

فرم 12 : پایش فعالیتهای کمیته بررسی مرگ مادری

| استان:  |  | ساختار نیروی انسانی نظام مراقبت مرگ مادری در استان |
|---|--|--|
| تاریخ برگزاری جلسه تعیین ساختار:                    | کارشناس نظارت بر درمان استان:            | تصمیم در خصوص تشکیل تیم های پرسشگری:               |
| دبیر کمیته بررسی مرگ مادری:                         | کارشناس مسئول بهداشت خانواده استان:      | استانی<br>شهرستانی                                 |
| متخصص زنان و زایمان:                                | کارشناس مامایی یا کارشناس برنامه مادران: | در صورت انتخاب شهرستان، دلیل:                      |
| افراد اضافه شده به اعضای کمیته بررسی مرگ مادری:     |  |  |
| زمان پیش بینی شده برای بازبینی ساختار نیروی انسانی: |  | تاریخ ابلاغ احکام اعضا از طرف رییس دانشگاه:        |

عملکرد کمیته در هر نوبت بررسی مرگ

| الف - نام متوفی  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| ب - زمان سنجی و نتایج فعالیت ها:                                   |  |  |  |
| ۱- زمان تحویل نتیجه پرسشگری به دبیر کمیته                          |  |  |  |
| ۲- تاریخ برگزاری جلسه بررسی علت                                    |  |  |  |
| * آیا ترکیب اعضای جلسه کامل بوده؟ (بله - خیر)                      |  |  |  |
| * آیا نتیجه جلسه به شناسایی علل قابل پیشگیری منجر شده؟ (بله - خیر) |  |  |  |
| ۳- تاریخ بررسی برنامه مداخله توسط کمیته                            |  |  |  |
| * آیا ترکیب اعضای جلسه کامل بوده؟ (بله - خیر)                      |  |  |  |
| * آیا مداخله مشخصی در نظر گرفته شد؟ (بله - خیر)                    |  |  |  |
| ۴- تاریخ ابلاغ مداخله به واحدهای مجری                              |  |  |  |
| ۵- زمان پیش بینی شده برای ارزیابی مداخله                           |  |  |  |
| ۶- زمان برگزاری جلسه برای ارزیابی مداخله                           |  |  |  |