**باسمه تعالي**

**وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي**

**سناریوی مرگ کودکان زیر 5 سال ناشی از حوادث ترافیکی**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نام و نام خانوادگی : | | | | | | | نام پدر : | | | | | | | | | نام مادر : | | | | | | |
| تاریخ تولد : | | | تاریخ فوت : | | | | | | | سن کودک به ماه : | | | | | | | کد ملی کودک : | | | | | |
| شهرستان محل سکونت : | | | | | | | | | | | منطقه ( شهر / روستا ) : | | | | | | | | | | | |
| آدرس محل سکونت : | | | | | | | | | | | تلفن تماس : | | | | | | | | | | | |
| وضعیت زندگی با والدین : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 ) تاریخ وقوع حادثه : | | | | | | | | | | 2 ) ساعت وقوع : | | | | | | | | | | | | |
| 3 ) مکان وقوع حادثه : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| الف ) خيابان و معابر داخل شهر | | | | | | | | | | ب ) بزرگراه داخل شهری | | | | | | | | | | | | |
| ج ) جاده بين شهري | | | | | | | | | | د ) بزرگراه خارج شهر | | | | | | | | | | | | |
| ذ ) معابر داخل روستا | | | | | | | | | | ر ) جاده روستايي | | | | | | | | | | | | |
| ز ) سایر ( با ذکر نام ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 ) وضعيت فرد در زمان وقوع حادثه : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| الف ) عابر پياده | | | | | | | | | | ب ) سرنشین صندلی جلو بدون همراه | | | | | | | | | | | | |
| ج) سرنشین صندلی جلو در آغوش مادر یا فرد بزرگسال | | | | | | | | | | د ) سرنشین صندلی جلو با بستن کمربند ایمنی یا قرار گرفتن در صندلی ایمن | | | | | | | | | | | | |
| ذ) سرنشین صندلی پشت بدون همراه | | | | | | | | | | ر) سرنشین صندلی عقب در آغوش مادر یا فرد بزرگسال | | | | | | | | | | | | |
| ز) سرنشین صندلی عقب با بستن کمربند ایمنی یا قرار گرفتن در صندلی ایمن | | | | | | | | | | ژ) سرنشین در پشت کامیون-وانت | | | | | | | | | | | | |
| س) سرنشین موتورسیکلت | | | | | | | | | | ش ) سایر ( با ذکر نام ) | | | | | | | | | | | | |
| 5 ) نوع وسیله نقلیه : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| الف ) دوچرخه | | | | | ب ) موتورسیکلت | | | | | | | | | ج ) سواری ( با ذکر نام ) | | | | | | | | |
| د ) وانت | | | | | ذ ) کامیون | | | | | | | | | ر ) تراکتور | | | | | | | | |
| ز ) مینی بوس | | | | | ژ ) اتوبوس | | | | | | | | | س) سایر با ذکر نام | | | | | | | | |
| 6 ) نوع حادثه : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **الف - عابر پیاده** | | تصادف در سواره­روي بزرگراه يا جاده خارج شهر | | | | | | | تصادف در سواره روي خیابانهایمعمولی | | | | | | | | تصادف در پياده رو ياحاشية خيابان يا جاده | | | | تصادف با خودرویی که در حال حرکت به سمت عقب است | |
| ساير ( شرح داده شود ) | | | | | | | | | | | | | | | نمی داند | | | | | |
| **ب- راكب دو چرخه يا موتور** | | سقوط از روي دوچرخه يا موتور به دليل مشكلات وسيله ، اشكال جاده يا عدم دقت راننده(وسيله در حال حركت باشد) | | | | | | | برخورد با ديوار يا وسيله ثابت در مقابل | | | | | | | | برخورد با يك وسيله متحرك | | | | | |
| سقوط يا برخورد در زمان انجام عمليات نمايشي | | | | | | | وسيله ثابت بوده ولي يك وسيله متحرك ديگر با آن تصادف كرده | | | | | | | | ساير ( شرح داده شود ) | | | | | |
| نمي­داند | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ج- مسافر (سه چرخ، چهارچرخ و بالاتر)** | | خروج از جاده به علت عيب وسيله يا جاده يا عدم دقت / سرعت غيرمجاز | | | | | | | برخورد با ديوار يا وسيله ثابت در مقابل | | | | | | | | برخورد با يك وسيله متحرك از روبرو | | | | | |
| افتادن از درون وسيله متحرك به بيرون | | | | | | | چپ شدگي، وارونگي يا قيچي كردن در درون جاده | | | | | | | | وسيله ثابت بوده ولي يك وسيله متحرك ديگر با آن برخوردكرده | | | | | |
| ساير حالات | | | | | | | | | | | | | | | نمي­داند | | | | | |
| 7 ) مکان فوت را مشخص نماييد: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| الف ) هنگام حادثه | | | | ب ) در راه انتقال | | | | | | ج ) در مراكز درماني | | | | | | | د ) ساير ( با ذکر نام ) | | | | | |
| 8 ) چگونگی بروز حادثه بطور مختصر شرح داده شود. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 ) درصورتی که کودک عابر بوده است، هنگام بروز حادثه چه کسی همراه اوبوده است؟ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| الف ) مادر | ب ) پدر | | | | | | | ج ) خواهر یا برادر | | | | | د ) مراقب کودک | | | | | | | ه ) سایر ( با ذکر نام ) | | |
| 10 ) نحوه خروج فرد مصدوم از موضع بروز حادثه: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| الف ) توسط گروه آموزش ديده امداد و نجات | | | | ب ) سرنشین سایرخودروها | | | | | | | | ج ) خود فرد یا خانواده | | | | | | د ) سایر ( با ذکر نام ) | | | | |
| 11 ) مدت زمان طي شده براي انتقال فرد به اولين مركز درماني ( از زمان وقوع حادثه تا رسيدن به اولين واحد درماني به ساعت و دقيقه) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 ) آیا مادر یا مراقب اصلی در خصوص نحوه پیشگیری از سوانح و حوادث ترافیکی در کودکان آموزش دیده اند؟ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | بلی | | | خیر |
| 13 ) در صورت دریافت ، آموزش از چه طریقی بوده است؟ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| الف ) صدا و سیما | ب ) بهورز | | | | | | | ج ) کارمند بهداشتی بجز بهورز | | | | | د ) جراید ، مجله و... | | | | | | | ه ) سایر ( با ذکر نام ) | | |
| 14 ) آیا این کودک قبلا نیز دچار حادثه ای**( ترافیکی یا غیرترافیکی )**شده که منجر به دریافت اقدامات در مراکز بهداشتی درمانی یا بیمارستانی شده باشد؟ ذکر نام حادثه؟**( در صورتی که کودک سابقه مشکلات رفتاری داشته که در بروز حادثه موثر بوده است در این سوال عنوان شود )** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 ) آیا در این خانوار تا کنون به جز این کودک، کودک دیگری نیز دچار حادثه **( ترافیکی یا غیرترافیکی )**شده که منجر به دریافت اقدامات در مرکز بهداشتی درمانی یا بیمارستانی شود؟ ذکر نام حادثه؟ **( در صورت وجود سابقه مشکلات رفتاری پدر و مادر که در بروز حادثه برای کودکانشان موثر بوده است در این سوال عنوان شود )** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 ) از نظر شما عامل بروز حادثه چه بوده است؟ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| الف ) تخلف راننده خودرو | | | | | | ب ) تخلف راننده مقابل | | | | | | | | | ج ) نقص فنی اتومبیل | | | | | | | |
| د ) مشکلات خیابان یا جاده ( وجود دست انداز ، دیدناکافی ، باریک بودن جاده ، نامناسب بودن پیاده رو ) | | | | | | | | | | | | | | | ه ) سایر ( با ذکر نام ) | | | | | | | |
| 17 ) آیا اقدامات اولیه انجام شده در موضع بروز حادثه کامل بوده است؟ **( منظور رفتار خانواده و اطرافیان از نظر زمانی و نیز از نظر نوع اقدام است )** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| بلی | | | | | | | | | | خیر **( همراه با توضیح** ) | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **نام و نام خانوادگی تکمیل کننده :** | **سمت :** | **تاریخ تکمیل :** |

**در تکمیل پرسشنامه فوق توجه به نکات ذیل ضروری است :**

1. **سوالات به نحوی تدوین شده است که پاسخ سوالات 15-1 بر اساس نظرات مصاحبه شونده و سوالات 16 و 17 بر اساس نظرات مصاحبه کننده تکمیل می شود.**
2. **پرسشگر در پاسخ به سوالات 14 و 15 ضمن ثبت نظرات مصاحبه شونده، بر اساس اطلاعات کسب کرده می تواند به وجود مشکلات رفتاری خاص در کودکان مانند بیش فعالی یا سابقه مشکلات رفتاری والدین شبیه کودک آزاری اشاره نماید.**
3. **ملاک قضاوت در مورد صحیح و کامل بودن اقدامات انجام شده در سوالات 17براساس رفرنس های آموزشی احیای پایه کودکان و شیرخواران ( برای پرسنل بهداشتی، درمانی و مراقبین بهداشتی ) و بوکلت چارت کودک مصدوم خواهد بود.**