

بسمه تعالی

متوفی خانم ۳۴ ساله $G_2P_2Ab_1L_2$ ساکن شهر با تحصیلات سیکل و خانه دار، همسر ایشان ۳۹ ساله، با تحصیلات سیکل و کارگر می باشد. مادر در تاریخ ۱۴۰۴/۱۰/۲۲ یک روز بعد از زایمان سزارین در بیمارستان A فوت نموده است. زایمان مادر در تاریخ ۱۴۰۴/۱۰/۲۱ در سن بارداری ۳۷ هفته و یک روز بوده است. شایان ذکر است مادر یک پسر ۱۱ ساله داشته و بارداری دوم منجر به سقط در تاریخ ۱۳۹۸/۱۲/۲۸ گردیده است.

مراقبت پیش از بارداری

مراقبت پیش از بارداری در واحد بهداشتی به شرح ذیل انجام شده است:

تاریخ	مراقبت	نتیجه ارزیابی
۱۴۰۳/۰۶/۰۶	مراقبت پیش از بارداری (ماما)	P.R: 82 R.R: 18 BP: 110/60 Wt: 99 قد: 165.5 BMI: 36.14 مادر سابقه یک سقط خودبخود داشته و منعی برای بارداری ندارد. با توجه به نمایه توده بدنی چاق و سقط خودبخود ارجاع غیر فوری به پزشک انجام شده است. در تاریخ ۱۴۰۳/۰۶/۰۷ ویزیت پزشک تحت عنوان مشاوره تغذیه ثبت شده اما تکمیل فرم مراقبت پیش از بارداری ویژه پزشک و ارجاع به کارشناس تغذیه انجام نگردیده است.
۱۴۰۳/۰۶/۱۱	تفسیر نتایج آزمایش های پیش از بارداری (ماما)	Hb: 14.4, MCV: 87.6, MCH: 28.4, Plt: 337.000, FBS: 92, TSH: 1.9 آزمایشات فاقد مشکل می باشد.

مراقبت بارداری

مادر مراقبت های دوران بارداری را از بخش های دولتی و خصوصی دریافت نموده است.

مراقبت بارداری در واحد بهداشتی

در تاریخ ۱۴۰۴/۰۳/۲۱ مادر با تست بتا مثبت به پایگاه سلامت، مرکز شهری B، در سن بارداری ۶ هفته و ۳ روز جهت تشکیل پرونده بارداری مراجعه نموده، توسط ماما ثبت بارداری انجام و مراقبت های لازم به ایشان ارائه شده است. LMP مادر ۱۴۰۴/۰۲/۰۷ ثبت و در زمان مراجعه ۱۶۴,۵cm، قد، ۷۹ kg، وزن و BMI ۲۹,۱۹ (اضافه وزن) بوده که بر اساس وزن زمان مراجعه مادر محاسبه گردیده است.

به طور کلی مادر در طی بارداری ۳ بار توسط پزشک ویزیت و ۳ بار توسط ماما مراقبت گردیده است.

مراقبت های مادر به شرح ذیل بوده است:

تاریخ	نوع مراقبت	نتیجه ارزیابی
۱۴۰۴/۰۳/۲۱	مراقبت و شرح حال اولیه بارداری	G.A: 6w,3d P.R: 79 R.R: 18 T: 36.1 BP: 110/60 Wt: 79 در مراقبت معمول بارداری واکسیناسیون ناقص، سابقه سقط خود به خود و BMI=29.19 ذکر شده و ارزیابی الگوی غذایی برای مادر انجام شده که با توجه به BMI=29.19 جهت ارزیابی کارشناس تغذیه به پزشک مرکز ارجاع شده است.
۱۴۰۴/۰۳/۲۵	مراقبت و شرح حال اولیه بارداری (پزشک)	G.A: 7w P.R: 79 R.R: 18 T: 36.1 BP: 110/60 Wt: 79 در ارزیابی انجام شده توسط پزشک به سوابق سزارین، سقط، تنبلی تخمدان و مصرف متفورمین در مادر اشاره شده و درخواست آزمایشات ثبت گردیده است.
۱۴۰۴/۰۴/۰۳	مراقبت ویژه بارداری (ماما)	G.A: 8w,2d P.R: 77 R.R: 19 T: 36.1 BP: 90/60 Wt: 81 مادر به علت وزن گیری نامناسب به کارشناس تغذیه ارجاع شده است.

نتایج آزمایشات معمول نوبت اول بارداری به شرح ذیل می باشد: Hb:12.7, Hct:37.5, MCV:91, MCH:30.7, MCHC:33.8, Plt:229.000, FBS:80, TSH:1.63, BUN: 8, Cr: 0.8, BG&RH: O+, VDRL: Neg, U/A : Neg (WBC:2), U/C: Neg, HIV.Ab: Neg, HBS(Ag): Neg	و آزمایشات (۱۰-۶ هفته)	
G.A: 11w,1d P.R: 75 R.R: 18 T: 36.1 BP: 100/60 Wt: 84 مادر به علت وزن گیری نامناسب به کارشناس تغذیه ارجاع شده است.	مراقبت ویژه بارداری (ماما)	۱۴۰۴/۰۴/۲۳
پیگیری مراقبت مادر در تاریخ ۱۴۰۴/۰۶/۲۲ انجام شده که پاسخگو نبوده است.		
G.A:21w,3d P.R:75 R.R: 18 T: 36.1 BP: 100/60 جهت وزن گیری نامطلوب مراقبت ویژه دریافت نموده است. (وزن ثبت شده در دفتر سبز مراقبت بارداری در این تاریخ ۹۱ کیلوگرم بوده است) علائم غیرطبیعی همراه با وزن گیری نامناسب را نداشته و تاریخ مراجعه بعدی یک هفته بعد تعیین شده است. نتیجه سونوگرافی نوبت اول بارداری که در تاریخ ۱۴۰۴/۰۶/۱۱ انجام شده به شرح ذیل ثبت گردیده است: G.A by SONO: 18w.2d G.A by LMP: 18w.2d F.Activity: ok FHR: ok Placenta: Anterior A.F:NL	مراقبت ویژه بارداری (ماما) و ثبت سونوگرافی نوبت اول	۱۴۰۴/۰۷/۰۲
در تاریخ ۱۴۰۴/۰۷/۰۹ پیگیری مادر برای وزنگیری نامطلوب و در تاریخ ۱۴۰۴/۰۷/۲۶ جهت انجام مراقبت، انجام گردیده است.		
G.A: 24w.6d P.R: 84 R.R: 18 T: 37 FHR: OK HF:25w BP: 110/60 Wt: 93.5 توسط ماما مراقبت های روتین با توجه به سن بارداری انجام و تاریخ ۱۴۰۴/۰۷/۲۸ برای پیگیری نتایج آزمایشات تعیین گردیده است همچنین توسط پزشک سونوگرافی درخواست شده است.	مراقبت سوم بارداری ۳۰-۲۴ هفته (ماما)	۱۴۰۴/۰۷/۲۶
نتایج آزمایشات معمول نوبت دوم بارداری به شرح ذیل می باشد:: Hb: 12.4, Hct: 36.5, MCV: 92.9, MCH: 31.3, MCHC: 33.9, FBS: 73, 1hr: 158 , 2hr: 111, مادر RH: +, Plt: 230.000, U/A : Neg	نتایج آزمایشات ۳۰-۲۴ هفته	۱۴۰۴/۰۷/۲۶
G.A: 31w,5d P.R: 84 R.R: 18 T: 37 BP: 110/60 Wt: 95 FHR: 145 HF:32w مراقبت های روتین با توجه به سن بارداری انجام و مشکل خاصی ذکر نگردیده است. واکسیناسیون آنفلوانزا برای مادر انجام شده است. نتیجه سونوگرافی نوبت دوم بارداری که در تاریخ ۱۴۰۴/۰۹/۰۴ انجام شده به شرح ذیل می باشد: G.A by SONO: 30w G.A by LMP: 30w.2d F.Activity: ok FHR: ok Placenta: Anterior A.F:NL	مراقبت چهارم بارداری ۳۴-۳۱ هفته (ماما) ، واکسیناسیون آنفلوانزا و ثبت سونوگرافی نوبت دوم	۱۴۰۴/۰۹/۱۵
در تاریخ های ۱۴۰۴/۰۹/۲۴ و ۱۴۰۴/۱۰/۰۸ پیگیری جهت انجام مراقبت روتین انجام شده که مادر پاسخگو نبوده است.		
در تاریخ های ۱۴۰۴/۰۳/۲۱، ۱۴۰۴/۰۴/۰۳ و ۱۴۰۴/۰۴/۲۳ ارزیابی خطر ترومبوآمبولی برای مادر انجام شده و در ارزیابی انجام شده بر اساس معیارهای سامانه سبب خطر ترومبوآمبولی وجود ندارد.		

شرح مراقبت های انجام شده در درمانگاه بیمارستان A:

طبق اظهارات همسر مادر تحت نظر متخصص زنان بوده و بارداری اخیر با استفاده از روش های کمک باروری رخ داده و ادامه مراقبتها در درمانگاه بیمارستان A به شرح زیر انجام شده است: مادر سابقه نازایی اولیه نیز به مدت ۶ سال داشته است. (نتایج مراقبت ها براساس کارت مراقبتی بایگانی شده در درمانگاه ثبت گردیده و نسخه ویژه مادر در این مرکز در اختیار مادر قرار نمی گیرد)

توضیحات	وزن (Kg)	FHR	BP	سن بارداری	تاریخ
G3P2L2Ab1- LMP:1404/01/02 , EDC:1404/10/09 , WBC:7920, Hb:12.7.5,HCT:37.5,MCV:91, PLT:229000 UC:NL, FBS:80 , BUN:8, Urea:17, Cr:0.8, TSH:1.63 Sono29.3:7w,4d ,single, FHR:OK , AF:NL	نتیجه ارسال آزمایشات				۱۴۰۴/۰۳/۲۶
sono 30.4.1404:12w,1d , FHR:OK , NT:1.4mm	۸۷,۴۵	-	۱۳۰/۹۰	13w,3d	۱۴۰۴/۰۵/۰۸
	۸۸,۲۵۰	۱۴۴	۱۵۰/۹۰	16w,3d	۱۴۰۴/۰۵/۲۹
Sono:18w,2d , breech, FHR:OK, placenta:Ant , AF:NL, cervical length: 40mm, Anomaly: not seen					۱۴۰۴/۰۶/۱۱
Lab 24.7: WBC:9860, Hb:12.4.5,HCT:36.5,MCV:92.2, PLT:230000, UC:NL, FBS:73 , BUN:8, TSH:1.69 Urea:17,SGOT:18,SGPT:20,ALKp:192 , Ferritin:39, GTT:(30)143 ,(1h)158 ,(2h)111	۹۱,۵	۱۴۸	۱۲۰/۸۰	20w,3d	۱۴۰۴/۰۶/۲۶
تجویز متیل دوپا	۹۴,۳۰۰	۱۴۸	۱۲۵/۸۰	24w,3d	۱۴۰۴/۰۷/۲۳
	۹۶,۲۵۰	۱۴۴	۱۲۰/۷۰	26w.3d	۱۴۰۴/۰۸/۲۱
Sono:30w,4d , cephalic , placenta:left lateral Ant , FHR:ok , AF:NL					۱۴۰۴/۰۹/۰۴
	۹۷,۶۰۰	۱۴۰	۱۲۰/۸۰	32w,3d	۱۴۰۴/۰۹/۱۹
آموزش کنترل حرکت جنین، علائم خطر	۱۰۲,۱۰۰	۱۴۰	۱۱۵/۸۰	36w,3d	۱۴۰۴/۱۰/۱۷

طبق مستندات کارت مراقبت مادر جهت انجام مشاوره داخلی و قلب به متخصص ارجاع شده است.

طبق پرسشگری انجام شده از همسر متوفی مادر از اواسط بارداری قرص ASA تا هفته ۳۵ و دو ماهه آخر بارداری آمپول انوکسپارین روزانه تا حدود دو هفته قبل از زایمان تزریق می کرده است. طی سه ماهه آخر از درد هر دو پا شاکی بوده و پاها دارای ادم بوده است. قرص متیل دوپا روزانه ۱,۵ قرص و سپس روزانه یک عدد تجویز شده است.

در تاریخ ۱۴۰۴/۱۰/۱۷ به متخصص زنان مراجعه کرده و بنا به توصیه ایشان مقرر می گردد، روز یکشنبه ۱۴۰۴/۱۰/۲۱ جهت انجام نوار قلب جنین و احتمالاً ختم بارداری به بلوک زایمان بیمارستان A مراجعه کند. پس از مراجعه در ساعت ۸:۳۰ صبح دستور بستری جهت انجام سزارین صادر شده است.

بیمارستان A:

مددجو در تاریخ ۱۴۰۴/۱۰/۲۱ ساعت ۸:۲۳ صبح به بلوک زایمان بیمارستان A مراجعه کرده و طبق فرم تریاژ شکایت مادر درد ثبت شده و سطح تریاژ ۳ تعیین شده است. GA:37 هفته بوده و معاینه واژینال:

cephalic In 3- 2f 30% و علائم حیاتی به شرح: BP:120/80, PR:80, RR:20, T:36 و o2sat:96% و FHR:140 بوده است. طبق شرح حال ثبت شده توسط پزشک معالج مادر سابقه لاپاراسکوپی، کورتاژ، سزارین قبلی و فشار خون مزمن داشته و معاینه قلب و ریه در حد قابل بررسی نرمال ثبت شده است. سابقه دارویی: مصرف قرص متیل دوپا و قرص ASA تا تاریخ ۱۴۰۴/۱۰/۱۶ داشته است.

طبق دستورات پزشک آزمایشات CBCdiff, BGRH, UA, PT,PTT, Bill, Fib, AST,ALT, ALK p, BS مادر جهت عمل سزارین آماده و در ساعت ۹:۴۰AM به اتاق عمل انتقال یافت.

شرح عمل سزارین: مادر در ساعت ۱۰ تحت بیهوشی عمومی قرار گرفته و نوزاد دختر در ساعت ۱۰:۰۵ با آپگار ۹/۱۰ و با وزن ۲۷۱۰ گرم به دنیا آمد. در پایان عمل سزارین بیمار به طور ناگهانی دچار ارست قلبی ریوی شد. اقدامات احیا فوراً توسط متخصص بیهوشی انجام گرفت و در اتاق عمل مشاوره قلب و اکوکاردیوگرافی انجام گرفت. نتیجه ارسال آزمایشات:

BS:79, BUN:7, Cr:0.63, uric acid:4.6, AST:25, ALT:23, ALK P:341, Billi T:0.5, Bili D:0.13, Billi In:0.37, LDH:290, PT:12.9, INR:1, PTT:29, Fibrinogen:425

مشاوره قلب در اتاق عمل (ثبت شده در ساعت ۱۰:۵۰AM): بیمار خانم G2 با سابقه مصرف متیل دوپا، در آخر سزارین دچار ارست شده و CPR شده است. در حال حاضر هوشیار نبوده، اینتوبه و تحت ونتیلاتور بوده و طبق مشاوره بیمار تاکی کارد و ادم ۱+ اندام تحتانی داشته و سمع ریه رال نداشته است. فشار خون با لئوفد و دوپامین ۱۰۰/۷۰ (در سیر معالجات BP:70/P ثبت شده است). بوده است. طبق ECG:inf ST elevation تشخیص داده شده است. اکو پرتابل با حضور متخصص قلب دوم انجام شد. در اکو توده مشکوک در main PA تشخیص داده شد. طبق نظرات تیم جمعی و فوق تخصص جراحی قلب بیمار کاندید انجام آنژیوگرافی عروق کرونر و تزریق پلومونر در کت لب گردید. نتیجه اکوکاردیوگرافی به صورت:

EF:35-40%, mild MR, NL AS, NL AI, severe RA & RV E, moderate RV dysfunction, clot in main PA

دستورات: ۱: انفوزیون سرم لئوفد با سرعت ۲۰ /min میکروگرم به شرط SBP<90

۲: سرم DS/۱lit

۳: انفوزیون سرم دوپامین با سرعت ۲۰ /kg/min میکروگرم به شرط SBP<90

مشاوره جراحی قلب اورژانسی، در صورت وجود clot در main PA در آنژیوگرافی

گزارش آنژیوگرافی: بیمار به دلیل massive PTE در ساعت ۱۰:۳۰ صبح با برانکارد و به صورت اینتوبه و با تیم احیا به اتاق کت لب منتقل گردید. بیمار سریعاً روی تخت آنژیوگرافی قرار گرفت. علائم حیاتی: BP:100/60, PR:170 و میزان o2sat:98% بوده، بیمار مرتباً توسط بیهوشی و به وسیله آمبویگ ونتیله می شد. دریپ هیپارین و لئوفد در جریان بوده

است. پرپ درپ ناحیه فمورال انجام شده و آنژیوگرافی کرونر و تزریق پولمونر انجام شد. مشاوره با جراح قلب و همچنین اکوکاردیوگرافی انجام شد.

Report Angio: some clots was seen in right upper lobe PA and left PA

و در گزارش مکتوب توسط متخصصین قلب نتیجه به صورت: کرونرها و پولمونر نرمال و filling defect کوچک مشهود است و طبق گزارش متخصص قلب در برگه سیر بیماری با توجه به آنژیوگرافی و اکو پرتابل RV در حد Mild to Mod بود. با توجه به میزان فشار خون ۱۱۰/۷۰ با دوز پایین دریافت لئوفد و عدم رؤیت clot در main PA و پولمونر راست و چپ تصمیم به درمان دارویی گرفته شد.

نتیجه ABG در ساعت ۱۱:۲۳:

PH:7.056 , PCO2:55.3 , PO2:79.9 , HCO3:14.8 , BE(B):-15.4 , BE(ecf):-15.6 , so2(est):90.9, ctCO2(P):16.5 , ctO2(a):14.9 , BB:31.2 , HCO3-std:12.8

و در ساعت ۱۲ با همودینامیک پایدار و BP:140/80 , PR:170 به OR منتقل گردید.

نتیجه ارسال ABG در ساعت ۱۲:۰۶:

PH:7.19 , PCO2:72.6 , PO2:29, HCO3:27.7 , BE(B):-1.9 , BE(ecf)-0.7 , A-aDO2:7 , RI:0.2

گزارش سیر بیماری توسط پزشک معالج: با توجه به عدم گذشت ۶ ساعت از سزارین و وجود خونریزی واژینال متوسط و خفیف از انسزیون بعد از تزریق هپارین در حین آنژیوگرافی و گزارش وجود خونریزی واژینال و خونریزی از جدار، طی استعلام انجام شده از استاد معین زنان: در صورت حیاتی بودن دریافت هپارین، تجویز آن ضروری می باشد. بنابراین هپارین درمانی شروع شده و بیمار به ICU انتقال یافت. جهت کنترل بهتر خونریزی سوند بکری تا ۳۰۰CC مایع در رحم گذاشته شد و ۱۰۰۰ میکروگرم میزوپروستول رکتال تجویز شد و پانسمان فشاری در محل انسزیون گذاشته شد.

دستورات:

- سرم درمانی طبق نظر سرویس بیهوشی

- آمپول مروپنم ۱gr/q8h

- آمپول پنتاپرازول ۴۰mg/BD

- سوند fix ادراری و کنترل IO

- کنترل VB از طریق سوند رحمی

بیمار در ساعت ۱۲:۳۰ به همراه متخصص بیهوشی به بخش ICU انتقال داده شد.

گزارش متخصص بیهوشی مقیم در ICU: علائم حیاتی بیمار در زمان تحویل BP:111/83, HR:160, O₂sat:90% بوده است. آرتلاین دارد. در حین عمل سزارین دچار Massive PTE و ارست قلبی شده که بلافاصله CPR شده و در حین احیا اپی نفرین و ماساژ قلبی دریافت کرده است. به آنژیو رفته و PTE تشخیص قطعی داده شده است. طبق نظر جراح قلب نیاز به آمبولکتومی اورژانسی نداشته است. ۳ نوبت ABG ارسال شده که بی کربنات دریافت کرده است. در CXR ادم ریه داشته، مردمکها LB بوده است. دستور تزریق ۲ عدد پک سل داده شد.

طبق ویزیت متخصص زنان در ساعت ۱۴ بیمار تاکی کارد بوده، سوند رحمی ۴۰۰CC خون داشته که تخلیه شد. خونریزی در سوند رحمی و محل انسزیون وجود نداشت. **دستورات:**

- در هر لیتر سرم ۳۰ واحد سنتو و ۲۰ واحد سنتو IM/ q8h دریافت کند.

در ساعت ۲:۵۰ PM بیمار مجدداً توسط متخصص قلب ویزیت شد. هوشیار نبوده، اینتوبه و تحت ونتیلاتور بوده است. اینوتروپ دریافت نمی کند. BP:80/P , PR:180 دستورات:

- سرم D/S DC

- سرم NS/۱lit/q8h

- رزرو ۴ واحد پک سل و FFP ایزوگروپ و ایزو RH

- انجام اکوی تخصصی

- ثبت Hb, HCT/q6h و ارسال آزمایشات PT, PTT, INR, CBC diff, k

- انجام CT با پروتکل PTE و سونوگرافی داپلر اندام تحتانی

- لازیکس hold

- قرص NAC/۶۰۰mg/BD

در ساعت ۱۶:۱۰ طبق گزارش متخصص بیهوشی بیمار به دنبال برادیکاردی دچار آسیستول و ارست قلبی تنفسی مجدد شد که بلافاصله به مدت ۲۰ دقیقه CPR شد که پاسخ داد و ریتم سینوسی شد. مقرر شد آمپول کلسیم ۱gr انفوزیون شده و شرایط بیمار به اطلاع سرویس قلب رسانده شود. نتیجه کالر داپلر وریدی اندام تحتانی No DVT گزارش گردید.

طبق تماس با متخصص قلب و اطلاع عدم اجازه پزشک بیهوشی با توجه به شرایط بیمار جهت انجام CT با پروتکل PTE: دستورات:

۱: اکو تخصصی انجام شده و در صورت عدم امکان اکو عادی انجام شود.

۲: جهت انجام آمبولکتومی با جراح قلب هماهنگ شود.

۳: دریافت سرم نرمال سالین stat

۴: دوپامین با دوز ۱۰ میکرو شروع شده و لئوفد از ۲۰ قطره به ۳۰ قطره افزایش یابد.

گزارش اکوکاردیوگرافی در ICU بر بالین بیمار:

NL LV size and acceptely EF:55% , Non ST, Mild MR , RV Mild dilation, mild to mod dysfunctin, mild TR, PAP:35mmHg, No obvious clot in main PA, No obvious clot in IVC/NL IVC, severe thick pleural effusion in left with long collapse on it

در ساعت ۱۸:۴۵ طبق تماس با متخصص قلب با توجه به یافته های آنژیوگرافی و اکوی تخصصی دستورات:

۱: فعلاً جراحی انجام نشود.

۲: ارسال k اورژانس

۳: انجام CT با پروتکل PTE در صورت OK بیهوشی

۴: پیگیری جهت Tap مایع تحت گاید سونوگرافی

۵: سونوگرافی شکم و لگن

در ساعت ۱۹:۱۵ طبق گزارش متخصص بیهوشی با توجه به مشاوره قلب بیمار جهت انجام عمل آمبولکتومی به اتاق عمل انتقال یافت.

شرح عمل: بیمار در حالت شوک کامل با gasping و فشار ۴۰ علیرغم دریافت دوز بالای اینوتروپ به اتاق عمل منتقل گردید.

نوع جراحی: اکسپلور شریان PA و آمبولکتومی PA

تشخیص قبل از عمل: massive PTE

تشخیص بعد از عمل: Sever RV dysfunctin

در ساعت ۲۱ طبق گزارش متخصص زنان بیمار در حال انجام جراحی قلب بوده و لخته واضحی وجود نداشته است. احتمال آمبولی مایع آمنیوتیک برای بیمار نیز مطرح بوده است.

دستورات post up فوق تخصص جراحی قلب و عروق:

- کنترل vs روتین در ICU

- سرم ۱۰ cc kcl + ۷۰۰ cc ۵٪ DW

- آمپول لازیکس ۵-۳ mg/h

- آپول سفتریاکسون ۱ gr/BD

- آمپول ونکومايسين ۵۰۰ mg/stat و سپس طبق دستور

- آمپول پنتاپرازول ۴۰ mg/BD

- آمپول لئوفد با سرعت ۰,۵ /min میکروگرم
- آمپول آدرنالین ۰,۵-۰,۰۵/kg/min میکروگرم
- دوبوتامین ۵-۳/kg/min میکروگرم
- CXR

- چک K-BS-Hb طبق دستور

- هپارین و ASA از فردا صبح

در ساعت ۲۲:۳۰ بیمار به ICU قلب منتقل گردید. خونریزی در سوند بکری حدود ۶۰۰CC می باشد به پمپ متصل می باشد. در ساعت ۱۲MN طبق گزارش پزشک معالج بیمار تاکی کاردی شدید داشته و فشار خون با دوپامین و لئوفد ۹۰/۶۰ بوده و دستور اصلاح اسیدوز و آنمی داده شد. (خونریزی شدید از رگها و سوند رحمی) در ساعت ۵:۱۵AM فشار خون ۷۰ بوده و خونریزی نسبتاً شدید از محل CV line و سوند رحمی وجود داشته است.

در ساعت ۵:۳۰AM بیمار دچار ارست قلبی تنفسی شده، عملیات احیا انجام شده که متأسفانه موفقیت آمیز نبوده و در ساعت ۶:۱۵ فوت بیمار اعلام می گردد.

طبق گزارش پزشکی قانونی علت فوت "ناکفایتی همودینامیک به دنبال آمبولی وسیع شریان های ریوی در زمینه بارداری" اعلام گردیده است.

مداخلات در خصوص اصلاح روند ارائه خدمات بهداشتی درمانی مرگ مادر		
نواقص خدماتی	هدف	فعالیت
حوزه بهداشت: دوران قبل از بارداری: - مراقبت پیش از بارداری توسط ماما انجام و با توجه به نمایه توده بدنی چاق و سقط خودبخود ارجاع غیر فوری به پزشک انجام شده ولی تکمیل فرم مراقبت پیش از بارداری توسط پزشک انجام نشده و ارجاع به کارشناس تغذیه نیز توسط ایشان صورت نگرفته است.	ارتقاء خدمات مراقبتی مادران	مکاتبه با کلیه واحدهای بهداشتی در خصوص: -در موارد ارجاع مادر به پزشک (اعم از مراقبت های پیش و حین بارداری) ابتدا توسط پزشک از مسیر سربرگ "ارجاع و پیگیری ← ارجاع ارسالی/ دریافتی" علت ارجاع بررسی و سپس ارزیابی و مراقبت لازم انجام شود و برای ارسال فیدبک ارجاع به فرد ارجاع دهنده (ماما/ مامامراقب) از همان مسیر فوق اقدام گردد.. در موارد نیاز به ارجاع به سطوح تخصصی و یا کارشناسان روان یا تغذیه در پاسخ ارجاع ارسالی به ماما/ مامامراقب تاریخ پیگیری توسط پزشک برای ماما/ مامامراقب تعیین شود.
دوران بارداری: - شرح حال اخذ شده توسط مامای پایگاه با شرح حال پزشک در بخش هایی همخوانی ندارد. همچنین براساس پرسشگری انجام شده و اظهارات خانواده مادر در طی بارداری قرص		- ضروری است ضمن برقراری ارتباط مناسب با مادران باردار در اخذ شرح حال دقت گردیده و مادران در خصوص ضرورت بیان کامل موارد توجیه گردند.

	متیل دوپا و آسپرین و انوکسپارین مصرف می نموده که در سامانه سیب این موارد ثبت نگردیده است.
- چنانچه در حین انجام مراقبت معمول مواردی نیازمند ثبت باشد در پایان همان مراقبت ثبت شده و از ثبت مجدد آن در اقدام و ویزیت پرهیز گردد. - ثبت خدمات در سامانه سیب در مسیر تعیین شده انجام گردد. - در هنگام ثبت ویزیت مادر باردار توسط پزشک بایستی علت ویزیت مادر از جمله: لیست آزمایشات درخواستی، نوع سونوگرافی، علت ارجاع به سطوح تخصصی و ... دقیقاً ثبت گردیده و از انتخاب عبارت (سایر- متن آزاد) اکیدا پرهیز گردد. - در صورت وجود بیماری و نیاز به ارجاع به سطوح تخصصی، مطابق بوکلت سلامت مادران ارجاعات به سطوح تخصصی انجام و پاسخ ارجاعات پیگیری و فیدبک متخصص از مسیر پیگیری ثبت گردد. - ارجاع به سطوح تخصصی بایستی توسط پزشک مرکز انجام گردد. بجز مواردی که مادر نیازمند ارجاع فوری بوده و پزشک به هر دلیل در مرکز حضور ندارد. در این موارد ثبت ارجاع توسط ماما/ مامامراقب از مسیر ویزیت انجام می گردد. - نسبت به اخذ و ثبت تاریخ وقایع دقت شود. - در صورت حذف تاریخ مراجعه بعدی در پایان مراقبت های روتین (که گاهی بطور تصادفی در ثبت خدمات سامانه سیب ایجاد می شود)، تاریخ مراجعه بعدی در اقدام ثبت گردد.	* مشکلات مربوط به ثبت خدمات در سامانه سیب: - در مراقبت های معمول انجام شده، توضیحات تکراری در پایان مراقبت، همچنین در اقدام و ویزیت ثبت شده است. - علت ویزیت پزشک مشخص نمی باشد. - تاریخ سقط مادر (۱۳۹۸/۱۲/۲۸) در مراقبت پیش از بارداری ماما، ۱۴۰۰/۰۲/۱۱ و در شرح حال اولیه ماما، ۱۴۰۱/۱۲/۲۷ و در شرح حال اولیه پزشک، ۱۴۰۲/۰۴/۰۳ ثبت شده است.
- ویزیت اولیه روانپزشکی پزشک بایستی در اولین مراجعه مادر انجام شود و در صورت عدم حضور پزشک در مرکز مشابه شرح حال اولیه پزشک تا یک هفته بعد صورت پذیرد.	- خدمت (شرح حال روانپزشکی) در ویزیت اول پزشک برای مادر انجام نشده است .
- ضروری است در زمان جابجایی پرسنل مامایی ضمن هماهنگی واحد گسترش شبکه با واحد جوانی جمعیت و سلامت خانواده تحویل و تحول کلیه مادران باردار به جانشین بعدی صورت گیرد..	- از تاریخ ۱۴۰۴/۴/۲۳ الی ۱۴۰۴/۶/۲۲ هیچ پیگیری و یا ثبت تماس و اقدامی مبنی بر پیگیری مادر برای مراجعه به مرکز در سامانه وجود ندارد و براساس پرسشگری انجام شده

علیرغم جابجایی های مکرر پرسنل مامایی پایگاه سلامت مرکز B تحویل و تحول مادران باردار به شکل مناسب انجام نشده است.	
- خلاصه سوابق مراقبت بارداری در درمانگاه زنان مامایی بیمارستان A در اختیار مادر قرار نگرفته و همچنین ثبت دفترچه مراقبت سبزرنگ مادر نیز در موارد مراقبت ویژه در درمانگاه انجام نشده است.	مکاتبه توسط معاونت درمان با مراکز خصوصی و دولتی در خصوص ضرورت ارائه خلاصه سوابق مراقبتی به کلیه ی مراجعین باردار و تکمیل بخش مراقبت ویژه دفترچه سبزرنگ مراقبت مادر (برای مادران تحت پوشش حوزه بهداشت) -مکاتبه توسط معاونت بهداشت با واحدهای بهداشتی در خصوص ضرورت تکمیل دفترچه سبزرنگ مراقبت مادر و آموزش به مادران باردار در خصوص به همراه داشتن آن در تمام مراجعات دوران بارداری به بخش های دولتی و خصوصی
حوزه درمان درمانگاه بیمارستان A: - خلاصه سوابق مراقبت بارداری در درمانگاه در اختیار مادر قرار نگرفته و همچنین ثبت دفترچه مراقبت سبزرنگ مادر نیز برای موارد مراقبت ویژه در درمانگاه انجام نشده است. - نتیجه ارجاع به متخصص قلب و داخلی در کارت مراقبت ثبت نشده است. - تجویز آمپول انوکسپارین و قرص ASA در کارت مراقبت ثبت نشده است. - طبق پرسشگری از همسر متوفی دریافت آمپول انوکسپارین دو هفته قبل از زایمان قطع شده است. بیمارستان A: - علیرغم توصیه متخصص زنان به مراجعه مادر به بیمارستان جهت انجام NST در تاریخ ۱۴۰۴/۱۰/۲۱ در زمان مراجعه، NST انجام نشده بود.	مکاتبه با بیمارستان A در خصوص: - ضرورت ارائه خلاصه سوابق مراقبتی به کلیه ی مراجعین باردار و تکمیل بخش مراقبت ویژه دفترچه سبزرنگ مراقبت مادر (برای مادران تحت پوشش حوزه بهداشت) - طبق مکاتبه شماره ۱۲/۷/۵۷۶۲ پ مورخ ۱۴۰۱/۰۸/۲۳ اطلاعات کارت مراقبت بارداری می بایست در دو نسخه تنظیم شود. - با توجه به اهمیت موضوع ضروری است کلیه خدمات ارائه شده به مادران باردار در کارت مراقبت بارداری به طور دقیق ثبت و پیگیری گردد. - طبق راهنمای کشوری ارائه خدمات مامائی و زایمان (بازنگری چهارم مبحث ترومبوآمبولی) می بایست حداقل ۲۴ ساعت قبل از زمان پیش بینی شده برای ختم بارداری داروی ضد انعقاد قطع گردد. - برگزاری دوره آموزشی بیماریهای قلبی و ترومبوآمبولی در بارداری ویژه پزشکان و کارشناسان مامایی و پرستاری - طبق مکاتبه شماره ۱۲/۷/۳۲۵۶ پ مورخ ۱۴۰۰/۴/۱۶ در خصوص ابلاغ شناسنامه و استاندارد خدمت مراقبت روتین مامایی شامل قبل از زایمان، زایمان سزارین و مراقبت بعد از سزارین با توجه به GA:37w,1d بهتر است یک تراسه ۵-۳ دقیقه نوار NST از قلب جنین تهیه شده و ضمیمه پرونده گردد.