

ชื่อสถานบริการ.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด..... วันที่รายงาน.....เดือน..... พ.ศ.

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ..... ปี

- สัญชาติ ไทย (เป็นคนไทย หรือคนที่มีเลข 13 หลัก แต่ไม่ระบุสัญชาติ)
 ต่างด้าว (ลาว พม่า กัมพูชา)
 อื่นๆ

อาชีพ.....เลขประจำตัวประชาชน.....

เลขที่ผู้ป่วยนอก.....เลขที่ผู้ป่วยใน.....

วันที่เสียชีวิต.....อายุครรภ์ขณะมารดาเสียชีวิต.....

2. ข้อมูลการฝากครรภ์ ฝากครรภ์ ไม่ฝากครรภ์

ตั้งครรภ์ครั้งที่..... เคยคลอด.....ครั้ง เคยแท้ง.....ครั้ง
 วันที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก.....สัปดาห์ จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ตามเกณฑ์.....ครั้ง
 น้ำหนักของมารดาเมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก.....กิโลกรัม ส่วนสูง..... เซนติเมตร
 น้ำหนักของมารดาเมื่อก่อนคลอด.....กิโลกรัม

Hb/Hctครั้งที่ 1 Hb/Hctครั้งที่ 2 Anti HIV.....
 กำหนดคลอด.....

3. ภาวะเสี่ยงขณะตั้งครรภ์

- ประวัติความผิดปกติของครรภ์นี้.....
- ประวัติภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ครั้งนี้
 - มี ไม่มี
 - ความดันโลหิตสูง ไข้หวัดในปัสสาวะ
 - น้ำตาลในปัสสาวะ ซีด
 - เด็กทำผิดปกติ Previous C/S
 - อื่น ๆ ระบุ.....
- ประวัติการได้รับยาขณะตั้งครรภ์และข้อสรุปสำคัญในระยะตั้งครรภ์.....

4. การรับเข้ารักษาในสถานบริการ

- ว.ค.ป. เข้ารับการรักษา วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....
- สถานภาพที่มาถึงสถานบริการ
 - แท้ง ท้องนอกมดลูก ฝากครรภ์
 - เจ็บครรภ์/น้ำเดิน หลังคลอด ตกเลือดก่อนคลอด

- สถานภาพผู้ป่วยเมื่อถึงสถานบริการ
 - ยังคงดี (stable) อาการหนัก
 - เสียชีวิตก่อนถึงสถานบริการ อื่นๆ ระบุ.....
- Case Refer มาเอง

5. ข้อมูลการคลอดหรือการแท้ง

A ความก้าวหน้าของการคลอด

- มีการใช้ Partograph หรือไม่ ใช่ ไม่ใช่
 - ระยะที่ 1 ชม. นาที
 - ระยะที่ 2 ชม. นาที
 - ระยะที่ 3 ชม. นาที
- น้ำคร่ำแตกเวลา สีน้ำคร่ำ

B ข้อมูลการคลอดหรือการแท้ง

- วันที่คลอดหรือแท้ง เวลา.....
- กรณีแท้ง แท้งเอง ทำแท้ง
- กรณีคลอด
 - วิธีคลอด ปกติ C/S F/E V/E BBA
 - คลอดทำกันทางช่องคลอด อื่นๆ.....
- ผู้ทำคลอด สูติแพทย์ พยาบาล
 - ผดุงครรภ์ ผดบ.
 - แพทย์ใช้ทุน บุคลากรอื่นๆ ที่ผ่านการอบรม
 - อื่นๆ.....
- น้ำหนักทารกแรกเกิด กรัม

C ลักษณะเด็กเมื่อแรกคลอด.....

- Apgar score ที่ 1 นาที = ที่ 5 นาที =
- ลักษณะของรกและน้ำหนักรก
- อาการของมารดาเมื่อหลังคลอด

6. สรุปสาเหตุสำคัญที่ทำให้มารดาเสียชีวิต (กาเครื่องหมาย ✓ ลงใน ได้เพียง 1 ข้อ)

Group name	Potential causes of death
1. Pregnancies with abortive outcome	<input type="checkbox"/> Ectopic pregnancy <input type="checkbox"/> Hydatidiform mole <input type="checkbox"/> Failed attempted abortion <input type="checkbox"/> Complication of abortion (Genital tract and pelvic infection, Excessive hemorrhage, Embolism, Renal failure, metabolic disorders, damage to pelvic organs)
2. Hypertensive disorders in pregnancy, childbirth, and the puerperium	<input type="checkbox"/> Pregnancy induced hypertension <input type="checkbox"/> Eclampsia <input type="checkbox"/> Gestational hypertension

Group name	Potential causes of death
3. Obstetric haemorrhage	<input type="checkbox"/> Placenta adherens <input type="checkbox"/> Placenta previa <input type="checkbox"/> Abruptio placentae <input type="checkbox"/> Antepartum hemorrhage <input type="checkbox"/> Intrapartum hemorrhage <input type="checkbox"/> Postpartum hemorrhage (Retained placenta, Uterine atony, Perineal laceration) <input type="checkbox"/> Obstetric trauma (Rupture of uterus, Laceration of cervix, High vaginal laceration)
4. Pregnancy-related infection	<input type="checkbox"/> Chorioamnionitis <input type="checkbox"/> Puerperal infection <input type="checkbox"/> Infections of genitourinary tract
5. Other obstetric complications	<input type="checkbox"/> Venous complications : DVT <input type="checkbox"/> Liver disorders : Acute fatty liver <input type="checkbox"/> Postpartum cardiomyopathy <input type="checkbox"/> Intentional self - harm <input type="checkbox"/> Obstetric embolism (Amniotic fluid embolism, Pulmonary embolism)
6. Unanticipated complications of management	<input type="checkbox"/> Complications of anesthesia (Aspiration pneumonitis, Brain anoxia, High spinal block, Failed or difficult intubation) <input type="checkbox"/> Complications of surgery (Unintentional cut, Puncture, Perforation, Foreign body accidentally left) <input type="checkbox"/> Complications of medical care(Mismatched blood used in transfusion, Excessive amount of fluid transfusion, Failure in dosage, Anaphylaxis due to drug, Nonadministration of necessary drug, substance)
7. Non-obstetric complications	<input type="checkbox"/> Heart vascular diseases <input type="checkbox"/> Cerebral hemorrhage <input type="checkbox"/> Pneumonia <input type="checkbox"/> Neoplasm <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Autoimmune diseases <input type="checkbox"/> Malignancy <input type="checkbox"/> Endocrine diseases <input type="checkbox"/> Infections that are not a direct result of pregnancy
8. Unknown/undetermined	<input type="checkbox"/> The underlying cause is unknown or was not determined
9. Coincidental causes	<input type="checkbox"/> External causes except intentional self-harm(Accidental, Assault) <input type="checkbox"/> Diseases not aggravated by the pregnancy

7. สรุปสาเหตุที่ทำให้มารดาเสียชีวิตเมื่อวิเคราะห์ 3 Delays (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

Delays	หัวข้อ	ใช่	ไม่ใช่	เหตุผล.../ โปรกระบุ
1. หญิงตั้งครรภ์/ครอบครัว (การตัดสินใจ)	ความซ้กซ้ำในการตัดสินใจเข้าสถานพยาบาล			
	การปฏิเสธการรักษาหรือเข้ารับการรักษา			
2. ระบบส่งต่อและการสื่อสาร (การเข้าถึง)	ขาดยานพาหนะจากบ้านไปสถานพยาบาล			
	ขาดยานพาหนะระหว่างสถานพยาบาล			
	การสื่อสารระหว่างสถานบริการล้มเหลว			

3. บุคลากรและสถานพยาบาล (คุณภาพบริการ)	ขาดวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์, ยา, คลังเลือด			
	บุคลากรไม่เพียงพอ			
	ขาดทักษะ ความชำนาญ			
	ความล่าช้าในการรักษาและตัดสินใจ เปลี่ยน วิธีการรักษาตาม CPG			

8. การผ่านชั้นสูตรศพ

ไม่ได้ทำ

ได้ทำ ผลการชันสูตรศพ.....

9. สรุปโดยย่อเกี่ยวกับปัจจัยหรือเหตุการณ์สำคัญที่เกี่ยวกับการตาย

10. การตายครั้งนี้สามารถป้องกันได้หรือไม่

ได้

ไม่ได้

11. ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา.....

12. คณะกรรมการ MCH รพ.....

จังหวัด.....

(ชื่อ-สกุล).....

วันที่.....

13. ผู้ตรวจสอบความสมบูรณ์ของรายงาน

(ชื่อ-สกุล).....

วันที่.....

14. ผู้ส่งรายงานเข้ากรมอนามัย

(ชื่อ-สกุล).....

วันที่.....