمات مامایی و زایمان انتخاب گردد.
- هپاتیت B: در صورت هپاتیت B<sup>+</sup> به تشخیص پزشک یا وجود آزمایش آنتی ژنی مثبت موید هپاتیت حاد یا فعال این گزینه انتخاب گردد. نتیجه آزمایش مادر بررسی شود.
- پیلونفریت: در صورت وقوع در بارداری اخیر مطابق با راهنمای کشوری خدمات مامایی و زایمان انتخاب گردد.

### ۲۵- بیماری ناشی از بارداری:

- دیابت بارداری: بروز دیابت بعد از هفته ۲۰ چنانچه مادر با رژیم غذایی کنترل شده یا تحت درمان دارویی است علامت زده شود
  - پره اکلامپسی / اکلامپسی
- پره اکلامپسی : فشار خون مساوی یا بیشتر از ۱۴۰/۹۰ که برای اولین بار بعد از هفته ۲۰ بارداری بروز کند تأیید به فاصله ۴ ساعت و همراه با پروتئین اوری یا با شواهد درگیری چند ارگانی به صورت ترومبوسیتوپنی، اختلال عملکرد کلیه، کبد، سیستم عصبی یا ادم ریه است.
- پره اکلامپسی شدید: افزایش فشارخون به میزان ۱۶۰/۱۱۰ میلی متر جیوه و بیشتر، در دو نوبت به فاصله حداقل ۴ تا ۶ ساعت همراه با بروز پروتئینوری به میزان ۲ گرم یا بیشتر با یا بدون هر یک از علائم سردرد مداوم، تاری دید مداوم، درد اپیگاستر و یا استفراغ مداوم، رال در سمع ریه (ادم ریه)، الیگوری (کاهش شدید حجم ادرار به میزان ۵۰۰ میلی لیتر در ۲۴ ساعت)، تغییر وضعیت هوشیاری، کراتینین بیش از ۱/۱ میلی گرم در دسی لیتر و یا دو برابر نسبت به سطح پایه و یا ترومبوسیتوپنی زیر ۱۰۰۰۰۰ (صد هزار) در میلی متر مکعب و یا افزایش آنزیم های کبدی یا بیلی روبین پره اکلامپسی شدید است.
- اکلامپسی: اضافه شدن تشنج به علائم پره اکلامپسی، اکلامپسی است.

### ۲۶- سوء مصرف مواد:

- سیگار و دخانیات در بارداری اخیر: در صورت مصرف سیگار و یا سایر دخانیات نظیر قلیان در بارداری اخیر (به هر میزان) این گزینه انتخاب گردد.
- اعتیاد مادر به مواد مخدر: در صورت اعتیاد به مواد مخدر و مصرف مواد در دوران بارداری این گزینه انتخاب گردد.

- اعتیاد مادر به داروهای روانگردان: در صورت اعتیاد مادر به مواد روانگردان از جمله قرص های توهم زا در دوران بارداری این گزینه انتخاب گردد.
- مشروبات الکلی در دوران بارداری: در صورت مصرف مشروبات الکلی به هر میزان در بارداری اخیر، این گزینه انتخاب شود.

## ۲۷. عوارض زایمانی:

در صورتیکه عوامل خطر زایمانی وجود ندارد با انتخاب گزینه "خیر" سایر گزینه ها غیر فعال میشود.  
عوامل خطر زایمانی مورد نظر شامل: پارگی کیسه آب بیشتر از ۱۸ ساعت از ۳۷ هفته، دکلمان جفت، پارگی درجه ۳ و ۴ و عامل یا عامل هایی که در مادر وجود دارند انتخاب گردند.

## مشخصات نوزاد در بدو تولد

در این قسمت فقط مشخصات نوزاد به ترتیب زیر ثبت می شود.

- ۲۸. تاریخ تولد نوزاد: تاریخ تولد نوزاد می بایست از تقویم شمسی انتخاب گردد و از نوشتن دستی خودداری گردد.
- ۲۹. جنسیت: پسر(مذکر) یا دختر(مونث) بودن ثبت شود. در صورت داشتن هر گونه ابهام در تشخیص جنسیت، گزینه مبهم انتخاب شود.

۳۰. وزن (گرم): وزن نوزاد به گرم بین ۱۵۰ تا ۸۰۰۰ گرم و با استفاده از اعداد صحیح نوشته شود. از نوشتن وزن نوزاد به صورت کیلوگرم خودداری شود. هم چنین از گذاشتن هر گونه علامت یا نشانه ای مانند خط تیره، ممیز یا نوشتن متن نظیر نیم کیلو خودداری شود.

۳۱. سن بارداری: سن بارداری به هفته و با استفاده از اعداد صحیح در قسمت مربوطه تایپ شود و بر اساس تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی یا سونوگرافی سه ماهه اول محاسبه می شود. فقط محدوده ۲۲ الی ۴۵ هفته قابل ثبت است. از گذاردن روز در کنار هفته خودداری گردد: مثال ۴۱ هفته و ۶ روز به صورت ۴۱ هفته تایپ شود.

۳۲. تعداد قل (چند قلویی؟): این که نوزاد حاصل حاملگی چند قلویی می باشد در این قسمت و با عدد مشخص می شود. مثلاً اگر نوزاد حاصل حاملگی تک قلویی است، عدد ۱ و اگر حاصل حاملگی دو قلویی است عدد ۲ نوشته می شود.

۳۳. رتبه قل (قل چندم؟): با عدد صحیح نوشته می شود. در صورتی که حاملگی یک قلویی باشد، مرتبه تولد ۱ نوشته می شود. در صورتی که حاملگی چند قلویی باشد، مرتبه تولد بر اساس، تقدم خروج نوزاد تایپ شود. برای قل اول در این فیلد عدد ۱ قل دوم عدد ۲ و قل سوم عدد ۳ تایپ شود.

۳۴. نوع زایمان: نوع زایمان به صورت واژینال یا سزارین انتخاب می گردد.

۳۵. محل زایمان: محل زایمان از گزینه های موجود انتخاب میشود.

○ واحد تسهیلات زایمانی ○ منزل ○ در مسیر انتقال ○ سایر

منظور از زایمان خروج نوزاد می باشد بنابراین چنانچه خروج نوزاد بین راه و خروج جفت در تسهیلات زایمانی اتفاق افتاده باشد زایمان بین راه علامت زده شود. در این حالت عامل زایمان کسی است که جفت را خارج نموده است. در صورت انتخاب گزینه سایر حتما عامل قید گردد مثلاً خودبخود، همراهان مادر، تکنسین اورژانس و ...

۳۶. مشخصات بیمارستان محل تولد: دانشگاه و شهرستان و بیمارستان محل تولد باید مشخص شود.

#### مشخصات فوت نوزاد

۳۷. آیا نوزاد سابقه بستری در بیمارستان دارد؟ اگر نوزاد سابقه بستری در بیمارستان داشته است گزینه بله و اگر سابقه بستری نداشته است گزینه خیر انتخاب شود. و در صورت داشتن سابقه بستری، مشخصات بیمارستان بستری: دانشگاه و شهرستان و بیمارستان باید مشخص شود.

۳۸. آیا شواهدی از مسمومیت با مواد مخدر یا داروهای خانگی مشاهده می شود؟ به صورت وجود شواهدی دال بر مسمومیت با مواد مخدر یا داروهای خانگی، گزینه بله و در غیر این صورت گزینه خیر انتخاب شود. در صورتی که پاسخ بله است، نوع ماده یا دارو باید ذکر شود.

۳۹. آیا سانه ای برای نوزاد رخ داده است؟ به صورت بله و خیر انتخاب می شود و در صورت بله بودن پاسخ، نوع آن را بر اساس گزینه های زیر انتخاب کنید:

- تصادف
- سوختگی
- افتادن از بلندی

۴۰. بیماری(هایی) که هنگام فوت همراه نوزاد بوده یا سبب فوت وی شده است: بیماری یا بیماری هایی که نوزاد در زمان فوت به آن مبتلا بوده یا سبب فوت وی شده است، از گزینه های زیر انتخاب نمایید.

■ ناهنجاری های بدو تولد ارثی:

در صورتی که نوزاد در بدو تولد ناهنجاری قابل شناسایی نداشته باشد، گزینه ناهنجاری ندارد انتخاب شود و به این ترتیب سایر گزینه ها غیر فعال می گردد. اما در صورتی که نوزاد ناهنجاری قابل مشاهده و یا تایید شده توسط سونوگرافی را داشته باشد، یکی از گزینه های زیر انتخاب گردد. در صورت انتخاب "بله" تکمیل حداقل یک فیلد اجباری است و همچنین انتخاب حداقل یک تشخیص در زیر گروه مربوطه اجباری می شود. امکان انتخاب چند گزینه امکان پذیر است.

- (۱) سیستم عصبی
- (۲) قلبی عروقی
- (۳) تنفسی
- (۴) گوارشی
- (۵) ادراری تناسلی
- (۶) اسکلتی عضلانی
- (۷) پوست
- (۸) چشم، گوش، سر و گردن
- (۹) اختلالات کروموزومی
- (۱۰) سایر موارد

■

- مشکلات تنفسی:
- در صورتی که نوزاد در طی مراقبت در منزل یا هنگام مراجعه به پایگاه شما دچار مشکلات تنفسی بوده و تعداد تنفس وی بیشتر از ۶۰ تنفس در دقیقه بوده است این گزینه را انتخاب نمایید.
- تشنج: در صورتی که والدین سابقه حرکات غیر طبیعی به صورت تشنج را گزارش می کنند هنگام مراجعه مشاهده شده است این گزینه را انتخاب نمایید.
- عفونت: در صورت تشخیص یا احتمال وجود عفونت در نوزاد این گزینه را انتخاب نمایید. علائمی که تایید کننده این تشخیص هستند تب، عدم تمایل به تغذیه یا دیسترس تنفسی / توقف تنفس
- زردی شدید: در صورت مشاهده زردی و بروز مرگ این گزینه را انتخاب نمایید
- مشکلات تغذیه ای
- استرس ناسی از سرما
- سایر موارد: در صورتی که پاسخ هیچ یک از موارد بالا نیست سایر موارد را انتخاب کرده و مورد نوشته شود.

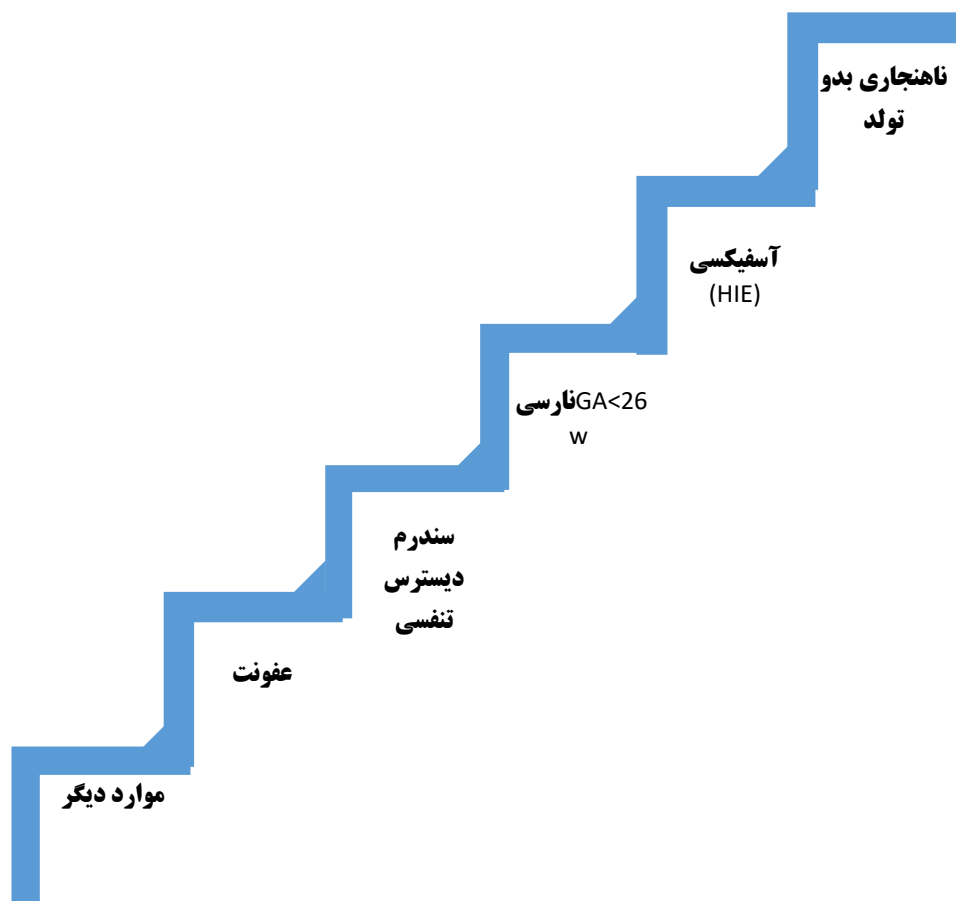
۴۱. آیا انتقال/ اعزام به بیمارستان درخواست شده است؟ پاسخ به صورت انتخاب بله و خیر می باشد. در صورت منفی بودن پاسخ علت عدم انتقال/ اعزام نوزاد را از گزینه های زیر انتخاب کنید:

- عدم پذیرش بخش/بیمارستان مقصد
- عدم دسترسی به امکانات انتقال/ اعزام
- عدم تمایل اولیای نوزاد به اعزام/ انتقال
- سایر موارد: در صورتیکه هیچ یک از موارد بالا علت عدم انتقال/ اعزام نوزاد نیست، این گزینه را انتخاب و علت نوشته شود.

۴۲. مکان وقوع فوت: از گزینه های: منزل، در طی انتقال به تسهیلات زایمان/ مرکز بهداشت/ مطب یا کلینیک/ بیمارستان انتخاب گردد و در صورتی که محل تولد نامعلوم می باشد، گزینه نامشخص انتخاب شود.

۴۳. علت اصلی مرگ

علت اصلی مرگ به صورت پلکانی یا رتبه ای درج می شود. یعنی در اولین پله نگاه می کنیم آیا نوزاد ناهنجاری بدو تولد کشنده دارد یا نه. اگر داشت گزینه اول که ناهنجاری است را انتخاب می کنیم. در پله بعدی نگاه می کنیم که آیا بیمار هیپوکسیک ایسکمیک انسفال (آسفیکسی) داشته است یا نه اگر داشت این مورد را انتخاب می کنیم و . . .



- **ناهنجاری بدو تولد (ارثی):** در صورتی که ناهنجاری بدو تولد بزرگ و کشنده بوده و عامل اصلی مرگ است، مانند هرنی دیافراگماتیک، فیستول مری، انسداد دستگاه گوارش یا میلو مننگوسل این گزینه انتخاب گردد. از ناهنجاری هایی که به صورت طبیعی باعث مرگ نمی شوند امتناع شود مانند شکاف کام یا چند انگشتی.
- **هیپوکسیک ایسکمیک انسفالوپاتی / HIE:** در صورت عدم وجود ناهنجاری بدو تولد و وجود شواهدی از خفگی زایمانی و همچنین سن حاملگی بیشتر یا مساوی ۲۶ هفته این مورد را انتخاب نمایید.
- **نارسی (سن بارداری کمتر از ۲۶ هفته):** در صورتی که نوزاد ناهنجاری بدو تولد، آسفیکسی نداشته و سن حاملگی کمتر از ۲۶ هفته یا وزن کمتر از ۱۰۰۰ گرم دارد این مورد را انتخاب نمایید.
- **سندرم دیسترس تنفسی (RDS):** در صورتی که نوزاد ناهنجاری بدو تولد، آسفیکسی، نارسی کمتر از ۲۶ هفته نداشته و به علت سندرم دیسترس تنفسی فوت نموده است مورد چهارم یعنی سندرم دیسترس تنفسی را انتخاب نمایید. این موضوع علیرغم آن است که ممکن است نوزاد به علت عوارض دیسترس تنفسی مانند خون ریزی ریوی، پنوموتوراکس یا موارد دیگر فوت نموده باشد.
- **عفونت (سپسیس):** در صورتی که عفونت علت اصلی مرگ است و ناهنجاری بدو تولد، آسفیکسی، نارسی کمتر از ۲۶ هفته و سندرم دیسترس تنفسی علت اصلی مرگ نبوده و علائم و نشانه های عفونت دوره نوزادی را نشان داده و

کشت وی مثبت بوده یا نشانه های آزمایشگاهی تایید کننده عفونت بوده اند مورد پنجم یعنی عفونت را انتخاب  
نمایید.

○ سایر موارد: در صورتی که نوزاد به علت هیچ کدام از موارد فوق فوت نشده است این گزینه (سایر موارد) را انتخاب  
نمایید.

## پیوست:

انواع ناهنجاری های بدو تولد:

سیستم عصبی:

Anencephaly  
Spina Bifida  
Encephalocele  
Meningomyelocele  
Microcephaly  
Holoprosencephaly  
Hydrocephaly  
Dandy-Walker Syndrome  
Arnold Chiari Syndrome  
Others

قلبی عروقی:

Transposition Large Vessels  
Pulmonary Stenosis  
Aortic Stenosis  
Truncus Arteriosus  
VSD  
ASD  
Tetralogy of Fallot  
Hypoplastic Left Heart Syndrome  
Coarctation of Aorta  
Single Ventricle  
Endocardial Cushion Defect  
Multiple Cardiac Anomalies  
Others

تنفسی:

Congenital Diaphragmatic Hernia  
Choanal Atresia Bilateral  
Sequestration  
Laryngeal Atresia. Stenosis. Web  
Eventration of Diaphragm  
Cystic Adenomatous Malformation  
Bronchogenic Cysts  
Others

گوارشی:

Omphalocele  
Gastroschisis  
Esophageal Atresia/Stenosis With or Without Fistula  
Small Intestine Atresia/Stenosis  
Anorectal Atresia/Stenosis  
Malrotation of Gut  
Hirschsprung  
Others

ادراری تناسلی:

Renal agenesis dysgenesis  
Ambiguous Genitalia  
Undescended Testis ( $\geq 36w$ )  
Bladder Exstrophy  
Renal ectopy  
Posterior Urethral Valve  
Hypospadias  
Epispadias  
Hydronephrosis  
Multicystic Kidney  
Others

اسکلتی عضلانی:

Reducing Limb  
Polydactyly  
Syndactyly  
Club Foot  
Osteogenesis Imperfecta  
Achondroplasia  
Others

پوست:

Skin Tag  
Epidermolysis Bullosa  
Hyperkeratosis  
Others

چشم، گوش سر و گردن:

Cleft Lip With or Without Cleft Palate  
Anophthalmos  
Microphthalmos  
Unspecified Anophthalmos/Microphthalmos  
Anotia

Microtia  
Unspecified Anotia Microtia  
Hyperthelorum  
Cataract  
Glaucoma  
Others

اختلالات کروموزومی:

Trisomy 21 (Down`s syndrome)

Trisomy 18

Trisomy 13

Prune Belly Sequence

VACTERAL Syndrome

CHARGE Association

Pier Robin Syndrome

Turner Syndrome

Others Mal Chrom

سایر موارد:

در صورت وجود ناهنجاری بدو تولد که در لیست فوق وجود ندارد، این قسمت تکمیل شود.