



استمارة ابلاغ وفيات حديثي الولادة
Neonatal Death Notification

1 - يعبأ هذا النموذج لكل وفاة رضيع خلال 28 يوماً من الولادة.

2 - توضع اشارة (✓) في المكان المناسب.

3 - ترسل الاستمارة الى مرصد وفيات الامهات والرضع بوزارة الصحة العامة خلال مدة اقصاها اسبوع من تاريخ الوفاة.

رمز المستشفى:

التاريخ:

الجنس:

ذكر

أنثى

تاريخ الولادة:

اليوم / الشهر / السنة

رقم الملف:

الجنسية:

مكان الولادة: نفس المستشفى

مكان آخر (حدد)

سبب الإحالة

نتيجة حمل:

تلقائي

مع تقنيات مساعدة

لمدة:

أسابيع

وأيام،

بطفل واحد:

بتوائم/حدد العدد

الولادة:

طبيعية

طبيعية/مساعدة(شفاط/ملقط)

قيصرية

قيصرية

الوزن عند الولادة:

معدل Apgar:

مشاكل عند الولادة:

صعوبة

تنفس

عيوب خلقية/

حدد نوعها

الرضاعة:

طبيعية*

اصطناعية

مكان العناية:

حضانة

في غرفة الأم

عناية مركزة

عناية مركزة

عناية مركزة

عناية مركزة

تعباً من قبل الطبيب:

تاريخ الوفاة:

اليوم / الشهر / السنة

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

أسباب الوفاة:

السبب المباشر:

السبب الأساسي:

أسباب مساعدة:

توقيع ضابط الاتصال:

توقيع مدير المستشفى: