ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា

ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

ក្រសួងសុខាភិបាល

ពិធីសារជាតិ
ស្តីពី
ការពិនិត្យមរណភាពមាតា និងទារក
ជុំវិញកំណើត និងការឆ្លើយតប

ឆ្នាំ ២០២៥

បុព្វកថា

កម្ពុជាសម្រេចបានជោគជ័យដ៏សំខាន់ៗ ក្នុងរយៈពេលដប់ឆ្នាំចុងក្រោយនេះ អត្រាមរណភាពកុមារក្រោមអាយុ៥ឆ្នាំ និងកុមារទើបនឹងកើតបានធ្លាក់ចុះច្រើនជាងពាក់កណ្តាលចន្លោះឆ្នាំ២០១៤ ដល់ ២០២១-២២ គឺពី ៣៥ ចុះនៅត្រឹម១៦ និងពី១៨ ចុះនៅត្រឹម៨ ក្នុងចំណោមកំណើតរស់ ១០០០ នាក់ជាលំដាប់។ ស្ត្រីដែលជាមាតាចំនួន ៩៧,៥ %បានសម្រាលកូនជាមួយបុគ្គលិកជំនាញ និងនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល។ ទោះជាយ៉ាងណាអត្រាមរណភាពមាតា (MMR) ស្ថិតនៅកម្រិតដដែលក្នុងរយៈពេលដប់ឆ្នាំចុងក្រោយនេះ គឺ១៥៤ ក្នុងចំណោមកំណើតរស់ចំនួន ១០០ ០០០ នាក់ តាមរបាយការណ៍អង្កេតប្រជាសាស្ត្រឆ្នាំ២០២១-២០២២ ដែលអត្រាមរណភាពនេះធ្វើឱ្យប្រទេសកម្ពុជាស្ថិតក្នុងចំណោមប្រទេស ដែលមានអត្រាមរណភាពមាតាខ្ពស់បំផុតក្នុងតំបន់ ក្នុងខណៈការសម្រាលកូនដោយបុគ្គលិកជំនាញកើនឡើងក៏ដោយ។

ការផ្តល់សេវាសុខាភិបាលមានការរីកចម្រើនគួរឱ្យកត់សំគាល់ ប៉ុន្តែការខិតខំបន្ថែមត្រូវការជាចាំបាច់ដើម្បីកែលម្អគុណភាព នៃការថែទាំ កាត់បន្ថយបានបន្ថែមទៀតអត្រាមរណភាពមាតា និងរក្សាវឌ្ឍនភាព នៃសុខភាពទារក និងកុមារ ការប្រឹងប្រែងនេះតម្រូវឱ្យមានទាំងយន្តការកែលម្អគុណភាព (QI) ដើម្បីតាមដានជាប្រចាំក៏ដូចជាការគាំទ្រក្នុងការអនុវត្តការងារកែលម្អ ។

ការពិនិត្យមរណភាពមាតា និងទារកជុំវិញកំណើត និងការឆ្លើយតប (MPDSR) រួមបញ្ចូលការតាមដានបែបគុណភាពចុះអង្កេតស៊ីជម្រៅទាក់ទងនឹងមូលហេតុ និងស្ថានភាពដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការស្លាប់មាតា និងទារកទាំងនៅក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ឬនៅសហគមន៍។ ដំណើរការនេះគឺជាផ្នែកសំខាន់ នៃកិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងកែលម្អគុណភាព ដើម្បីកាត់បន្ថយមរណភាពមាតា និងទារកនៅក្នុងផ្ទៃ និងទារកទើបនឹងកើត ដែលអាចទប់ស្កាត់បានតាមរយៈការត្រួតពិនិត្យករណីមរណភាព និងប្រើប្រាស់ក្នុងការអភិវឌ្ឍផែនការសកម្មភាពជាក់លាក់ និងដែលអាចធ្វើបាន ដើម្បីបំពេញចន្លោះខ្វះខាតក្នុងការទទួលបានការថែទាំប្រកបដោយគុណភាព ។

ការអនុវត្ត MPDSR ដោយផ្អែកលើគោលការណ៍ស្នូលមួយចំនួនដើម្បីធានាបានទាំងប្រសិទ្ធភាព សុចរិត និងមានផលជះជាវិជ្ជមានលើប្រព័ន្ធសុខាភិបាល។ ជាមួយនឹងកិច្ចសហការដ៏រឹងមាំ និងការរៀនសូត្រចែករំលែកព័ត៌មានអាចកាត់បន្ថយដំណើរការដែលធ្វើស្មួនគ្នា និងពង្រឹងកិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងរួមគ្នាដើម្បីទប់ស្កាត់មរណភាពមាតា និងទារកដែលអាចបង្ការបាន។

ថ្ងៃ[illegible] ខែ[illegible] ឆ្នាំម្សាញ់ សប្តស័ក ព.ស.២៥៦៨

រាជធានីភ្នំពេញថ្ងៃទី ៣០ ខែ[illegible] ឆ្នាំ ២០២៥

រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសុខាភិបាល

សាស្ត្រាចារ្យ **ឈាន រ៉ា**

[1] Cambodia Demographic and Health Surveys 2014 & 2021/22.

សេចក្ដីថ្លែងអំណរគុណ

ក្រសួងសុខាភិបាលសូមថ្លែងអំណរគុណដល់ **លោកជំទាវសាស្ត្រាចារ្យ អ៊ឹម សិទ្ធិភារ្យ** រដ្ឋលេខាធិការ ក្រសួងសុខាភិបាល និងជាប្រធានគណៈកម្មការសម្របសម្រួលក្នុងការពង្រឹងគុណភាពថែទាំព្យាបាលសុខុមាលភាព មាតា ទារក កុមារ និងរោគស្ត្រី ក្នុងព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា ដែលបានដឹកនាំក្នុងដំណើរអភិវឌ្ឍពិធីសារជាតិនេះ ។

សូមថ្លែងអំណរគុណដល់ក្រុមការងារពិនិត្យមរណភាពមាតា និងទារកជុំវិញកំណើតនិងការឆ្លើយតបដែលមាននាយកដ្ឋានដែលពាក់ព័ន្ធ នៃក្រសួងសុខាភិបាល ក្រុមការងារអញ្ជើញមកពី មន្ទីរសុខាភិបាលខេត្តបាត់ដំបង កំពង់ចាម សៀមរាប ពោធិ៍សាត់ និងរតនគិរី តំណាងមកពីមន្ទីរពេទ្យឯកជន គណៈវិជ្ជាជីវៈ សមាគមវិជ្ជាជីវៈ និងអង្គការដៃគូរអភិវឌ្ឍន៍សុខាភិបាល ដែលបានដាក់ធាតុចូលដ៏មានតម្លៃដែលធ្វើឱ្យពិធីសារនេះ កាន់តែគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ។

លើសពីនេះសូមថ្លែងអំណរគុណដល់ មូលនិធិសហប្រជាជាតិសម្រាប់ប្រជាជន និងអង្គការសុខភាពពិភពលោកប្រចាំតំបន់ និងនៅប្រទេសកម្ពុជាដែលបាន ផ្ដល់ទាំងបច្ចេកទេស និងថវិកាក្នុងដំណើរការអភិវឌ្ឍន៍ និងបោះពុម្ពនូវឯកសារដ៏មានសារសំខាន់នេះ។ ឯកសារនេះពិតជាមានសារៈសំខាន់ក្នុងកិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងរួមគ្នា ដើម្បីទប់ស្កាត់មរណភាពមាតាដែលអាចបង្ការបាន និងធ្វើឱ្យសុខភាពស្ត្រី និងកុមារកាន់តែប្រសើរនៅទូទាំងប្រទេសកម្ពុជា។

មាតិកា

បុព្វកថា 2

សេចក្តីថ្លែងអំណរគុណ 3

បញ្ជីរាយនាមក្រុមការងារគ្រប់គ្រងនិងដឹកនាំបញ្ចប់សេចក្តីព្រាង MPDSR 6

អក្សរកាត់ និងពាក្យបំព្រួញ 10

1. សេចក្តីផ្តើម 11

2- និយមន័យ 13

3- គោលការណ៍សំខាន់ៗ នៃការពិនិត្យមរណភាពមាតា និងទារកជុំវិញ កំណើត និងការឆ្លើយតប (MPDSR) 15

3.1- រក្សាការសម្ងាត់ 15

3.2 - គ្មានការស្តីបន្ទោស ៖ « គ្មានការស្តីបន្ទោស» មិនមែនមានន័យថា «មិនទទួលខុសត្រូវ» 15

4- ការផ្សារភ្ជាប់ជាមួយប្រព័ន្ធព័ត៌មាន 17

5- ការផ្សារភ្ជាប់ជាមួយការកែលម្អគុណភាព (QI) 19

6- រចនាសម្ព័ន្ធ នៃការពិនិត្យមរណភាពមាតា និងទារកជុំវិញកំណើត និងការឆ្លើយតប 21

6.1 លក្ខខណ្ឌយោងសម្រាប់គណៈកម្មាការថ្នាក់ជាតិ 23

6.2 លក្ខខណ្ឌយោងរបស់គណៈកម្មាការថ្នាក់ខេត្ត 25

6.3 លក្ខខណ្ឌយោងរបស់គណៈកម្មាការថ្នាក់មន្ទីរពេទ្យ 28

7- ជំហាន នៃការតាមដាន និងឆ្លើយតបចំពោះមរណភាពមាតា និងទារកជុំវិញកំណើត 32

7.1 កំណត់អត្តសញ្ញាណករណី 33

7.2 ការប្រមូលទិន្នន័យ ឬព័ត៌មាន 33

7.3 ការពិនិត្យរួមគ្នាករណីមរណភាពមាតា និងទារកជុំវិញកំណើត ការវិភាគព័ត៌មាន និងផ្តល់អនុសាសន៍ ... 36

7.4 អនុវត្តសកម្មភាពដើម្បីការកែលម្អ 39

7.5 តាមដានការអនុវត្តការងារ MPDSR និងការកែលម្អគុណភាព នៃការថែទាំ 39

8- ការតាមដាន និងឆ្លើយតបចំពោះមរណភាពមាតា និងទារកជុំវិញ កំណើតក្នុងអំឡុងពេលមានគ្រោះមហន្តរាយ 41

ឧបសម្ព័ន្ធ 43

ឧបសម្ព័ន្ធទី ១ ៖ តារាងតួនាទី និងការទទួលខុសត្រូវរបស់គណៈកម្មាការ MPDSR ថ្នាក់មន្ទីរពេទ្យ ថ្នាក់ខេត្ត និងថ្នាក់ជាតិ 43
ឧបសម្ព័ន្ធទី ២ ៖ លិខិតជូនដំណឹង និងបញ្ជាក់មូលហេតុមរណភាព 46
ឧបសម្ព័ន្ធទី ៣ ៖ ទម្រង់ពិនិត្យករណីមរណភាពមាតា 50
ឧបសម្ព័ន្ធទី ៤ ៖ ទម្រង់ពិនិត្យករណីមរណភាពទារកជុំវិញការសម្រាល 57
ឧបសម្ព័ន្ធទី ៥ ៖ និយមន័យមូលហេតុមរណភាព 61
ឧបសម្ព័ន្ធទី ៦ ៖ ក្រមសីលធម៌សម្រាប់ការប្រជុំ 66
ឧបសម្ព័ន្ធទី 7 ៖ ទម្រង់របាយការណ៍ប្រជុំពិនិត្យរួមគ្នាករណីមរណភាព និងផែនការសកម្មភាព 67
ឧបសម្ព័ន្ធទី ៨ ៖ ទម្រង់សង្ខេបរបាយការណ៍ប្រចាំខែរបស់មូលដ្ឋានសុខាភិបាល 69
ឧបសម្ព័ន្ធទី ៩ ៖ កត្តារួមចំណែកដែលអាចកែប្រែបាន (រៀបចំនៅក្នុងគំរូការពន្យារពេលបី) 72
ឧបសម្ព័ន្ធទី ១០ ៖ វិញ្ញាបនប័ត្រវេជ្ជសាស្ត្រនៃមូលហេតុនៃការស្លាប់ (សេណារីយ៉ូ 1 - ធ្លាក់ឈាមក្រោយសម្រាល) 73
ឧបសម្ព័ន្ធទី ១១ ៖ បញ្ជីរាយនាមអ្នកចូលរួមសិក្ខាសាលាពិគ្រោះយោបល់លើសេចក្តីព្រាងពិធីសារជាតិ MPDSR 74

បញ្ជីរាយនាមក្រុមការងារគ្រប់គ្រងនិងដឹកនាំបញ្ចប់សេចក្តីព្រាង MPDSR

១. លោកជំទាវសាស្ត្រាចារ្យ	**អ៊ឹម សិទ្ធិភារ៉ា**	រដ្ឋលេខាធិការក្រសួងសុខាភិបាល
២. លោកជំទាវសាស្ត្រាចារ្យ	**គ្រុយ លាងស៊ីម**	អនុរដ្ឋលេខាធិការក្រសួងសុខាភិបាល
៣. លោកជំទាវសាស្ត្រាចារ្យ	**ឧុង រដ្ឋាវី**	ទីប្រឹក្សាក្រសួងសុខាភិបាល
៤. លោកស្រីសាស្ត្រាចារ្យជំនួយ	**គីម រ័ត្ននា**	នាយកមជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតានិងទារក
៥. លោកស្រីវេជ្ជបណ្ឌិត	**ជាង កន្និដ្ឋា**	អង្គការសុខភាពពិភពលោក WHO
៦. លោកវេជ្ជបណ្ឌិត	**សុខ សុគន្ធ**	អង្គការ UNFPA
៧. លោក	**ខួន ប្រុស**	អង្គការ UNFPA
៨. លោកស្រី	**សំអុល ចន្ទណា**	USAID EQHA II FHI360
៩. លោកស្រីវេជ្ជបណ្ឌិត	**គ្រៀល ដាវ៉ា**	USAID EQHA II FHI360
១០. លោកវេជ្ជបណ្ឌិត	**មាន រតនសម្បត្តិ**	Vital Strategies
១១. លោកវេជ្ជបណ្ឌិត	**YOKOBORI Yuta**	JICA

គណៈកម្មការថ្នាក់ជាតិពិនិត្យមរណភាពមាតា និងទារកជុំវិញកំណើត និងការឆ្លើយតប ក្នុងព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា

រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសុខាភិបាល

ប្រការ១._

ត្រូវបង្កើតគណៈកម្មាធិការជាតិពិនិត្យមរណភាពមាតា និងទារកជុំវិញកំណើត និងការឆ្លើយតប ដែលមានសមាសភាពខាងក្រោម៖

១- លោកជំទាវសាស្ត្រ.	**អ៊ឹម សិទ្ធិភារៀ**	រដ្ឋលេខាធិការក្រសួងសុខាភិបាល	ប្រធាន
២- លោកជំទាវសាស្ត្រ.	**ក្រុយ លាងស៊ីម**	អនុរដ្ឋលេខាធិការក្រសួងសុខាភិបាល	អនុប្រធាន
៣- លោកស្រីសាស្ត្រ.ជំ.	**តឹម វ័ត្ថនា**	នាយកមជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតា និងទារក	អនុប្រធាន
៤- លោកជំទាវសាស្ត្រ.	**ទុង រដ្ឋាវី**	ទីប្រឹក្សាក្រសួងសុខាភិបាល	សមាជិក
៥- ឯកឧត្តមសាស្ត្រ.	**សាន់ ច័ន្ទសឿន**	ទីប្រឹក្សាក្រសួងសុខាភិបាល	សមាជិក
៦- លោកស្រីសាស្ត្រ.ជំ.	**ស៊ុយ សុវណ្ណធីតា**	អគ្គនាយកនាយករងបច្ចេកទេសសុខាភិបាល	សមាជិក
៧- លោកសាស្ត្រ.ជំ.	**កុយ វីរីយ៉ា**	អនុប្រធាននាយកដ្ឋានមន្ទីរពេទ្យ	សមាជិក
៨- លោកស្រីសាស្ត្រ.ជំ.	**ខួន យ៉ាំណែត**	នាយករងមន្ទីរពេទ្យគន្ធាបុប្ផា	សមាជិក
៩- លោកវេជ្ជ. ឯក.	**រស់ សាផាត**	ប្រធានផ្នែកបណ្តុះបណ្តាល មជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតា និងទារក	សមាជិក
១០- លោកវេជ្ជបណ្ឌិត	**អ៊ុយ គីណា**	ប្រធានផ្នែកសម្ភព និងរោគស្ត្រី នៃមន្ទីរពេទ្យមិត្តភាពខ្មែរ-សូវៀត	សមាជិក
១១- លោកស្រីសាស្ត្រ.ជំ.	**ជួង សុខណែត**	អនុប្រធានផ្នែកសម្ភពនៃមន្ទីរពេទ្យកាល់ម៉ែត	សមាជិក
១២- លោកស្រីវេជ្ជ.ឯក.	**ជួប កែវសំណាង**	នាយរងមន្ទីរពេទ្យព្រះអង្គឌួង	សមាជិក
១៣- លោកវេជ្ជ.ឯក.	**ចិន ស័កវិសិដ្ឋ**	មន្ត្រីផ្នែកប្រពោធនកម្មទារកនៃមន្ទីរពេទ្យកាល់ម៉ែត	សមាជិក
១៤- លោកវេជ្ជ.	**ម៉ែន ដាលី**	មន្ត្រីផ្នែកប្រពោធនកម្មទារកនៃមន្ទីរពេទ្យកាល់ម៉ែត	សមាជិក
១៥- លោកស្រីវេជ្ជ.	**សៀង លំអងគន្ធា**	ប្រធានកម្មវិធីជាតិសុខភាពបន្តពូជ នៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតា និងទារក	សមាជិក
១៦- កញ្ញា	**ខួន សុភាព**	ប្រធានគណៈធ្មបកម្ពុជា	សមាជិក

១៧- លោក	**ជា សុភ័ក្រមុនីរ័ត្ន**	ប្រធានគណៈគិលានុបដ្ឋាក	សមាជិក
១៨- លោកស្រីអនុ.	**ឈិន សុខណាយ**	អនុប្រធានគណៈកម្មការថែទាំ នៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតា និងទារក	សមាជិក
១៩- លោកវេជ្ជ.	**ខ៉ែត ប៉ាធី**	ប្រធានផ្នែកសណ្តំនៃមន្ទីរពេទ្យកាល់ម៉ែត	សមាជិក
២០- លោកវេជ្ជ.ឯក.	**សាយ សារិទ្ធ**	ជំនួយការប្រធានផ្នែកសណ្តំ នៃមន្ទីរពេទ្យកាល់ម៉ែត	សមាជិក
២១ តំណាងអង្គការដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ UNFPA, WHO, UNICEF			សមាជិក

គណៈកម្មការថ្នាក់ជាតិមានតួនាទី និងភារកិច្ចដូចខាងក្រោម៖

- ពិនិត្យមើលរបាយការណ៍ថ្នាក់ខេត្តទាំងអស់។
- វិភាគទិន្នន័យដើម្បីកំណត់ពីលំនាំ និងនិន្នាការនៃមរណភាពរបស់មាតា និងទារកជុំវិញកំណើត ផ្តល់ព័ត៌មានត្រឡប់ដល់ថ្នាក់ខេត្ត និងមន្ទីរពេទ្យជាតិ កម្មវិធីជាតិ និងនាយកដ្ឋាននានារបស់ក្រសួងសុខាភិបាល។ កែលម្អគុណភាព និងអនុវត្តផែនការសកម្មភាពដើម្បីកែលម្អគុណភាពសេវាជាប្រចាំ។
- សម្របសម្រួលការបណ្តុះបណ្តាលនៅថ្នាក់ជាតិ និងថ្នាក់ក្រោមជាតិ។
- រៀបចំរបាយការណ៍ប្រចាំឆ្នាំសម្រាប់ចែកចាយជាមួយក្រុមការងារ។
- ផ្តល់អនុសាសន៍សម្រាប់ការអភិវឌ្ឍគោលនយោបាយ និងយុទ្ធសាស្ត្រដើម្បីកាត់បន្ថយមរណភាពមាតាជុំវិញកំណើត។
- ធានាការសម្ងាត់ និងការការពារទិន្នន័យអ្នកជំងឺក្នុងអំឡុងពេលដំណើរការពិនិត្យឡើងវិញ។

ភាពញឹកញាប់នៃកិច្ចប្រជុំ

- គណៈកម្មការពិនិត្យមរណភាពមាតា និងទារកជុំវិញកំណើត និងការឆ្លើយតបថ្នាក់ជាតិនឹងជួបប្រជុំរៀងរាល់ត្រីមាស ដើម្បីពិនិត្យទៅលើរបាយការណ៍តាមខេត្ត និងតាមមន្ទីរពេទ្យជាតិ និងតាមដានគុណភាពផ្តល់សេវា ការធ្វើផែនការ និងដំណើរការសកម្មភាព។
- ក្នុងករណីចាំបាច់ ការប្រជុំបន្ទាន់នឹងត្រូវរៀបចំឡើង។

ការរាយការណ៍ និងគណនេយ្យភាព

- គណៈកម្មការពិនិត្យមរណភាពមាតា និងទារកជុំវិញកំណើត និងការឆ្លើយតប ធ្វើរបាយការណ៍ប្រចាំឆ្នាំ ដោយបញ្ជាក់ពីរបកគំហើញសំខាន់ៗ អនុសាសន៍ និងវឌ្ឍនភាពនៃការអនុវត្តផែនការសកម្មភាព។

រក្សាការសម្ងាត់

- សមាជិកទាំងអស់នៃគណៈកម្មការពិនិត្យមរណភាពមាតា និងទារកជុំវិញកំណើត និងការឆ្លើយតប ត្រូវតែរក្សាការសម្ងាត់ចំពោះព័ត៌មានណាដែលទាក់ទងនឹងមរណភាព និងទិន្នន័យដែលរសើបដែលបានពិភាក្សាក្នុងអំឡុងពេលពិនិត្យករណីមរណភាព។
- ដើម្បីពង្រឹងការងារនេះ ការរក្សាការសំងាត់ និងគោលការណ៍មិនមែនចាប់កំហុស ត្រូវតែបញ្ជាក់ឡើងវិញនៅរាល់ពេលចាប់ផ្ដើមការប្រជុំរបស់គណៈកម្មាការ។

ការត្រួតពិនិត្យតាមដាន និងវាយតម្លៃ

- គណៈកម្មាការ នឹងវាយតម្លៃជាប្រចាំនូវប្រសិទ្ធភាពការងារ ដោយពិនិត្យមើលការអនុវត្តផែនការសកម្មភាព និងផលប៉ះពាល់លើការកាត់បន្ថយអត្រាមរណភាពរបស់មាតា និងទារកជុំវិញកំណើត។

ប្រការ២._

ត្រូវបានតែងតាំងលេខាធិការដ្ឋានសម្រាប់ គណៈកម្មាធិការថ្នាក់ជាតិពិនិត្យមរណភាពមាតា និងទារកជុំវិញកំណើត និងការឆ្លើយតប ដែលមានសមាសភាពខាងក្រោម៖

១- លោកសាស្ត្រាចារ្យជំ.	**ភុយ វីរីយ៉ា**	អនុប្រធាននាយកដ្ឋានមន្ទីរពេទ្យ	ប្រធាន
២- លោកវេជ្ជ. ឯកទេស	**រស់ សារ៉ាផាត**	ប្រធានផ្នែកបណ្តុះបណ្តាល	អនុប្រធាន
៣- លោកស្រីសាស្ត្រ.ជំ.	**ជួន សុខណៃត**	អនុប្រធានផ្នែកសម្ភព	សមាជិក
៤- លោកវេជ្ជ.ឯកទេស	**ប៊ិន ស័ក្តិសិដ្ឋ**	មន្រ្តីផ្នែកប្រពោធនកម្មទារក	សមាជិក
៥- លោកស្រីអនុបណ្ឌិត	**ឈិន សុខណាយ**	អនុប្រធានគណៈកម្មការថែទាំ	សមាជិក
៦- តំណាងអង្គការដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ UNFPA, WHO, UNICEF			សមាជិក

តួនាទី និងការទទួលខុសត្រូវរបស់លេខាធិការដ្ឋានរួមមាន៖

- លេខាធិការដ្ឋាននេះនឹងត្រូវបានគាំទ្រពីមន្ត្រីជំនួយបន្ថែមទៀតដើម្បីតាមដានទិន្នន័យ និងជួយក្នុងដំណើរការពិនិត្យមរណភាពមាតា និងទារកជុំវិញកំណើត និងការឆ្លើយតប។
- ត្រួតពិនិត្យតាមដាន និងជួយក្នុងការរៀបចំកិច្ចប្រជុំគណៈកម្មាការជាតិ MPDSR ដើម្បីធានាថាកិច្ចប្រជុំត្រូវបានធ្វើឡើងដោយទាន់ពេលវេលា ហើយរបាយការណ៍ត្រូវបានដាក់ជូនទាន់ពេលវេលានិងសមស្រប
- សម្របសម្រួលកម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាលនានានៅថ្នាក់ជាតិ ថ្នាក់ខេត្ត និងស្រុក។ ជួយក្នុងការអភិវឌ្ឍន៍នូវវគ្គសិក្សា និងម៉ូឌុលដែលសមស្រប
- សម្របសម្រួលប្រតិបត្តិការ និងការស្រាវជ្រាវ។
- សម្របសម្រួលសកម្មភាពផ្សេងៗទៀតដែលទាក់ទងនឹង MPDSR ដែលប្រធានគណៈកម្មាការស្នើសុំ។

អក្សរកាត់ និងពាក្យបំព្រួញ

CRVS	ប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន និងស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាន
DHIS-2	ប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាលស្រុកប្រតិបត្តិ
DHS	នាយកដ្ឋានមន្ទីរពេទ្យ
DPHI	នាយកដ្ឋានផែនការ និងព័ត៌មានសុខាភិបាល
EmONC	សេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និងថែទាំទារកទើបកើត
HC	មណ្ឌលសុខភាព
HMIS	ប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងព័ត៌មានសុខាភិបាល
ICU	ផ្នែកប្រពោធនកម្ម
MCCDs	លិខិតវេជ្ជសាស្ត្របញ្ជាក់មូលហេតុមរណភាព
MCH	សុខភាពមាតា និងទារក
MMR	អត្រាមរណភាពមាតា
MOH	ក្រសួងសុខាភិបាល
MOI	ក្រសួងមហាផ្ទៃ
MPDSR	ការស្រាវជ្រាវមរណភាពមាតា និងទារកជុំវិញកំណើត និងការឆ្លើយតប
NCOD	ប្រព័ន្ធចុះទិន្នន័យសុខាភិបាលឌីជីថលលិខិតជូនដំណឹងអំពីមរណភាព
NGO	អង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាល
NICU/NCU	ផ្នែកពោធនកម្មទារក ឬផ្នែកថែទាំទារក
NIS	វិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិនៃក្រសួងផែនការ
NMCHC	មជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតា និងទារក
NRHP	កម្មវិធីជាតិ សុខភាពបន្តពូជ
OBGY	សម្ភព និងរោគស្ត្រី
OD	ការិយាល័យស្រុកប្រតិបត្តិ
PHD	មន្ទីរសុខាភិបាល នៃរដ្ឋបាលខេត្ត
QAO	ការិយាល័យធានាគុណភាពសុខាភិបាល
QI	ការកែលម្អគុណភាព
QoC	ការកែលម្អថែទាំ
RH	មន្ទីរពេទ្យបង្អែក
ToR	លក្ខខណ្ឌយោង
WHO	អង្គការសុខភាពពិភពលោក

1. សេចក្តីផ្តើម

ក្នុងរយៈពេលជាងមួយទសវត្សរ៍នេះ ប្រទេសកម្ពុជាមានការរីកចម្រើនគួរឱ្យកត់សំគាល់ក្នុងការធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងសុខភាពកុមារ និងទារក ។ អត្រាមរណភាពកុមារ និងទារក បានធ្លាក់ចុះពីរដងចាប់ផ្តើមពីឆ្នាំ២០១៤ មកដល់ឆ្នាំ២០២១-២០២២ ពោលគឺចំនួនកុមារស្លាប់បានថយចុះពី៣៥នាក់ មកនៅ ១៦នាក់ និងទារកស្លាប់បានថយចុះពី១៨ មកនៅត្រឹម៨នាក់ ក្នុង១០០០កំណើតរស់[2] ហើយស្ត្រីភាគច្រើនបានសម្រាលកូនដោយបុគ្គលិកជំនាញ និងទៅសម្រាលនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល។ ទោះបីជាការសម្រាលកូនដោយបុគ្គលិកជំនាញមានការកើនឡើងគួរឱ្យកត់សម្គាល់ តែអត្រាមរណភាពមាតា (MMR) របស់កម្ពុជាជាងមួយទសវត្សរ៍នេះបានស្ថិតនៅទ្រឹង ពោលគឺ១៥៤នាក់ ក្នុងចំនួន១០០ ០០០ កំណើតរស់នៅឆ្នាំ២០២១-២០២២ ដែលធ្វើឱ្យកម្ពុជាស្ថិតក្នុងចំណោមប្រទេសដែលមានអត្រាមរណភាពមាតាខ្ពស់បំផុតក្នុងតំបន់ទោះបីមានការកើនឡើងខ្លាំង នូវការសម្រាលកូនដោយបុគ្គលិកជំនាញ និងនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលពី១០% ក្នុងឆ្នាំ២០០០ ដល់ ៩៧,៥% ក្នុងឆ្នាំ២០២១-២០២២។ មរណភាពមាតានៅតែបន្តកើតមានដោយសារមូលហេតុនានាដែលអាចបង្ការបាន ហើយអត្រាស្លាប់កើតរបស់ទារកមាន១១,៤នាក់ ក្នុង១០០០ កំណើត តាមទិន្នន័យពីអង្គការសុខភាពពិភពលោក Global Health Observatory Data ។ នេះបង្ហាញពីភាពចាំបាច់ជាបន្ទាន់ក្នុងការកែលម្អគុណភាព នៃការថែទាំដើម្បីកាត់បន្ថយមរណភាពរបស់មាតា ទារក និងកុមារដែលអាចបង្ការបាននៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា។

ការពិនិត្យមរណភាពមាតា និងទារកជុំវិញកំណើត និងការឆ្លើយតប (MPDSR) គឺជាការអង្កេតតាមដានបែបគុណភាព និងស៊ីជម្រៅទៅលើមូលហេតុ និងកាលៈទេសៈជុំវិញការស្លាប់របស់មាតា និងទារកជុំវិញកំណើតទាំងនៅក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល និងសហគមន៍ ។ ដំណើរការនេះគឺជាផ្នែករួមមួយ នៃកិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងកែលម្អគុណភាពផ្តល់សេវាក្នុងគោលបំណងកាត់បន្ថយមរណភាពរបស់ម្តាយ ទារកស្លាប់កើត និងមរណភាពរបស់ទារកទើបនឹងកើតដែលអាចបង្ការបាន។

ការពិនិត្យមរណភាពមាតា និងទារកជុំវិញកំណើត និងការឆ្លើយតប (MPDSR) ពឹងផ្អែកលើការកំណត់អត្តសញ្ញាណករណីស្លាប់ត្រឹមត្រូវ និងការពិនិត្យឡើងវិញលើករណីនោះ ដើម្បីផ្តល់ព័ត៌មានសម្រាប់ការអភិវឌ្ឍផែនការជាក់លាក់ដែលអាចអនុវត្តបាន។ ផែនការទាំងនេះបានកំណត់ក្រុម ឬបុគ្គលដែលត្រូវទទួលខុសត្រូវអនុវត្ត និងពេលវេលាសម្រាប់ការបំពេញកិច្ចការ និងដោយរួមបញ្ចូលយន្តការតាមដានដើម្បីធានាថាសកម្មភាពត្រូវបានអនុវត្តន៍ប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព ។

ប្រទេសកម្ពុជាបានខិតខំប្រឹងប្រែងយ៉ាងមុតមាំក្នុងការពង្រឹងការតាមដាន និងការឆ្លើយតបចំពោះមរណភាពមាតាចាប់តាំងពីពិធីសារជាតិ ស្តីពីការស្រាវជ្រាវមរណភាពមាតាដំបូង ត្រូវបានដាក់ឱ្យអនុវត្តក្នុងឆ្នាំ២០០៤។ ទោះបីជាយ៉ាងណា ជាមួយនឹងការផ្លាស់ប្តូរ ដែលមានការសម្រាលកូនកាន់តែច្រើន កើតមាននៅតាមមូលដ្ឋានសុខាភិបាលជាមួយគ្នានេះករណីមរណភាពមាតាភាគច្រើន ក៏កើតឡើងនៅក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាលនោះ ដូចនេះតម្រូវឱ្យមានក្រុមការងារខិតខំប្រឹងប្រែងឱ្យកាន់តែច្រើនថែមទៀតដើម្បីពិនិត្យឡើងវិញ និងអនុវត្តការកែលម្អ

[2] *អង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាព កម្ពុជា* (CDHS) *២០១៤ & ២០២១-២០២២*

គុណភាព នៃការថែទាំនៅក្នុងបរិបទទាំងនេះ។ លើសពីនេះទៀតកន្លងមកករណីមរណភាពទារកជុំវិញកំណើត មិនត្រូវបានគេដាក់ពិនិត្យជាលក្ខណៈប្រព័ន្ធដែលធ្វើឱ្យខ្វះចន្លោះការទប់ស្កាត់មរណភាពរបស់ទារកជុំវិញកំណើត។

ពិធីសារជាតិដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពនេះមានការផ្លាស់ប្តូរសំខាន់ខ្លះៗ ដើម្បីឱ្យការពិនិត្យមរណភាពមាតា និងទារកជុំវិញកំណើត និងការឆ្លើយតប បានទាន់ពេលវេលា នៅនឹងកន្លែង និងកាន់តែមានប្រសិទ្ធភាព។

ទី១ រចនាសម្ព័ន្ធក្រុមការងារ ពិនិត្យមរណភាពមាតា និងទារកជុំវិញកំណើត និងការឆ្លើយតបមានបីកម្រិត គឺ **គណៈកម្មាការថ្នាក់ជាតិ ថ្នាក់ខេត្ត និងមន្ទីរពេទ្យ**។ គណៈកម្មាការមន្ទីរពេទ្យ នឹងពិនិត្យលើករណីមរណភាព ដែលកើតមាននៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលរបស់ខ្លួន និងអនុវត្តផែនការសកម្មភាពដើម្បីធានាការទទួលបានគុណភាព សេវា។ គណៈកម្មាការថ្នាក់ខេត្ត នឹងផ្តោតលើការពិនិត្យករណីមរណភាពសរុប នៅក្នុងតំបន់គ្របដណ្តប់ដែលមានសេវា សាធារណៈ និងឯកជន និងដោះស្រាយទៅលើបញ្ហាទូលំទូលាយ នៃការផ្តល់សេវាក្នុងការថែទាំប្រកបដោយ គុណភាព ជាពិសេសការពន្យារពេលក្នុងការស្វែងរកការថែទាំ ពន្យារពេលទទួលសេវា និងកត្តាចូលរួមទាំងឡាយ ដែលបណ្តាលឱ្យមានមរណភាពកើតឡើង។ករណីមរណភាពមិនអាចកើតឡើងតែនៅតាមមូលដ្ឋានសុខាភិបាល សាធារណៈប៉ុណ្ណោះទេ មរណភាពអាចកើតមានឡើងនៅតាមផ្ទះ នៅសហគមន៍ ឬមរណភាពនៅពេលបញ្ជូន តាមផ្លូវ ក៏ត្រូវបានរួមបញ្ចូលក្នុងការតាមដានរបស់គណៈកម្មាការនៅថ្នាក់ខេត្តដែរ។ ជាចុងក្រោយគណៈកម្មាការ ថ្នាក់ជាតិនឹងទទួលខុសត្រូវក្នុងការត្រួតពិនិត្យ តាមដានជាទូទៅលើដំណើរការពិនិត្យមរណភាពមាតា និង ទារកជុំវិញកំណើតនៅថ្នាក់ក្រោមជាតិ និងនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យជាតិ និងធ្វើការត្រួតពិនិត្យតាមដានលើគុណភាព នៃដំណើរការ និងការអនុវត្ត ដើម្បីធានានូវវិធានការកែលម្អដើម្បីបង្ការមរណភាពដែលកើតឡើងនៅពេលអនាគត។

ទី២ ពិធីសារថ្មីនេះបានពង្រីកវិសាលភាពដោយបញ្ចូលការពិនិត្យ **មរណភាពទារកជុំវិញកំណើត** និង ការឆ្លើយតប ដើម្បីផ្តោតការយកចិត្តទុកដាក់ទៅលើមរណភាពទារកជុំវិញកំណើត និងគាំទ្រដល់សកម្មភាព ប្រកបដោយ ប្រសិទ្ធភាព ដើម្បីកាត់បន្ថយអត្រាមរណភាពនាពេលអនាគត។

ទី៣ ពិធីសារថ្មីនេះបានបន្ថែមវិសាលភាពការពិនិត្យមរណភាពមាតា និងទារកជុំវិញកំណើត**នៅតាមគ្លីនិក ឯកជន** ដែលធ្វើឱ្យការពិនិត្យមរណភាពមានលក្ខណៈជាប្រព័ន្ធ ដែលអាចគ្របដណ្តប់ករណីមរណភាពរបស់ មាតា និងទារកជុំវិញកំណើតទាំងស្ថាប័នសាធារណៈ និងឯកជន។

ជាចុងក្រោយពិធីសារជាតិថ្មីនេះបានផ្តោតទៅលើការអនុវត្តដោយបានរួមបញ្ចូលការពិនិត្យមរណភាពមាតា និងទារកជុំវិញកំណើត និងការឆ្លើយតបទៅក្នុង**ការកែលម្អគុណភាពសេវា មាតានិងទារក**។ ការធ្វើសមាហរណកម្ម នេះបានជំរុញលក្ខណៈជាប្រព័ន្ធទូលំទូលាយដើម្បីតាមដាន និងកែលម្អ ធានាថាអនុសាសន៍ត្រូវបានគាំទ្រ និង សកម្មភាពត្រូវបានអនុវត្តក្នុងក្របខ័ណ្ឌ នៃការកែលម្អគុណភាព នៅគ្រប់កម្រិតមូលដ្ឋានសុខាភិបាលទាំងនៅខេត្ត និងនៅថ្នាក់ជាតិ។ ជាលទ្ធផល ក្រុមការងារកែលម្អគុណភាពរបស់មន្ទីរពេទ្យ នឹងជាសមាជិករបស់គណៈកម្មាការ ពិនិត្យករណីមរណភាពមាតា និងទាកជុំវិញកំណើត ។

ដើម្បីសម្រេចបានគោលដៅ នៃការកាត់បន្ថយមរណភាពរបស់មាតា និងទារកជុំវិញកំណើត និងការឆ្លើយតប ចាំបាច់ត្រូវមានការខិតខំប្រឹងប្រែងដោយមានការសម្របសម្រួលនៅគ្រប់កម្រិត ចាប់ពីសហគមន៍ មណ្ឌលសុខភាព រហូតដល់ថ្នាក់ខេត្ត និងថ្នាក់ជាតិ ។

2- និយមន័យ

2.1 មរណភាពមាតា (Maternal Death)

មរណភាពមាតាគឺជាមរណភាពរបស់ស្ត្រីក្នុងអំឡុងពេលមានគភ៌រហូតដល់ ៤២ថ្ងៃក្រោយពេលបញ្ចប់គភ៌ដោយមិនគិតពីរយៈពេល និងទីកន្លែងនៃការទុំនៅនៃគភ៌ ដោយសារមូលហេតុផ្សេងៗដែលទាក់ទងនឹងគភ៌ ឬធ្ងន់ធ្ងរដែលកើតឡើងដោយសារគភ៌ ឬដោយសារការគ្រប់គ្រង (ការថែទាំព្យាបាល) មិនបានត្រឹមត្រូវប៉ុន្តែមិនមែនបណ្តាលមកពីមូលហេតុចៃដន្យ ឬជាឧប្បត្តិហេតុផ្សេងទៀតឡើយ។

មរណភាពមាតាត្រូវបានបែងចែកជាពីរក្រុមតូចៗ ៖

- **មរណភាពមាតាដោយផ្ទាល់** (Direct obstetric deaths):

ជាមរណភាពដែលបណ្តាលមកពីផលវិបាកផ្នែកសម្ភព ទាក់ទងនឹងស្ថានភាពមានគភ៌ (ពេលមានគភ៌ ពេលឈឺពោះសម្រាល និងក្រោយពេលសម្រាល) ដោយសារអន្តរាគមន៍ ការធ្វេសប្រហែស ការព្យាបាលមិនត្រឹមត្រូវ ឬដោយសារព្រឹត្តិការណ៍ណាមួយដែលមិនបានយកចិត្តទុកដាក់ ។

- **មរណភាពមាតាដោយប្រយោល** (Indirect obstetric deaths):

ជាមរណភាពដែលបណ្តាលមកពីជំងឺដែលមានស្រាប់ពីមុន ឬជំងឺដែលកើតឡើងក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះហើយដែលមិនមែនដោយសារមូលហេតុដោយផ្ទាល់ នៃការសម្រាលកូន ប៉ុន្តែរងផលប៉ះពាល់ផ្នែកសរីរវិទ្យាកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរនៅពេលដែលមាតាមានផ្ទៃពោះ ។

2.2 មរណភាពមាតាដោយអូសបន្លាយ

ជាមរណភាពរបស់មាតាដោយផ្ទាល់ ឬប្រយោលលើសពី៤២ ថ្ងៃ ប៉ុន្តែតិចជាងមួយឆ្នាំបន្ទាប់ពីបញ្ចប់ការមានគភ៌។

2.3 ការស្លាប់ក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ ពេលសម្រាល និងក្រោយពេលសម្រាល

រាល់មរណភាពទាំងអស់ក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ ពេលសម្រាល និងក្រោយពេលសម្រាល រួមទាំង មូលហេតុនៃការស្លាប់ជាមួយគ្នា (ការស្លាប់ដោយសារមូលហេតុខាងក្រៅនានា ដូចជាគ្រោះថ្នាក់ចរាចរណ៍ របួសដោយចៃដន្យ ការធ្វើឃាត។ល។)

2.4 ទារកស្លាប់កើត

ទារកស្លាប់កើតគឺជាការសម្រាលទារកស្លាប់មកក្រៅទាំងស្រុង គឺការយកចេញពីស្ត្រីនូវទារកបន្ទាប់ពីទារកនោះស្លាប់ក្នុងផ្ទៃម្តាយនៅមុនពេលការបញ្ចេញមកក្រៅទាំងស្រុង ឬការយកចេញនៅរយៈពេល២៨សប្តាហ៍ពេញលេញ នៃការមានផ្ទៃពោះ។ ករណីស្លាប់កើតគឺខុសគ្នាពីករណីរំលូតក្នុងករណីមិនមានព័ត៌មានអំពីអាយុគភ៌ ទម្ងន់ទារកពេលកើតចំនួន ១០០០ក្រាម ឬលើស ទៅជាលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យកំណត់។

ទារកស្លាប់កើត អាចត្រូវបានបែងចែកជាពីរប្រភេទធំៗ ៖

- **ករណីទារកស្លាប់កើតមុនពេលឈឺពោះសម្រាល** (Antepartum stillbirths)

គឺជាការសម្រាលមកក្រៅទាំងស្រុង ឬការយកទារកចេញពីផ្ទៃម្តាយ បន្ទាប់ពីទារកនោះស្លាប់មុនពេលចាប់ផ្តើមឈឺពោះសម្រាល ។

• **ករណីទារកស្លាប់កើតជុំវិញពេលសម្រាល (Intrapartum stillbirths)**
គឺជាការសម្រាលទារកមកក្រៅ ឬយកទារកចេញទាំងស្រុងពីផ្ទៃមាតាបន្ទាប់ពីទារកស្លាប់ក្នុងអំឡុងពេលឈឺពោះសម្រាល ។

2.5 ការស្លាប់ទារក៖

ការស្លាប់ទារកក្រោយពេលកើត និងក្នុងអំឡុងពេល២៨ ថ្ងៃដំបូងនៃជីវិត។ "រយៈពេលដំបូងនៃជីវិតទារក" ("early neonatal period") សំដៅលើរយៈពេលប្រាំពីរថ្ងៃដំបូងបន្ទាប់ពីកំណើត (ថ្ងៃទី១ ដល់ថ្ងៃទី៧ បន្ទាប់ពីកំណើត)។ "រយៈពេលយឺត នៃជីវិតទារក" ("late neonatal period") សំដៅលើទារកមានអាយុក្រោមមួយខែ នៃជីវិត (ថ្ងៃទី៨ ដល់ថ្ងៃទី២៨ បន្ទាប់ពីកំណើត)។

2.6 ការស្លាប់របស់ទារកជុំវិញកំណើត៖

ចំនួននៃករណីស្លាប់របស់ទារកយ៉ាងហោចណាស់ ២៨ សប្តាហ៍ នៃគភ៌ ឬទម្ងន់ទារក ១០០០ ក្រាម និងការស្លាប់របស់ទារកទើបនឹងកើត (រហូតដល់ពេលកើត និងរួមទាំងប្រាំពីរថ្ងៃដំបូងបន្ទាប់ពីកំណើត)។

2.7 កត្តាដែលអាចកែតម្រូវ (Modifiable factors)

កត្តាដែលអាចកែតម្រូវបាន គឺជាកត្តាទាំងឡាយណាដែលអាចបង្ការមរណភាពបានប្រសិនបើមានវិធានការផ្សេងមួយត្រូវបានគេយកមកអនុវត្តនៅពេលសម្រាល និងជុំវិញការសម្រាល ។

ឧទាហរណ៍ ការពន្យារពេលក្នុងការប្រើអុកស៊ីតូស៊ីន (oxytocin) ឬការមិនមានឈាមសម្រាប់បញ្ចូលអាចជាកត្តារួមចំណែក ឬជាកត្តាដែលអាចកែតម្រូវបានមួយនៅក្នុងការស្លាប់របស់ម្តាយដោយសារការធ្លាក់ឈាមក្រោយសម្រាលដែលបានកើតឡើងនៅក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល។

កត្តាដែលអាចកែតម្រូវបានអាចចាត់ទុកថាជាការពន្យារពេលនៅក្នុងការថែទាំ (ទី១ - ការពន្យារពេលក្នុងការសម្រេចចិត្តស្វែងរកការថែទាំ ទី២ - ការពន្យារពេលក្នុងការទៅដល់កន្លែងថែទាំ ឬទី៣ - ការពន្យារពេលក្នុងការទទួលបានការថែទាំគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ) និងជាកម្រិតខ្វះខាតជាប្រព័ន្ធ។ ការវិភាគរកមូលហេតុឫសគល់ អាចជួយកំណត់កត្តាដែលបង្កបញ្ហាទាំងអស់ ឬរួមចំណែកដល់ការបរាជ័យរបស់ប្រព័ន្ធ និងការស្លាប់កើតរបស់ទារក ឬការស្លាប់ទារកទើបនឹងកើតដែលកំពុងត្រូវបានពិនិត្យឡើងវិញ។

3- គោលការណ៍សំខាន់ៗ នៃការពិនិត្យមរណភាពមាតា និងទារកជុំវិញកំណើត និងការឆ្លើយតប (MPDSR)

ការអនុវត្តពិធីសារជាតិ នៃការពិនិត្យមរណភាពមាតា និងទារកជុំវិញកំណើត និងការឆ្លើយតបត្រូវបានណែនាំដោយគោលការណ៍ស្នូលមួយចំនួនដែលធានាប្រសិទ្ធភាព សុចរិត និងផលជះវិជ្ជមានរបស់ប្រព័ន្ធ។ គោលការណ៍ទាំងនេះ គឺជាមូលដ្ឋានគ្រឹះសម្រាប់ការពិនិត្យមរណភាពមាតា និងទារកជុំវិញកំណើត និងការឆ្លើយតបចាប់ពីការប្រមូលទិន្នន័យរហូតដល់ការរៀបចំ និងការអនុវត្តសកម្មភាពឆ្លើយតប។

- រក្សាការសម្ងាត់
- គ្មានការស្តីបន្ទោសចាប់កំហុស

3.1- រក្សាការសម្ងាត់

រក្សាការសម្ងាត់ និងកែលម្អមានសារៈសំខាន់សម្រាប់ដំណើរ នៃប្រព័ន្ធការពិនិត្យ មរណភាពមាតា និងទារកជុំវិញកំណើត និងការឆ្លើយតប (MPDSR)

- រាល់ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលត្រូវបានប្រមូលក្នុងអំឡុងពេលដំណើរការ MPDSR រួមទាំងការពិនិត្យឡើងវិញលើករណីមរណភាព និងការពិភាក្សា ត្រូវតែរក្សាការសម្ងាត់យ៉ាងតឹងរឹងបំផុត។
- អត្តសញ្ញាណបុគ្គល (ទាំងអ្នកជំងឺ និងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដែលពាក់ព័ន្ធ) មិនត្រូវបានបង្ហាញ ឬពិភាក្សានៅខាងក្រៅពីគណៈកម្មការ MPDSR។
- រក្សាការសម្ងាត់មានសារៈសំខាន់បំផុត ដើម្បីថែរក្សាទំនុកចិត្ត ក្នុងចំណោមអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពគ្រួសារ និងសហគមន៍ ដោយធានាបាននូវការរាយការណ៍ដោយស្មោះត្រង់ពិតប្រាកដ និងការចូលរួមក្នុងដំណើរការតាមដាន និងឆ្លើយតបចំពោះមរណភាពមាតា និងទារកជុំវិញកំណើត។
- ទិន្នន័យត្រូវតែជាទិន្នន័យដែលគ្មានព័ត៌មានអត្តសញ្ញាណបុគ្គល (ជាអនាមិក)និងមិនត្រូវប្រើប្រាស់ខុសក្រមសីលធម៌របស់គណៈកម្មាការឡើយ។
- មានតែទិន្នន័យរួមគ្មានព័ត៌មានអត្តសញ្ញាណបុគ្គល (ជាអនាមិក) ត្រូវបានចែករំលែកនៅថ្នាក់ជាតិ ថ្នាក់ខេត្ត និងមន្ទីរពេទ្យ ដើម្បីធានានូវភាពជាឯកជនរបស់អ្នកដែលពាក់ព័ន្ធនៅក្នុងករណីមរណភាពដែលត្រូវធ្វើការពិនិត្យឡើងវិញ។
- សមាជិកទាំងអស់ នៃគណៈកម្មការ MPDSR ត្រូវទទួលស្គាល់ថាព័ត៌មាន និងការពិភាក្សាក្នុងអំឡុងពេលដំណើរការ MPDSR ត្រូវតែរក្សាការសម្ងាត់យ៉ាងតឹងរឹងបំផុត។ ដើម្បីសម្រេចបានគោលដៅនេះ សមាជិកគ្រប់រូប នៃគណៈកម្មាធិការត្រូវធ្វើការប្តេជ្ញាចិត្តជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ (ឯកសារដែលមានចុះហត្ថលេខា)។

3.2 - គ្មានការស្តីបន្ទោស ៖ « គ្មានការស្តីបន្ទោស» មិនមែនមានន័យថា «មិនទទួលខុសត្រូវ»

- គោលបំណងចម្បង នៃការពិនិត្យមរណភាពមាតា និងទារកជុំវិញកំណើត និងការឆ្លើយតបគឺដើម្បីរៀនសូត្រពីការស្លាប់របស់ម្តាយ និងទារកជុំវិញការសម្រាល ដើម្បីបង្ការមរណភាពដែលអាចកើតឡើងនាពេលអនាគត មិនមែនដើម្បីស្តីបន្ទោសឡើយ។

- ការពិនិត្យមរណភាពមាតា និងទារកជុំវិញកំណើត មិនមែនជាការស្វែងរកកំហុសនោះទេ ហើយមិនគួរប្រើដើម្បីចាត់វិធានការដាក់ទោសទណ្ឌប្រឆាំងដល់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពណាមួយនៅតាមមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ឬបុគ្គលិកដែលពាក់ព័ន្ធក្នុងករណីនេះឡើយ។
- ចំណុចផ្តោតចម្បងការពិនិត្យនេះ គឺទៅលើការកំណត់ចំណុចខ្វះខាតនៅក្នុងប្រព័ន្ធ នៃការថែទាំព្យាបាលក្នុងការស្វែងយល់ពីមូលហេតុឫសគល់ និងការរៀបចំដំណោះស្រាយជាក់ស្តែងដើម្បីកែលម្អគុណភាព នៃការថែទាំ។
- បរិយាកាសដែលមិនដាក់ទណ្ឌកម្មជួយលើកទឹកចិត្តឱ្យមានការសន្ទនាដោយបើកចំហ ការរាយការណ៍ដោយភាពស្មោះត្រង់ និងការចូលរួមយ៉ាងសកម្មក្នុងដំណើរការ MPDSR ដោយមិនខ្លាចការសងសឹក។

4- ការផ្សារភ្ជាប់ជាមួយប្រព័ន្ធព័ត៌មាន

ដំណើរការការពិនិត្យមរណភាពមាតា និងទារកជុំវិញកំណើត និងការឆ្លើយតបគឺពាក់ព័ន្ធនឹងការប្រមូល និងពិនិត្យទិន្នន័យដោយផ្សារភ្ជាប់ទៅនឹងប្រព័ន្ធទិន្នន័យសុខាភិបាលដូចជា ឌីជីថលលិខិតជូនដំណឹងអំពីមរណភាព និងមូលហេតុ? (NCOD) ប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងព័ត៌មានសុខាភិបាល (HMIS) ប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាលថ្នាក់ស្រុក (DHIS2) និងប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន និងស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាន (CRVS)។

ប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន និងស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាន (CRVS) មានសំបុត្រកំណើត និងសំបុត្រមរណភាព សំបុត្រអាពាហ៍ពិពាហ៍ និងមូលហេតុមរណភាព ចងក្រងព័ត៌មាន និងផ្សព្វផ្សាយស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាន។ តាមរយៈសមាហរណកម្មរវាងការពិនិត្យមរណភាពមាតា និងទារកជុំវិញកំណើត និងការឆ្លើយតប MPDSR ជាមួយប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន និងស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាន (CRVS) ប្រព័ន្ធប្រមូលព័ត៌មានទាំងពីរនេះអាចបំពេញគ្នាទៅវិញទៅមក និងការពង្រឹងប្រព័ន្ធទាំងពីរដើម្បីបង្កើតក្របខណ្ឌដ៏រឹងមាំមួយសម្រាប់ការ ត្រួតពិនិត្យតាមដាន និងកែលម្អការថែទាំសុខភាពមាតា និងកុមារ ដែលចុងក្រោយគឺលើកកម្ពស់សុខមាលភាពរបស់មាតា និងទារក។

នៅប្រទេសកម្ពុជា មានប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន និងស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋានរបស់ក្រសួងមហាផ្ទៃភ្ជាប់ជាមួយប្រព័ន្ធទិន្នន័យសុខាភិបាលឌីជីថលលិខិតជូនដំណឹងអំពីមរណភាព (NCOD) របស់ក្រសួងសុខាភិបាល មានប្រព័ន្ធចែករំលែកទិន្នន័យ ដែលអាចដំណើរការទាំងក្រសួងសុខាភិបាល ក្រសួងមហាផ្ទៃ និងវិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ នៃក្រសួងផែនការ។ ការតភ្ជាប់ការងារជាប្រព័ន្ធ រវាងប្រព័ន្ធសុខាភិបាលឌីជីថល និងប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាន ដែលមានលិខិតជូនដំណឹងពីមរណភាព ជូនដំណឹងកំណើតរស់ និងទិន្នន័យលិខិតវេជ្ជសាស្ត្របញ្ជាក់មូលហេតុមរណភាព និងទិន្នន័យទារកស្លាប់កើត ទាំងនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណនិងឯកជន។ លិខិតវេជ្ជសាស្ត្របញ្ជាក់មូលហេតុមរណភាពបានផ្សព្វផ្សាយ និងដាក់ឱ្យប្រើប្រាស់ទូទាំងប្រទេសកាលពីខែ ឧសភា ឆ្នាំ២០២៤ កន្លងទៅនេះហើយដំណើរការពេញលេញនៅគ្រប់តាមមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈទូទាំងប្រទេស។

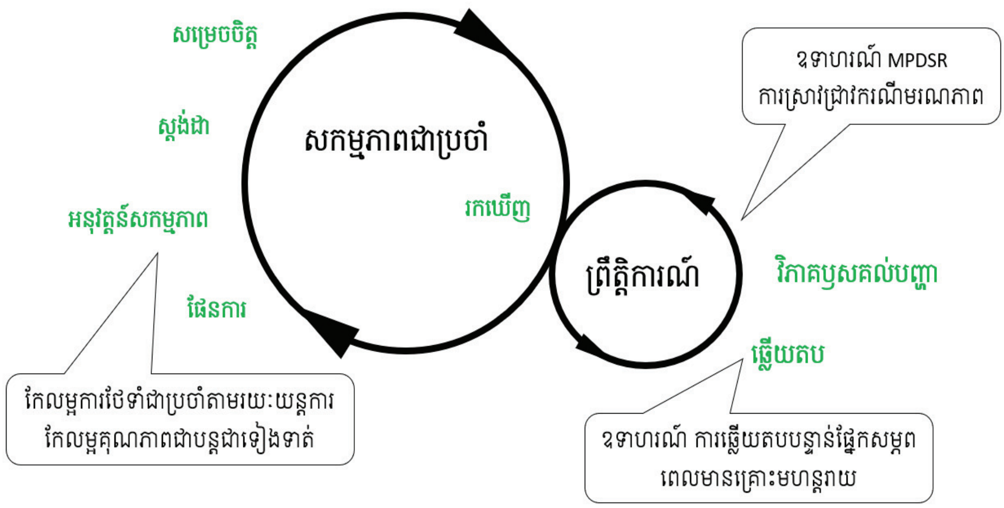
រូបភាពទី 1. វដ្ត នៃការតាមដាន និងឆ្លើយតបចំពោះមរណភាពមាតា និងទារកជុំវិញកំណើត

5- ការផ្សារភ្ជាប់ជាមួយការកែលម្អគុណភាព (QI)

គោលបំណងចម្បង នៃការពិនិត្យមរណភាពមាតា និងទារកជុំវិញកំណើត និងការឆ្លើយតបគឺដើម្បីជំរុញសកម្មភាពសម្រាប់ការកែលម្អគុណភាព (QI) ហើយខណៈនេះ MPDSR មានតួនាទីយ៉ាងសំខាន់ក្នុងផ្នែកមួយ នៃក្របខ័ណ្ឌកែលម្អគុណភាពជាប្រចាំ រួមបញ្ចូលទាំងការរៀបចំផែនការ ការអនុវត្ត និងការត្រួតពិនិត្យតាមដានបន្តបន្ទាប់។

ទំនាក់ទំនងនេះ ត្រូវបានបង្ហាញយ៉ាងល្អបំផុតតាមរយៈគំរូវង្វង់ភ្លោះដែលបង្ហាញពីការកែលម្អវដ្ត នៃប្រព័ន្ធជាបន្តបន្ទាប់។ វង្វង់ភ្លោះពីរភ្ជាប់គ្នាធ្វើការរួមគ្នាក្នុងពេលតែមួយគំរូនេះរំលេចពីរបៀបដែលដំណើរការកែលម្អគុណភាពជាប្រចាំ ផ្តល់ដំណឹង និងពង្រឹងដោយការឆ្លើយតបជាក់លាក់ចំពោះព្រឹត្តិការណ៍នានាដូចជាមរណភាពរបស់មាតា ឬទារកជុំវិញកំណើត។

ប្រព័ន្ធកែលម្អគុណភាពសេវាជាបន្ត



រូបភាពទី 2. វដ្ត នៃប្រព័ន្ធកែលម្អគុណភាពសេវា ៖ គំរូវង្វង់ភ្លោះ

- វង្វង់ខាងឆ្វេង ការកែលម្អការថែទាំជាប្រចាំ៖ ផ្នែកខាងឆ្វេង នៃវង្វង់ភ្លោះ តំណាងឱ្យវដ្ត នៃការកែលម្អប្រព័ន្ធជាប្រចាំក្នុងអំឡុងពេល "ធ្វើការងារជាធម្មតា" ដោយផ្តោតលើការកែលម្អការថែទាំជាប្រចាំ ។ វង្វង់នេះអនុវត្តន៍តាមវដ្ត "រៀបចំផែនការ អនុវត្ត ស្តង់ដា សម្រេចចិត្ត" (Plan-Do-Standardize-Act)។
- វង្វង់ខាងស្តាំការឆ្លើយតបចំពោះព្រឹត្តិការណ៍៖ ផ្នែកខាងស្តាំ នៃវង្វង់ភ្លោះតំណាងឱ្យវដ្តឆ្លើយតបនៅពេលព្រឹត្តិការណ៍ពិសេសកើតឡើង ដូចជាការស្លាប់របស់មាតា ឬទារក ដែលត្រូវបានរកឃើញនៅទីនេះដោយ MPDSR (ការតាមដាន និងការឆ្លើយតបចំពោះមរណភាពមាតា និងទារកជុំវិញកំណើត)។ វង្វង់នេះអនុវត្ត

តាមវិធីសាស្រ្ត "រៀបចំផែនការ អនុវត្ត ស្តង់ដា សម្រេចចិត្ត" (Plan-Do-Standardize-Act) ស្រដៀងគ្នានេះដែរ ប៉ុន្តែផ្តោតលើការឆ្លើយតបចំពោះឧប្បត្តិហេតុជាក់លាក់។

រង្វង់ទាំងពីរត្រូវបានដាក់ជាប់គ្នា ដែលបង្ហាញថាការរៀនសូត្រពីព្រឹត្តិការណ៍ (រង្វង់ខាងស្តាំ) គួរតែផ្តល់ព័ត៌មាន និងពង្រឹងដំណើរការកែលម្អគុណភាពរួមនៅក្នុងការថែទាំជាប្រចាំ (រង្វង់ជុំខាងឆ្វេង)។ ការផ្សារភ្ជាប់គ្នានេះមានសារៈសំខាន់សម្រាប់យន្តការអនុវត្តមិនត្រឹមតែក្នុងការកែលម្អព្រឹត្តការណ៍ដែលបានគ្រោងទុកប៉ណ្ណោះទេ ប៉ុន្តែថែមទាំងរៀនសូត្រពីព្រឹត្តិការណ៍ ដែលមិនបានគ្រោងទុកផងដែរ ដែលជាហេតុនាំឱ្យមានភាពស៊ីសង្វាក់ប្រទាក់ក្រឡាក្នុងការកែលម្អគុណភាពផ្តល់សេវា។

ដូច្នេះការពិនិត្យមរណភាពមាតា និងទារកជុំវិញកំណើត និងការឆ្លើយតប ផ្សារភ្ជាប់ទូលំទូលាយជាមួយការងារកែលម្អគុណភាពផ្តល់សេវា។ ការធ្វើបែបនេះអនុញ្ញាតឱ្យមានដំណើរការត្រួតពិនិត្យតាមដាន និងកែលម្អគុណភាពជាប្រព័ន្ធបន្ថែមទៀតនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលគ្រប់លំដាប់ថ្នាក់។ ការផ្តល់អនុសាសន៍ក្នុងការចុះអង្កេត MPDSR គឺចូលរួមចំណែកច្រើន ក្នុងសកម្មភាពតាមដានជាប់ជាប្រចាំ ក្នុងការអនុវត្តការកែលម្អគុណភាពថែទាំ នៅថ្នាក់មូលដ្ឋានសុខាភិបាលដោយផ្ទាល់ ឬថ្នាក់ខេត្ត។

6- រចនាសម្ព័ន្ធ នៃការពិនិត្យមរណភាពមាតា និងទារកជុំវិញកំណើត និងការឆ្លើយតប

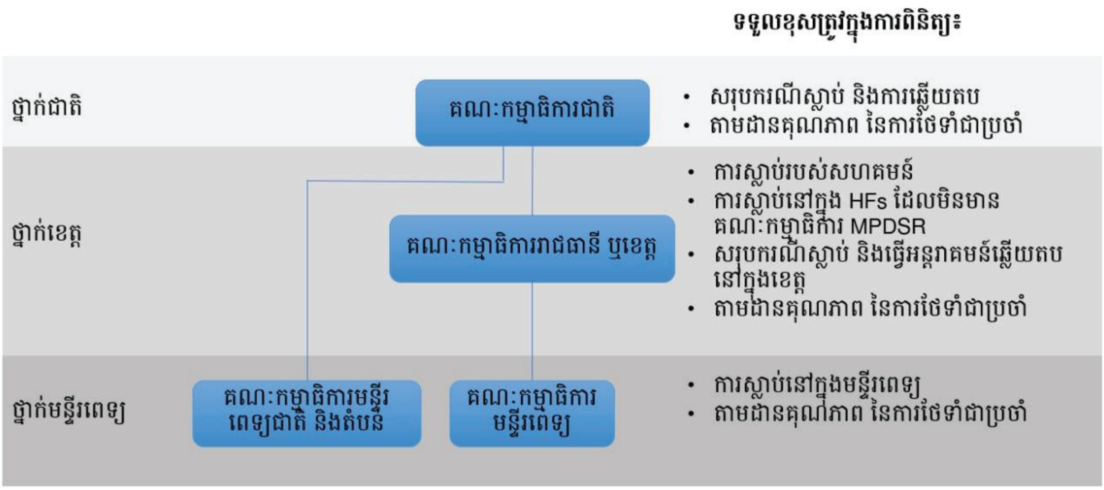
រចនាសម្ព័ន្ធរបស់ MPDSR មានចំនួនបីកម្រិតៈ **ថ្នាក់ជាតិ ថ្នាក់ខេត្ត និងថ្នាក់មន្ទីរពេទ្យ។** ករណីស្លាប់ដែលកើតឡើងនៅក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ត្រូវបានពិនិត្យដោយគណៈកម្មាការថ្នាក់មន្ទីរពេទ្យនីមួយៗ រីឯករណីមរណភាពនៅសហគមន៍ នៅមណ្ឌលសុខភាព នៅគ្លីនិកឯកជន និងករណីមរណភាពនៅមន្ទីរពេទ្យដែលមិនមានគណៈកម្មាការ ត្រូវពិនិត្យដោយគណៈកម្មាការខេត្ត។ ក្នុងករណីចាំបាច់ណាមួយ គណៈកម្មការជាតិនឹងចុះដល់មូលដ្ឋាន និងចូលរួមជាមួយគណៈកម្មាការមន្ទីរពេទ្យនិងគណៈកម្មាការខេត្តក្នុងការប្រមូលទិន្នន័យ និងពិនិត្យករណីមរណភាព។

គណៈកម្មាការថ្នាក់មន្ទីរពេទ្យ រាយការណ៍ជូនគណៈកម្មាការថ្នាក់ខេត្ត ដែលនឹងពិនិត្យមើលករណីមរណភាពសរុបរបស់មាតា និងទារកជុំវិញកំណើតនៅក្នុងខេត្តរបស់ខ្លួន។ បន្ទាប់មកគណៈកម្មាការខេត្តបញ្ជូនរបាយការណ៍ទៅគណៈកម្មាការថ្នាក់ជាតិដែលទទួលខុសត្រូវនិងពិនិត្យមើលករណីមរណភាពសរុបនៅថ្នាក់ជាតិ។ មន្ទីរពេទ្យជាតិរាយការណ៍មរណភាពដោយផ្ទាល់ទៅគណៈកម្មាការថ្នាក់ជាតិ។

គណៈកម្មាការមន្ទីរពេទ្យ ត្រូវផ្តល់អនុសាសន៍ដល់មន្ទីរពេទ្យរបស់ខ្លួន និងអនុវត្តសកម្មភាពនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យដើម្បីដោះស្រាយកត្តាគ្លីនិកដែលចូលរួមឱ្យមានករណីមរណភាពមាតា និងទារកជុំវិញកំណើត និងពាំនាំអនុសាសន៍ទាំងអស់ដែលទាក់ទងជាមួយភាគីដែលពាក់ពន្ធ័ នៅក្រៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលតាមរយៈគណៈកម្មការថ្នាក់ខេត្តផងដែរ។ គណៈកម្មការថ្នាក់ខេត្តក្រៅពីផ្តល់អនុសាសន៍ដល់មន្ទីរពេទ្យ និងមណ្ឌលសុខភាពដើម្បីដោះស្រាយកត្តាដែលអាចកែតម្រូវបាន ក៏បានរួមចំណែកដល់ការរៀបចំផែនការថ្នាក់ខេត្តដើម្បីដោះស្រាយនូវ**ការពន្យារពេលទី១ និងទី២** (ការសម្រេចចិត្តស្វែងរកការថែទាំ និងការទៅដល់មូលដ្ឋានសុខាភិបាល)។ រចនាសម្ព័ន្ធនេះធានាថា ទាំងបញ្ហាគ្លីនិក (ពេគវិនិច្ឆ័យគ្លីនិក) និងបញ្ហាប្រព័ន្ធត្រូវបានដោះនៅកម្រិតដែលសមស្រប។ ព័ត៌មានត្រឡប់ នៃការពិនិត្យមរណភាពគួរតែចែករំលែកជាមួយក្រុមគ្រួសារផងដែរ។

លក្ខខណ្ឌយោង (TOR) សម្រាប់គណៈកម្មការនៅកម្រិតថ្នាក់នីមួយៗ (ថ្នាក់ជាតិ ថ្នាក់ខេត្ត និងមន្ទីរពេទ្យ) ត្រូវបានផ្តល់ជូននៅក្នុងផ្នែកខាងក្រោម។ លក្ខខណ្ឌយោងទាំងនេះ រួមមានការទទួលខុសត្រូវ និងសមាសភាពរបស់គណៈកម្មាការនីមួយៗ។លេខាធិការដ្ឋាននៅគ្រប់កម្រិតថ្នាក់ទទួលខុសត្រូវក្នុងការសម្របសម្រួលសកម្មភាព រៀបចំកិច្ចប្រជុំ ធានានូវចងក្រងឯកសារត្រឹមត្រូវ និងរបាយការណ៍អំពីករណីមរណភាពរបស់មាតា និងទារកជុំវិញកំណើត និងសម្របសម្រួលការផ្តល់ព័ត៌មានយោបល់ត្រឡប់ និងការអនុវត្តសកម្មភាព។ ឧបសម្ព័ន្ធទី១ ផ្តល់នូវតារាងប្រៀបធៀបសម្រាប់តួនាទី និងការទទួលខុសត្រូវរបស់គណៈកម្មាការ MPDSR នៅថ្នាក់មន្ទីរពេទ្យថ្នាក់ខេត្ត និងថ្នាក់ជាតិ ។

រូបភាពទី 3. រចនាសម្ព័ន្ធរបស់គណៈកម្មការពិនិត្យមរណភាពមាតា និងទារកជុំវិញកំណើត និងការឆ្លើយតប



— បន្ទាត់បង្ហាញពីទំនាក់ទំនងការរាយការណ៍ និងផ្តល់ព័ត៌មានត្រលប់

តារាង.ទីកន្លែងមរណភាព និងគណៈកម្មការត្រួតទទួលបន្ទុកពិនិត្យករណីមរណភាព

ទីកន្លែងមរណភាព		ពិនិត្យករណីដោយ
នៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល	នៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ មន្ទីរពេទ្យដែលមានគណៈកម្មការពិនិត្យមរណភាពមាតា និងទារកជុំវិញកំណើត	គណៈកម្មការមន្ទីរពេទ្យ
	នៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ មន្ទីរពេទ្យដែលគ្មានគណៈកម្មការពិនិត្យមរណភាពមាតា និងទារកជុំវិញកំណើត	គណៈកម្មការពិនិត្យមរណភាពមាតា និងទារកជុំវិញកំណើតថ្នាក់ខេត្ត
	នៅមណ្ឌលសុខភាព	
	នៅក្នុងរថយន្តសង្គ្រោះ	
	នៅមន្ទីរពេទ្យឯកជន	
នៅក្រៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល	នៅសហគមន៍	

6.1 លក្ខខណ្ឌយោងសម្រាប់គណៈកម្មាការថ្នាក់ជាតិ

6.1.1. គោលបំណង

គោលបំណងរបស់គណៈកម្មាការថ្នាក់ជាតិពិនិត្យមរណភាពមាតា និងទារកជុំវិញកំណើត និងការឆ្លើយតបគឺ៖

- តាមដាន និងពិនិត្យឡើងវិញលើករណីមរណភាពរបស់មាតា និងទារកជុំវិញកំណើតនៅក្នុងប្រទេស។
- ផ្តល់អនុសាសន៍សម្រាប់ការបង្កើតគោលនយោបាយ និងយុទ្ធសាស្ត្រ។
- សម្របសម្រួលការបណ្តុះបណ្តាលនៅថ្នាក់ជាតិ និងថ្នាក់ក្រោមជាតិ។
- លើកកម្ពស់វប្បធម៌គណនេយ្យភាព ការរៀនសូត្រជាប្រចាំ និងការកែលម្អគុណភាពបំរើសេវាសុខភាពមាតា និងទារក។

ដូចបានជម្រាបពីខាងលើ មានករណីមរណភាពមួយចំនួន គណៈកម្មការជាតិនឹងចុះដល់មូលដ្ឋាន និងចូលរួមជាមួយគណៈកម្មាការមន្ទីរពេទ្យ និងគណៈកម្មាការខេត្តក្នុងការប្រមូលទិន្នន័យ និងពិនិត្យករណីមរណភាព។

6.1.2. ភារកិច្ច និងការទទួលខុសត្រូវ

- **វិសាលភាពការងារ**

  គណៈកម្មាការត្រូវ ៖

  - ពិនិត្យមើលរបាយការណ៍ថ្នាក់ខេត្តទាំងអស់។
  - វិភាគទិន្នន័យដើម្បីកំណត់ពីលំនាំ និងនិន្នាការនៃមរណភាពរបស់មាតានិងទារកជុំវិញកំណើត ផ្តល់ព័ត៌មានត្រឡប់ដល់ថ្នាក់ខេត្ត និងមន្ទីរពេទ្យជាតិ កម្មវិធីជាតិនិងនាយកដ្ឋាននានារបស់ក្រសួងសុខាភិបាល។ កែលម្អគុណភាព និងអនុវត្តផែនការសកម្មភាពដើម្បីកែលម្អគុណភាពសេវាជាប្រចាំ ។
  - សម្របសម្រួលការបណ្តុះបណ្តាលនៅថ្នាក់ជាតិ និងថ្នាក់ក្រោមជាតិ។
  - រៀបចំរបាយការណ៍ប្រចាំឆ្នាំសម្រាប់ចែកចាយជាមួយក្រុមការងារ។
  - ផ្តល់អនុសាសន៍សម្រាប់ការអភិវឌ្ឍន៍គោលនយោបាយ និងយុទ្ធសាស្ត្រដើម្បីកាត់បន្ថយពិនិត្យមរណភាពមាតាជុំវិញកំណើត។
  - ធានាការសម្ងាត់ និងការការពារទិន្នន័យអ្នកជំងឺក្នុងអំឡុងពេលដំណើរការពិនិត្យឡើងវិញ។

- **ភាពញឹកញាប់ នៃកិច្ចប្រជុំ**

  - គណៈកម្មាការពិនិត្យមរណភាពមាតា និងទារកជុំវិញកំណើត និងការឆ្លើយតបថ្នាក់ជាតិនឹងជួបប្រជុំរៀងរាល់ត្រីមាស ដើម្បីពិនិត្យទៅលើរបាយការណ៍តាមខេត្ត និងតាមមន្ទីរពេទ្យជាតិ និងតាមដានគុណភាពផ្តល់សេវា ការធ្វើផែនការ និងដំណើរការសកម្មភាព។
  - ក្នុងករណីចាំបាច់ត្រូវប្រជុំបន្ទាន់នឹងត្រូវរៀបចំឡើង។

- **ការរាយការណ៍ និងគណនេយ្យភាព**
  - គណៈកម្មការពិនិត្យមរណភាពមាតា និងទារកជុំវិញកំណើត និងការឆ្លើយតប ធ្វើរបាយការណ៍ប្រចាំឆ្នាំ ដោយបញ្ជាក់ពីរបកគំហើញសំខាន់ៗ អនុសាសន៍ និងវឌ្ឍនភាព នៃការអនុវត្តផែនការសកម្មភាព។
- **រក្សាការសម្ងាត់**
  - សមាជិកទាំងអស់ នៃគណៈកម្មការពិនិត្យមរណភាពមាតាជុំវិញកំណើត និងការឆ្លើយតប ត្រូវតែរក្សាការសម្ងាត់ចំពោះព័ត៌មានណាដែលទាក់ទងនឹងមរណភាព និងទិន្នន័យដែលរសើបដែលបានពិភាក្សាក្នុងអំឡុងពេលពិនិត្យករណីមរណភាព ។
  - ដើម្បីពង្រឹងការងារនេះ ការរក្សាការសំងាត់ និងគោលការណ៍មិនមែនចាប់កំហុស ត្រូវតែបញ្ជាក់ឡើងវិញនៅរាល់ពេលចាប់ផ្តើមការប្រជុំរបស់គណៈកម្មការ ។
- **ការត្រួតពិនិត្យតាមដាន និងវាយតម្លៃ**
  - គណៈកម្មការ នឹងវាយតម្លៃប្រសិទ្ធភាពការងារជាប្រចាំ ដោយពិនិត្យមើលការអនុវត្តផែនការសកម្មភាព និងផលប៉ះពាល់លើការកាត់បន្ថយ មរណភាពរបស់មាតា និងទារកជុំវិញកំណើត។

6.1.3. សមាសភាព នៃគណៈកម្មការ

គណៈកម្មការថ្នាក់ជាតិ មានមន្ត្រីចម្រុះគ្រប់ផ្នែកដែលមានជំនាញបច្ចេកទេសផ្នែកសុខភាពមាតា និងទារកជុំវិញកំណើត។ ដើម្បីធានានូវភាពសមស្រប នៃដំណើរការនិងការចូលរួមបានទៀងទាត់ ជាការសំខាន់ត្រូវមានការពិចារណាឱ្យបានម៉ត់ចត់នៅពេលចាត់តាំងសមាជិកភាព នៃគណៈកម្មការ។ ដើម្បីអាចសម្រេចបាននូវគោលបំណងនេះ ត្រូវមានសមាសភាពជាសមាជិកអចិន្ត្រៃយ៍ និងសមាជិកតាមការចាំបាច់ ដែលនឹងត្រូវអញ្ជើញមកទៅតាមការចាំបាច់ទាក់ទងនឹងករណីនិមួយៗ។

- **សមាជិកអចិន្ត្រៃយ៍**
  - តំណាងមកពីកម្មវិធីជាតិសុខភាពបន្តពូជ
  - តំណាងមកពីមជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតា និងទារក (NMCHC)
  - តំណាងមកពីនាយកដ្ឋានផែនការ និងព័ត៌មានសុខាភិបាល (DPHI)
  - តំណាងមកពីការិយាល័យធានាគុណភាពសុខាភិបាល (QAO) របស់នាយកដ្ឋានមន្ទីរពេទ្យ
  - ការិយាល័យគិលានុបដ្ឋាក និងឆ្មបនាយកដ្ឋានមន្ទីរពេទ្យ
  - តំណាងមកពីមន្ទីរពេទ្យថ្នាក់ជាតិ
  - លេខាធិការ នៃគណៈកម្មការកោសល្យវិច័យ
  - តំណាងមកពីសមាគមសម្ភព និងរោគស្ត្រីវិទ្យាកម្ពុជា
  - តំណាងសមាគមវិជ្ជាជីវៈ នៃគ្រូពេទ្យឯកទេសទារក ឬជំងឺកុមារ
  - តំណាងសមាគមវិជ្ជាជីវៈផ្នែកដាក់ថ្នាំសណ្តំ
  - តំណាងមកពីសមាគមឆ្មប

- **សមាជិកមិនអចិន្ត្រៃយ៍ (ករណីចាំបាច់)**
    - តំណាងមកពីសមាគមគ្លីនិក ឬមន្ទីរពេទ្យឯកជន
    - តំណាងក្រុមប្រឹក្សាគណៈឆ្មបកម្ពុជា
    - តំណាងក្រុមប្រឹក្សាគណៈគិលានុបដ្ឋាកកម្ពុជា
    - តំណាងក្រុមប្រឹក្សាគណៈគ្រូពេទ្យកម្ពុជា
    - ផ្សេងៗដូចជាផ្នែកកោសិកាវិភាគ ប្រសិនបើមាន
- **លេខាធិការដ្ឋាន**

លេខាធិការដ្ឋានគួរតែមានអ្នកសម្របសម្រួលចំនួន២ ទៅ ៣នាក់ (មួយនាក់មកពីផ្នែកសុខភាពមាតា និងមួយនាក់ទៀតមកពីផ្នែកទារក) ជាការល្អគឺជាវេជ្ជបណ្ឌិតសុខភាពសាធារណៈ ឬមានចំណេះជំនាញសមស្រប ដែលពួកគាត់ត្រូវរាយការណ៍ជូនប្រធានកម្មវិធីជាតិសុខភាពបន្តពូជ។ បុគ្គលដែលត្រូវបានតែងតាំងជាមន្ត្រីសម្របសម្រួលត្រូវតែមានការទឹកចិត្ត មានចំណេះដឹង និងមានឆន្ទៈក្នុងការរៀនសូត្រ។ លេខាធិការដ្ឋាននេះនឹងត្រូវបានគាំទ្រពីមន្ត្រីជំនួយបន្ថែមទៀតដើម្បីតាមដានទិន្នន័យ និងជួយក្នុងដំណើរការ MPDSR ។ ប្រធានលេខាធិការដ្ឋានគួរតែជាអនុប្រធានគណៈកម្មាការជាតិ។

តួនាទី និងការទទួលខុសត្រូវរបស់លេខាធិការដ្ឋាន រួមមាន ៖

- ត្រួតពិនិត្យតាមដាន និងជួយក្នុងការរៀបចំកិច្ចប្រជុំគណៈកម្មាការជាតិ MPDSR ដើម្បីធានាថាកិច្ចប្រជុំត្រូវបានធ្វើឡើងដោយទាន់ពេលវេលា ហើយរបាយការណ៍ត្រូវបានដាក់ជូនទាន់ពេលវេលា និងសមស្រប ។
- សម្របសម្រួលកម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាលនានានៅថ្នាក់ជាតិ ថ្នាក់ខេត្ត និងស្រុក ។ ជួយក្នុងការអភិវឌ្ឍន៍នូវវគ្គសិក្សា និងម៉ូឌុលដែលសមស្រប ។
- កំណត់ពីតម្រូវការបុគ្គលិក និងប្រភពធនធានហិរញ្ញវត្ថុ។
- សម្របសម្រួលប្រតិបត្តិការ និងការស្រាវជ្រាវ។
- សម្របសម្រួលសកម្មភាពផ្សេងៗទៀតដែលទាក់ទងនឹង MPDSR ដែលប្រធានគណៈកម្មាការស្នើសុំ។

6.2 លក្ខខណ្ឌយោងរបស់គណៈកម្មាការថ្នាក់ខេត្ត

6.2.1. គោលបំណង

គោលបំណង នៃគណៈកម្មាការពិនិត្យមរណភាពមាតា និងទារកជុំវិញកំណើត និងការឆ្លើយតបថ្នាក់ខេត្ត គឺ ៖

- តាមដាន និងពិនិត្យឡើងវិញលើករណីមរណភាពរបស់មាតា និងទារកជុំវិញកំណើតដែលកើតឡើងនៅក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលមិនមានគណៈកម្មាការ MPDSR ដូចជាមរណភាពនៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែក មណ្ឌលសុខភាព នៅតាមរថយន្តសង្គ្រោះ និងក្នុងសហគមន៍ក្នុងតំបន់គ្របដណ្តប់របស់ខេត្ត។
- ពិនិត្យករណីសរុប នៃមរណភាពមាតា និងទារកជុំវិញការសម្រាលដែលកើតឡើងនៅក្នុងខេត្ត។
- កំណត់ចំណុចខ្វះខាត និងអនុវត្តអនុសាសន៍សម្រាប់ថ្នាក់ខេត្ត។

- លើកកម្ពស់វប្បធម៌គណនេយ្យភាព ការរៀនសូត្រជាប្រចាំ និងការកែលម្អគុណភាព នៃការផ្តល់សេវាមាតា និងទារក។

6.2.2. តួនាទី និងការទទួលខុសត្រូវ

- **វិសាលភាពការងារ នៃគណៈកម្មការ**
    - ពិនិត្យករណីមរណភាពមាតា និងមរណភាពទារកជុំវិញកំណើតដែលកើតមាននៅក្នុងខេត្ត។
    - វិភាគទិន្នន័យដែលបានមកពីគណៈកម្មការមន្ទីរពេទ្យ ដើម្បីកំណត់ពីលំនាំ និងនិន្នាការ នៃមរណភាពមាតា និងទារកជុំវិញកំណើត។
    - រៀបចំផែនការ និងអនុវត្តការសម្រេចចិត្តដោយផ្អែកលើរបកគំហើញ និងត្រួតពិនិត្យតាមដានវឌ្ឍនភាព នៃអន្តរាគមន៍។
    - ត្រួតពិនិត្យតាមដានជាប្រចាំនូវគុណភាព នៃការថែទាំ និងសូចនាករលទ្ធផលនៅក្នុងខេត្ត។
    - រៀបចំរបាយការណ៍ជូនគណៈកម្មការថ្នាក់ជាតិ។
    - ផ្តល់ព័ត៌មានត្រឡប់ដល់មន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត ស្រុកប្រតិបត្តិ មន្ទីរពេទ្យស្រុក និងខេត្ត មណ្ឌល សុខភាព និងសហគមន៍ ឬគណៈកម្មការជាតិប្រសិនបើចាំបាច់។
    - ធានាការសម្ងាត់ និងការរក្សាទិន្នន័យមរណភាពក្នុងអំឡុងពេលដំណើរការពិនិត្យ។
- **ភាពញឹកញាប់ នៃកិច្ចប្រជុំ**
    - គណៈកម្មការពិនិត្យមរណភាពមាតា និងទារកជុំវិញកំណើត និងការឆ្លើយតបនឹងជួបប្រជុំគ្នាភ្លាមក្រោយការប្រមូលព័ត៌មានបានពេញលេញ ដែលជាធម្មតាគឺក្នុងអំឡុងពេល៧ថ្ងៃ ទៅ១ខែបន្ទាប់ពីមរណភាព។
    - លើសពីនេះទៀត គណៈកម្មការពិនិត្យមរណភាពមាតា និងទារកជុំវិញកំណើត និងការឆ្លើយតបថ្នាក់ខេត្ត ត្រូវប្រជុំទៀងទាត់ដើម្បីតាមដានគុណភាព នៃការថែទាំ និងការអនុវត្តសម្មភាពដែលត្រូវធ្វើជារៀងរាល់ខែ។
- **របាយការណ៍ និងគណនេយ្យភាព**
    - គណៈកម្មការ MPDSR នឹងផ្តល់របាយការណ៍ពីរដងក្នុងមួយឆ្នាំ ដោយបញ្ជាក់ពីរបកគំហើញសំខាន់ៗអនុសាសន៍ និងវឌ្ឍនភាព នៃការអនុវត្តផែនការសកម្មភាពដល់គណៈកម្មាធិការថ្នាក់ជាតិ។
    - ផ្តល់ព័ត៌មានត្រឡប់អំពីរបកគំហើញសំខាន់ៗដល់គ្រួសារដែលទទួលមរណភាព។
    - ក្នុងករណីដែលទាក់ទងនឹងដំណើរការផ្លូវច្បាប់ ប្រធានមន្ទីរសុខាភិបាលនឹងរាយការណ៍ជូនអភិបាលរងខេត្តទទួលបន្ទុកការងារសុខាភិបាលក្រោយពេលគណៈកម្មការថ្នាក់ខេត្តបានពិនិត្យករណីមរណភាពនោះរួចរាល់។

- **រក្សាការសម្ងាត់**
    - សមាជិកទាំងអស់របស់គណៈកម្មាការ MPDSR ត្រូវតែរក្សាការសម្ងាត់ចំពោះព័ត៌មានណាដែលទាក់ទងនឹងមរណភាព និងទិន្នន័យដែលធ្វើឱ្យរសើប ដែលបានពិភាក្សាក្នុងអំឡុងពេលពិនិត្យករណីមរណភាពឡើងវិញ។
    - ដើម្បីពង្រឹងការងារនេះ ការរក្សាការសំងាត់ និងគោលការណ៍មិនមែនចាប់កំហុស ត្រូវតែបញ្ជាក់ឡើងវិញនៅរាល់ពេលចាប់ផ្តើមការប្រជុំរបស់គណៈកម្មាការ ។
    - របកគំហើញ និងអនុសាសន៍នឹងត្រូវបានរក្សាជាអនាមិកមុនពេលចែកចាយទៅក្រៅគណៈកម្មាការ
- **ធនធាន និងការគាំទ្រ**

មន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត ត្រូវធានាថាគណៈកម្មាការមានធនធានគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីអនុវត្តសកម្មភាពរបស់ខ្លួនដូចជា ៖

- គាំទ្រផ្នែករដ្ឋបាលសម្រាប់ការរៀបចំកិច្ចប្រជុំ និងថែរក្សាឯកសារ។
- គាំទ្រផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុសម្រាប់ការបណ្តុះបណ្តាលសមាជិកគណៈកម្មាការ និងសម្រាប់ការអនុវត្តផែនការសកម្មភាព។

- **ការត្រួតពិនិត្យតាមដាន និងវាយតម្លៃ**

គណៈកម្មាការនឹងវាយតម្លៃប្រសិទ្ធភាពរបស់ខ្លួនជាទៀងទាត់ ដោយពិនិត្យឡើងវិញលើការអនុវត្តផែនការសកម្មភាព និងផលជះ នៃការអនុវត្តផែនការនេះលើការកាត់បន្ថយមរណភាពមាតា និងទារកជុំវិញកំណើត។

6.2.3. សមាសភាពរបស់គណៈកម្មាការ

គណៈកម្មាការ MPDSR ថ្នាក់ខេត្ត រួមមានមន្ត្រីចម្រុះគ្រប់ផ្នែកដែលមានជំនាញបច្ចេកទេសផ្នែកសុខភាពមាតា និងទារក។ ដើម្បីធានានូវភាពសមស្រប នៃដំណើរការ និងការចូលរួមបានទៀងទាត់ ជាការសំខាន់ត្រូវមានការពិចារណាឱ្យបានម៉ត់ចត់នៅពេលចាត់តាំងសមាជិកភាព នៃគណៈកម្មាការ។ ដើម្បីអាចសម្រេចបាននូវគោលបំណងនេះ ត្រូវមានសមាសភាពជាសមាជិកអចិន្ត្រៃយ៍ និងសមាជិកតាមការចាំបាច់ដែលនឹងត្រូវអញ្ជើញមកទៅតាមការចាំបាច់ទាក់ទងនឹងករណីនីមួយៗ។

- **សមាជិកអចិន្ត្រៃយ៍**
    - ប្រធាន ឬអនុប្រធាន មន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត (ប្រធាន)
    - ប្រធាន ឬអនុប្រធាន ការិយាល័យបង្ការ និងគ្រប់គ្រងជំងឺ (អនុប្រធាន)
    - មន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត មន្ត្រីទទួលបន្ទុកការកែលម្អគុណភាពសេវាសុខាភិបាល
    - ផ្នែកសុខភាពមាតា និងទារកថ្នាក់ខេត្ត
    - តំណាងគណៈកម្មការកោសល្យវិច័យថ្នាក់ខេត្ត
    - ប្រធានការិយាល័យស្រុកប្រតិបត្តិ (គ្រប់ការិយាល័យស្រុកប្រតិបត្តិទាំងអស់)
    - ប្រធានផ្នែកសុខភាពមាតា និងទារកស្រុកប្រតិបត្តិ (គ្រប់ស្រុកប្រតិបត្តិទាំងអស់)
    - ប្រធានមន្ទីរពេទ្យខេត្ត ឬប្រធានមន្ទីរពេទ្យបង្អែកទាំងអស់

- ប្រធានផ្នែកថែទាំ នៃមន្ទីរពេទ្យខេត្ត
- ប្រធានផ្នែកសម្ភព នៃមន្ទីរពេទ្យខេត្ត
- ប្រធានផ្នែក ទារក កុមារតូច NICU នៃមន្ទីរពេទ្យខេត្ត
- មន្ត្រីទទួលបន្ទុកប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាល និងផែនការខេត្ត

- **សមាជិកមិនអចិន្ត្រៃយ៍(ករណីចាំបាច់)**
  - អជ្ញាធរមូលដ្ឋាន និងតំណាងសហគមន៍
  - គ្រូពេទ្យជំនាញវិភាគវិទ្យា
  - អ្នកជំនាញផ្សេងៗ
- **លេខាធិការដ្ឋាន**

សមាសភាព ៖ ក្រុមលេខាធិការដ្ឋានត្រូវមានចំនួនបីរូប ប្រធានកម្មវិធីសុខភាពមាតា និងទារកខេត្ត មន្ត្រីទទួលបន្ទុកកែលម្អគុណភាពសេវាមក នៃមន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត និងមន្ត្រីមកពីមន្ទីរពេទ្យខេត្ត។ ប្រធានរបស់លេខាធិការដ្ឋានគឺជាប្រធានកម្មវិធីសុខភាពមាតា និងទារករបស់មន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត។

តួនាទី និងការទទួលខុសត្រូវរបស់លេខាធិការដ្ឋាន រួមមាន ៖

- ទទួលព័ត៌មានអំពីករណីមរណភាពមាតា ឬទារកជុំវិញកំណើត
- រាយការណ៍ជូនគណៈកម្មការមន្ទីរពេទ្យ
- រៀបចំចាត់តាំងក្រុមប្រមូលទិន្នន័យ
- រៀបចំការពិនិត្យប្រជុំក្រុមការងារមុន (pre-review) និងសម្របសម្រួលកិច្ចប្រជុំ MPDSR
- រៀបចំអនុសាសន៍ និងផែនការសកម្មភាពនៃអង្គប្រជុំ MPDSR
- ធានាថារបាយការណ៍មិនមានដាក់បញ្ចូលព័ត៌មានអំពីអត្តសញ្ញាណ
- បញ្ជូនរបាយការណ៍ទៅកាន់គណៈកម្មការជាតិ។
- លេខាធិការដ្ឋានរាយការណ៍ជូនប្រធានគណៈកម្មធិការខេត្ត

6.3 លក្ខខណ្ឌយោងរបស់គណៈកម្មការថ្នាក់មន្ទីរពេទ្យ

ដើម្បីឱ្យដំណើរការឆ្លើយតបនឹងសកម្មភាពការងារទាន់ពេលវេលា មន្ទីរពេទ្យនីមួយៗគួរតែបង្កើតគណៈកម្មការ MPDSR ដើម្បីពិនិត្យមរណភាពមាតា និងទារកជុំវិញកំណើតដែលបានកើតឡើងនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យរបស់ខ្លួន និងដើម្បីតាមដានគុណភាព នៃការអនុវត្តការថែទាំមាតា និងទារកជាប្រចាំ។ ទោះយ៉ាងណាក៏ដោយកិច្ចការនេះអាស្រ័យលើធនធានមនុស្ស និងសមត្ថភាពរបស់មន្ទីរពេទ្យក្នុងការបង្កើតគណៈកម្មការជាពិសេសនៅមន្ទីរពេទ្យជាតិ និងមន្ទីរពេទ្យខេត្ត ហើយជាបណ្តើរៗអាចពង្រីកទៅដល់មន្ទីរពេទ្យស្រុកផ្សេងទៀតដោយផ្អែកលើសមត្ថភាព និងតម្រូវការរបស់មូលដ្ឋានសុខាភិបាលនីមួយៗ។

6.3.1. គោលបំណង

គោលបំណងរបស់គណៈកម្មការ MPDSR ថ្នាក់មន្ទីរពេទ្យ គឺ ៖

- ត្រួតពិនិត្យតាមដាន និងការពិនិត្យឡើងវិញលើរាល់ពិនិត្យមរណភាពមាតា និងទារកជុំវិញកំណើតដែលកើតឡើងនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ។
- ត្រួតពិនិត្យតាមដានគុណភាព នៃការថែទាំជាប្រចាំ និងអនុវត្តការកែលម្អគុណភាពសេវាសុខាភិបាលដើម្បីជៀសវាងការស្លាប់ដែលអាចបង្ការបាននៅពេលខាងមុខ។
- លើកកម្ពស់វប្បធម៌ នៃគណនេយ្យភាព ការរៀនសូត្រជាប្រចាំ និងការកែលម្អគុណភាពសេវាសុខភាពមាតានិងទារក ។

6.3.2. វិសាលភាព នៃការងារ និងការទទួលខុសត្រូវ

- **វិសាលភាព**

  គណៈកម្មការ MPDSR ថ្នាក់មន្ទីរពេទ្យ ត្រូវ ៖
  - ធ្វើការពិនិត្យឡើងវិញលើករណីមរណភាពមាតា ករណីស្លាប់កើត និងកើតស្លាប់របស់ទារកនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ។
  - ប្រមូល និងវិភាគទិន្នន័យដើម្បីកំណត់ពីលំនាំនិងនិន្នាការ នៃមរណភាពមាតានិងទារកជុំវិញកំណើត។
  - រៀបចំ និងបង្ហាញរបកគំហើញដល់ថ្នាក់ដឹកនាំមន្ទីរពេទ្យនិងភាគីពាក់ព័ន្ធ។
  - រៀបចំផែនការ និងអនុវត្តសកម្មភាពដោយផ្អែកលើរបកគំហើញ និងត្រួតពិនិត្យតាមដានវឌ្ឍនភាពនៃអន្តរាគមន៍។
  - តាមដានគុណភាព នៃការថែទាំ និងសូចនាករលទ្ធផលជាប្រចាំ។
  - ផ្តល់ព័ត៌មានត្រឡប់ដល់មណ្ឌលសុខភាព។
  - ធានាការសម្ងាត់ និងការរក្សាទិន្នន័យមរណភាពក្នុងអំឡុងពេលពិនិត្យករណីមរណភាព។

- **ភាពញឹកញាប់ នៃកិច្ចប្រជុំ**

  គណៈកម្មការពិនិត្យមរណភាពមាតា និងទារកជុំវិញកំណើតនិងការឆ្លើយតប នឹងជួបប្រជុំនៅក្នុងអំឡុងពេល៧២ម៉ោង ក្រោយមរណភាពកើតឡើង។ ទោះជាយ៉ាងណាមរណភាពទារកជុំវិញកំណើតអាចមានឡើងច្រើនជាង ដែលមិនអាចរៀបចំការប្រជុំបានញឹកញាប់។ ក្នុងករណីនេះ ការពិនិត្យករណីមរណភាពអាចធ្វើឡើងជាទៀងទាត់រៀងរាល់ខែ ជាមួយនឹងការតាមដាន និងកែលម្អគុណភាពសេវា និងអនុវត្តសកម្មភាព។

- **របាយការណ៍ និងគណនេយ្យភាព**
  - គណៈកម្មការពិនិត្យមរណភាពមាតា និងទារកជុំវិញកំណើត និងការឆ្លើយតបនឹងផ្តល់របាយការណ៍ប្រចាំត្រីមាសដោយបញ្ជាក់ពីរបកគំហើញសំខាន់ៗ អនុសាសន៍ និងវឌ្ឍនភាព នៃការអនុវត្តផែនការសកម្មភាពដល់គណៈកម្មការថ្នាក់ខេត្ត។
  - ផ្តល់ព័ត៌មានត្រឡប់អំពីករណីមរណភាពទៅដល់ក្រុមគ្រួសាររបស់សព។

- **រក្សាការសម្ងាត់**

- សមាជិកទាំងអស់របស់គណៈកម្មការពិនិត្យមរណភាពមាតា និងទារកជុំវិញកំណើត និងការឆ្លើយតប ត្រូវតែរក្សាការសម្ងាត់ទាក់ទងនឹងព័ត៌មានមរណភាព និងទិន្នន័យដែលរសើបដែលបានពិភាក្សាក្នុងអំឡុងពេលពិនិត្យករណីមរណភាពឡើងវិញ។
- ដើម្បីពង្រឹងការងារនេះ ការរក្សាការសំងាត់ និងគោលការណ៍មិនមែនចាប់កំហុស ត្រូវតែបញ្ជាក់ឡើងវិញនៅរាល់ពេលចាប់ផ្តើមការប្រជុំរបស់គណៈកម្មការ ។
- របកគំហើញ និងអនុសាសន៍នឹងត្រូវបានរក្សាជាអនាមិកមិនមានឈ្មោះមុនពេលចែកចាយទៅក្រៅគណៈកម្មការ។

- **ធនធាន និងការគាំទ្រ**

រដ្ឋបាលរបស់មន្ទីរពេទ្យត្រូវធានាថាគណៈកម្មការពិនិត្យមរណភាពមាតាជុំវិញកំណើត និងការឆ្លើយតបមានប្រភពធនធានថវិកាគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីអនុវត្តសកម្មភាពរបស់ខ្លួន ដូចជា ៖

- ការពិនិត្យមើលឯកសារអ្នកជំងឺ និងទិន្នន័យគ្លីនិក។
- ការគាំទ្រផ្នែករដ្ឋបាលសម្រាប់ការរៀបចំកិច្ចប្រជុំ និងឯកសារ។
- ការគាំទ្រផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុសម្រាប់ការបណ្តុះបណ្តាលសមាជិកគណៈកម្មការ និងសម្រាប់ការអនុវត្តផែនការសកម្មភាព។

- **ការត្រួតពិនិត្យតាមដាន និងវាយតម្លៃ**

- គណៈកម្មការនឹងវាយតម្លៃប្រសិទ្ធភាពរបស់ខ្លួនជាទៀងទាត់ ដោយពិនិត្យឡើងវិញលើការអនុវត្តផែនការសកម្មភាព និងផលជះ នៃការអនុវត្តផែនការនេះលើការកាត់បន្ថយមរណភាពមាតា និងទារកជុំវិញកំណើត។

6.3.3 សមាសភាគរបស់គណៈកម្មការ

គណៈកម្មការ MPDSR ថ្នាក់មន្ទីរពេទ្យ រួមមានមន្ត្រីចម្រុះគ្រប់ផ្នែកដែលមានជំនាញបច្ចេកទេសផ្នែកសុខភាពមាតា និងទារក។ ដើម្បីធានានូវភាពសមស្រប នៃដំណើរការ និងការចូលរួមបានទៀងទាត់ជាការសំខាន់ត្រូវមានការពិចារណាឱ្យបានម៉ត់ចត់នៅពេលចាត់តាំងសមាជិកភាព នៃគណៈកម្មការ។ ដើម្បីអាចសម្រេចបាននូវគោលបំណងនេះ ត្រូវមានសមាសភាពជាសមាជិកអចិន្ត្រៃយ៍ និងសមាជិកតាមការចាំបាច់ដែលនឹងត្រូវអញ្ជើញមកទៅតាមការចាំបាច់ទាក់ទងនឹងករណីនិមួយៗ។

- **សមាជិកអចិន្ត្រៃយ៍**

- ប្រធានមន្ទីរពេទ្យ
- ប្រធានបច្ចេកទេសមន្ទីរពេទ្យ
- ប្រធានផ្នែកថែទាំ
- ប្រធានផ្នែកសម្ភព
- ប្រធានផ្នែកប្រពោធនកម្មទារក ឬផ្នែកថែទាំទារក (NICU/NCU)
- ប្រធានផ្នែកសង្គ្រោះបន្ទាន់ (ICU)

- ប្រធានផ្នែកដាក់ថ្នាំសណ្តំ
- កោសល្យវិច័យនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ
- គ្រូពេទ្យនៅផ្នែកសម្ភព
- ឆ្មប
- គ្រូពេទ្យនៅផ្នែកទារក ឬកុមារ (គ្រូពេទ្យឯកទេសជំងឺកុមារបើមាន)
- បុគ្គលិកថែទាំ
- បុគ្គលិកផ្នែកដាក់ថ្នាំសណ្តំ
- រដ្ឋបាលការីមន្ទីរពេទ្យ
- អ្នកគ្រប់គ្រងទិន្នន័យ/អ្នកឯកទេសខាងព័ត៌មានសុខាភិបាល
- តំណាងមកពីក្រុមការងារកែលម្អគុណភាព (QI) របស់មន្ទីរពេទ្យខេត្ត

សមាជិកមិនអចិន្ត្រៃយ៍ (ករណីចាំបាច់)

- តំណាងមកពីក្រុមការងារ MPDSR ថ្នាក់ខេត្ត
- តំណាងមកពីគ្រូពេទ្យព្យាបាល ឆ្មប គិលានុប្បដ្ឋាក ក្រុមប្រឹក្សាភិបាលគិលានុប្បដ្ឋាក នៅថ្នាក់ខេត្ត

- **លេខាធិការដ្ឋាន**

សមាសភាព៖ សមាសភាពរបស់លេខាធិការដ្ឋានថ្នាក់មន្ទីរពេទ្យមាន ប្រធានផ្នែកសម្ភព ប្រធានផ្នែកប្រពោធនកម្មទារក ឬផ្នែកថែទាំទារក (NICU/NCU) និងប្រធានឆ្មប

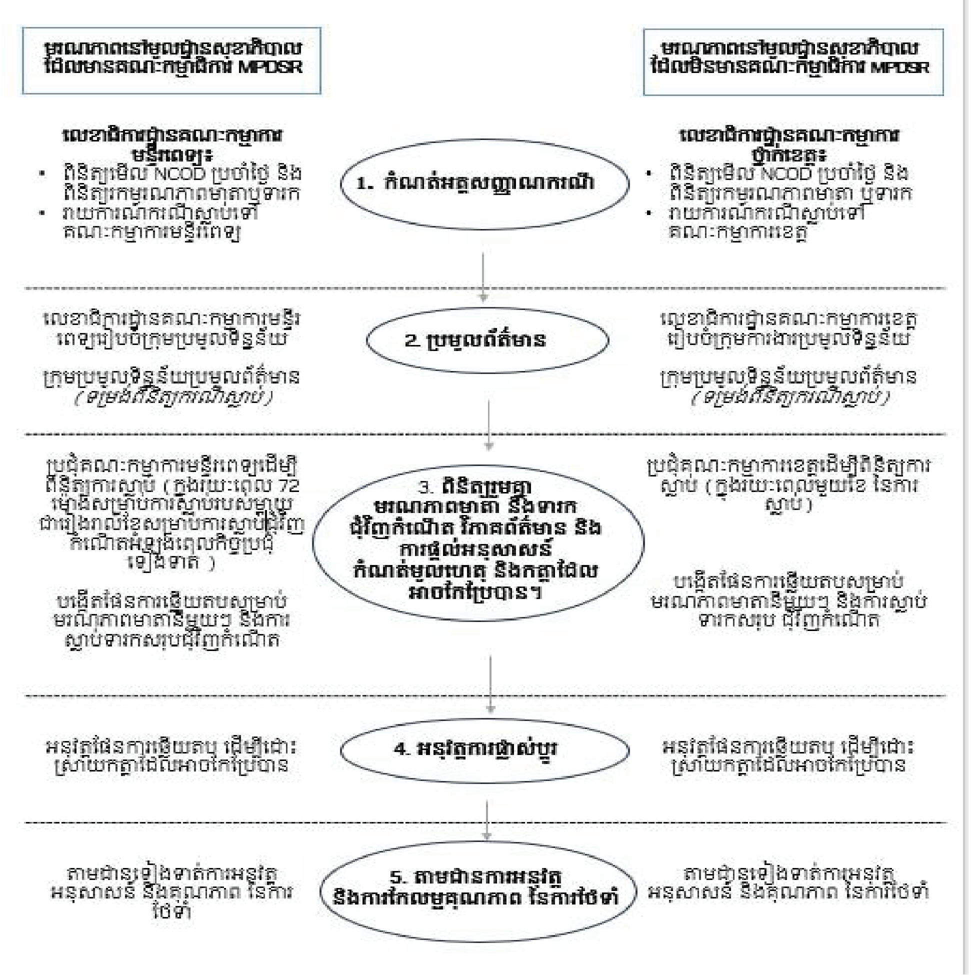
តួនាទី និងការទទួលខុសត្រូវរបស់លេខាធិការដ្ឋាន រួមមាន ៖

- ពិនិត្យប្រព័ន្ធចុះទិន្នន័យសុខាភិបាលឌីជីថលលិខិតជូនដំណឹងអំពីមរណភាព (NCOD) ដើម្បីកំណត់រកករណីមរណភាពមាតា និងទារកជុំវិញកំណើត
- រាយការណ៍ជូនគណៈកម្មាការថ្នាក់មន្ទីរពេទ្យ
- រៀបចំចាត់តាំងក្រុមប្រមូលទិន្នន័យ
- រៀបចំការប្រជុំមុនការប្រជុំពិនិត្យករណីមរណភាព និងសម្របសម្រួលកិច្ចប្រជុំ MPDSR
- រៀបចំអនុសាសន៍ និងផែនការសកម្មភាពពីកិច្ចប្រជុំ MPDSR
- ធានាថារបាយការណ៍មិនមានដាក់បញ្ចូលព័ត៌មានអត្តសញ្ញាណ ។
- ដាក់បញ្ជូនរបាយការណ៍ទៅគណៈកម្មាការថ្នាក់រាជធានី ខេត្ត ឬគណៈកម្មាការជាតិលេខាធិការដ្ឋានរាយការណ៍ទៅប្រធានគណៈកម្មាការថ្នាក់មន្ទីរពេទ្យ

7- ជំហាន នៃការតាមដាន និងឆ្លើយតបចំពោះមរណភាពមាតា និងទារកជុំវិញកំណើត

1. កំណត់អត្តសញ្ញាណករណី
2. ប្រមូលព័ត៌មាន
3. ពិនិត្យរួមគ្នាមរណភាពមាតា និងទារកជុំវិញកំណើត ការវិភាគ ការបង្ហាញព័ត៌មាន និងផ្តល់អនុសាសន៍អំពីសកម្មភាពដែលត្រូវអនុវត្ត
4. អនុវត្តន៍ការផ្លាស់ប្តូរ
5. តាមដាន ការអនុវត្ត MPDSR និងការកែលម្អគុណភាពសេវាសុខាភិបាល

រូបភាពទី 4. លំហូរនៃការតាមដាន និងឆ្លើយតបចំពោះមរណភាពមាតា និងទារកជុំវិញកំណើតទាំងនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល និងក្រៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល



7.1 កំណត់អត្តសញ្ញាណករណី

មរណភាពនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលមានគណៈកម្មាការ MPDSR

ក្រុមការងារលេខាធិការដ្ឋានត្រូវត្រួតពិនិត្យរៀងរាល់ថ្ងៃ លិខិតជូនដំណឹងមរណភាពដែលកើតមានឡើងនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យអំពីមរណភាពមាតា និងទារកជុំវិញកំណើត និងកំណត់អត្តសញ្ញាណករណី ធ្វើរបាយការណ៍ជូនដល់គណៈកម្មាការ MPDSR មន្ទីរពេទ្យរបស់ខ្លួនភ្លាមៗ។ នៅពេលដែលករណីមរណភាពមាតា និងទារកជុំវិញកំណើតភាគច្រើនកើតឡើងនៅបន្ទប់សម្រាលនិងក្រោយសម្រាល ជាការសំខាន់ដែលត្រូវកំណត់បាននូវករណីមរណភាពដែលកើតឡើងនៅតាមផ្នែកផ្សេងៗរបស់មន្ទីរពេទ្យ ដូចជាផ្នែកជំងឺទូទៅ ផ្នែកសង្គ្រោះបន្ទាន់ជាដើម។ គណៈកម្មាការមន្ទីរពេទ្យត្រូវបង្កើនការយល់ដឹង និងធានាថាគ្រប់ករណីមរណភាពមាតា និងទារកជុំវិញកំណើតត្រូវតែកំណត់ អត្តសញ្ញាណបាន និងរាយការណ៍ទោះបីជាមរណភាពនោះកើតឡើងនៅផ្នែកណាមួយ នៃមូលដ្ឋានសុខាភិបាលក៏ដោយ ។

ការស្លាប់នៅមណ្ឌលសុខភាព គ្លីនិកឯកជន និងមន្ទីរពេទ្យដែលមិនមានគណៈកម្មាការ MPDSR

មណ្ឌលសុខភាព គ្លីនិកឯកជន និងនៅមន្ទីរពេទ្យដែលគ្មានគណៈកម្មាការ MPDSR ត្រូវតែបញ្ចូលទិន្នន័យមរណភាពទៅក្នុងប្រព័ន្ធ NCOD ។ លេខាធិការដ្ឋានរបស់គណៈកម្មាការខេត្តត្រូវពិនិត្យតាមដាន NCOD រៀងរាល់ថ្ងៃ និងពិនិត្យរកករណីមរណភាពមាតា និងទារកជុំវិញកំណើត ដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ករណីមរណភាពដែលកើតមាននៅតំបន់គ្របដណ្តប់ និងរាយការណ៍ទៅគណៈកម្មាការថ្នាក់ខេត្ត។

មរណភាពនៅក្រៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល

លេខាធិការដ្ឋានរបស់គណៈកម្មាការថ្នាក់ខេត្តត្រូវតែពិនិត្យ NCOD រៀងរាល់ថ្ងៃ និងពិនិត្យរកដើម្បីកំណត់អត្តសញ្ញាណមរណភាពមាតា និងទារកជុំវិញកំណើត ដែលកើតក្រៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលតែនៅក្នុងតំបន់គ្របដណ្តប់របស់ខេត្ត និងរាយការណ៍ទៅគណៈកម្មាការថ្នាក់ខេត្ត ។

7.2 ការប្រមូលទិន្នន័យ ឬព័ត៌មាន

មរណភាពនៅមន្ទីរពេទ្យដែលមានគណៈកម្មាការ MPDSR

នៅពេលដែលករណីមរណភាពមាតា ឬទារកជុំវិញកំណើតត្រូវបានកំណត់អត្តសញ្ញាណ (មើលលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៅផ្នែកបន្ទាប់) លេខាធិការដ្ឋាន នៃគណៈកម្មាការថ្នាក់មន្ទីរពេទ្យនឹងរៀបចំចាត់តាំងក្រុមប្រមូលទិន្នន័យឱ្យបានឆាប់បំផុតតាមដែលអាចធ្វើទៅបាន។ ការប្រមូលទិន្នន័យធ្វើឡើងតែនៅមន្ទីរពេទ្យ ប៉ុន្តែបើមានតម្រូវការចាំបាច់ ក្រុមការងារនឹងត្រូវចុះប្រមូលទិន្នន័យដល់សហគមន៍។ ក្រុមប្រមូលទិន្នន័យនឹងព័ត៌មានដោយប្រើទម្រង់ពិនិត្យករណីមរណភាព (ឧបសម្ព័ន្ធទី ៣៖ ទម្រង់ពិនិត្យករណីមរណភាពមាតា និង ឧបសម្ព័ន្ធទី ៤៖ ទម្រង់ពិនិត្យករណីមរណភាពទារកជុំវិញកំណើត) ពីការពិនិត្យឯកសារកត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកជំងឺនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល និងសម្ភាសន៍បុគ្គលិកនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលពាក់ព័ន្ធក្នុងការថែទាំករណីមរណភាពនោះ។ ជាការសំខាន់ដែរក្នុងការសម្ភាសន៍ជាមួយគ្រួសារករណីមរណភាពដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ត និងពិនិត្យមើលថាតើមានព័ត៌មានណាខ្លះដែលមិនមានភាពស៊ីសង្វាក់គ្នា និងប្រមូលក្តីកង្វល់និងសំណួរនានារបស់ពួកគេ។

បន្ទាប់មកទម្រង់ពិនិត្យករណីមរណភាពត្រូវបានបំពេញសព្វគ្រប់ និងសេចក្តីសង្ខេបជាលាយលក្ខណ៍អក្សរនឹងត្រូវបានរៀបចំ។

ការស្លាប់នៅមណ្ឌលសុខភាព គ្លីនិកឯកជន និងមន្ទីរពេទ្យដែលមិនមានគណៈកម្មការ MPDSR

នៅពេលមានពិនិត្យមរណភាពមាតា ឬទារកជុំវិញកំណើត (មើលលក្ខណវិនិច្ឆ័យនៅផ្នែកបន្ទាប់) លេខាធិការដ្ឋាននៃគណៈកម្មការខេត្តនឹងរៀបចំចាត់តាំងក្រុមប្រមូលទិន្នន័យគ្រប់ករណីមរណភាពមាតាទាំងអស់ និងករណីមរណភាពទារកជុំវិញកំណើតខ្លះៗ។ ការប្រមូលទិន្នន័យនេះត្រូវធ្វើក្រោយ៧ថ្ងៃ និងមិនលើសពី៣០ថ្ងៃក្រោយមរណភាព។ មូលដ្ឋានសុខាភិបាលបានផ្តល់សេវាដល់ស្ត្រីត្រូវសហការ និងផ្តល់ព័ត៌មានចាំបាច់មួយចំនួនក្នុងពេលប្រមូលទិន្នន័យ។ ក្រុមអ្នកចុះប្រមូលទិន្នន័យប្រើទម្រង់សម្រាប់ពិនិត្យករណីមរណភាព (ឧបសម្ព័ន្ធទី ៣៖ ទម្រង់ពិនិត្យករណីមរណភាពមាតា និងឧបសម្ព័ន្ធទី ៤៖ ទម្រង់ពិនិត្យករណីមរណភាពទារកជុំវិញកំណើត) សម្រាប់ប្រមូលទិន្នន័យពីឯកសារការកត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកជំងឺនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល និងប្រមូលព័ត៌មានដោយសម្ភាសន៍បុគ្គលិកនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលរួមទាំងបុគ្គលិក ដែលធ្វើការនៅមន្ទីរពេទ្យឯកជនដែលពាក់ព័ន្ធក្នុងការថែទាំករណីមរណភាពនោះ។ ជាការសំខាន់ដែរក្នុងការសម្ភាសន៍ជាមួយគ្រួសារករណីមរណភាពដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម និងពិនិត្យមើលថាតើមានព័ត៌មានណាខ្លះដែលមិនមានភាពស៊ីសង្វាក់គ្នា និងប្រមូលក្តីកង្វល់ និងសំណួរនានារបស់ពួកគេ។ បន្ទាប់មកទម្រង់ពិនិត្យករណីមរណភាពត្រូវបានបំពេញសព្វគ្រប់ និងសេចក្តីសង្ខេបជាលាយលក្ខណ៍អក្សរនឹងត្រូវបានរៀបចំ។

ដើម្បីឱ្យដំណើរការចុះប្រមូលទិន្នន័យ និងការស្រាវជ្រាវមរណភាពនៅក្រៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព កិច្ចសហការជាមួយមណ្ឌលសុខភាពក្នុងតំបន់ និងអាជ្ញាធរមូលដ្ឋានជាការសំខាន់បំផុត។ បើគ្មានការគាំទ្ររបស់ពួកគេទេ ការប្រមូលព័ត៌មានគ្រប់ជ្រុងជ្រោយអំពីករណីមរណភាពទាំងនេះ មិនអាចធ្វើទៅបាននោះទេ។

ការស្លាប់នៅក្រៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល (នៅសហគមន៍)

ស្រដៀងគ្នាករណីមរណភាពមាតាស្ថិតនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលមិនមានគណៈកម្មការ MPDSR ដូចករណីខាងលើ នៅពេលដែលករណីមរណភាពមាតា និងទារកត្រូវបានកំណត់អត្តសញ្ញាណ (មើលលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៅផ្នែកបន្ទាប់) លេខាធិការដ្ឋាន នៃគណៈកម្មការខេត្តនឹងរៀបចំចាត់តាំងក្រុមប្រមូលទិន្នន័យគ្រប់ករណីមរណភាពមាតាទាំងអស់ និងករណីមរណភាពទារកជុំវិញកំណើតមួយចំនួន។ ការប្រមូលទិន្នន័យនេះត្រូវធ្វើក្រោយរយៈពេល៧ថ្ងៃ និងមិនលើសពី៣០ថ្ងៃក្រោយមរណភាព។ ក្រុមអ្នកចុះប្រមូលទិន្នន័យនឹងសំភាសន៍ជាមួយក្រុមគ្រួសារសព និងអ្នកដែលបានដឹងឮជុំវិញករណីមរណភាព។

ដើម្បីឱ្យដំណើរការចុះប្រមូលទិន្នន័យ និងការស្រាវជ្រាវមរណភាពនៅក្រៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព កិច្ចសហការជាមួយមណ្ឌលសុខភាពក្នុងតំបន់ និងអាជ្ញាធរមូលដ្ឋានជាការសំខាន់បំផុត។ បើគ្មានការគាំទ្ររបស់ពួកគេទេ ការប្រមូលព័ត៌មានគ្រប់ជ្រុងជ្រោយអំពីករណីមរណភាពទាំងនេះ មិនអាចធ្វើទៅបាននោះទេ។

ក្រុមប្រមូលទិន្នន័យនឹងសម្ភាសន៍គ្រួសារសព និងសហគមន៍ដោយប្រើទម្រង់ពិនិត្យករណីមរណភាព (ឧបសម្ព័ន្ធទី៣៖ ទម្រង់ករណីមរណភាពមាតា និងឧបសម្ព័ន្ធទី៤៖ទម្រង់ពិនិត្យករណីមរណភាពទារកជុំវិញការសម្រាល)។ បន្ទាប់មក ទម្រង់ពិនិត្យករណីមរណភាពត្រូវបានបំពេញសព្វគ្រប់ និងសេចក្តីសង្ខេបជាលាយលក្ខណ៍អក្សរនឹងត្រូវបាន រៀបចំ។

សមាសភាពក្រុមចុះប្រមូលទិន្នន័យ

- សមាជិកគណៈកម្មាការ MPDSR ថ្នាក់ខេត្ត (បុគ្គលិក ឬផ្នែកគាំពារមាតា និងទារកខេត្ត)
- វេជ្ជបណ្ឌិតធ្វើការនៅសម្ភព ឬគ្រូពេទ្យផ្នែកកុមារ ធ្វើការនៅមន្ទីរពេទ្យខេត្ត ឬមន្ទីរពេទ្យបង្អែក
- បុគ្គលិកផ្សេងៗទៀតបើចាំបាច់ (មន្ត្រីរបស់ស្រុកប្រតិបត្តិ ឬឆ្មបនៅតាមមណ្ឌលសុខភាព)

លក្ខខណ្ឌយោងរបស់ក្រុមចុះប្រមូលទិន្នន័យ

១- ការប្រមូលទិន្នន័យ ៖ ក្រុមការងារនឹងប្រមូលទិន្នន័យជាលក្ខណៈប្រព័ន្ធនូវអ្វីដែលបានកើតឡើងតាំងពី នៅផ្ទះ ទៅមណ្ឌលសុខភាព ឬនៅកន្លែងផ្សេងៗទៀតដែលមានពាក់ពន្ធ័ជាមួយមរណភាព។

ព័ត៌មាននឹងទទួលបានដោយ ៖

ក- សម្ភាសន៍ជាមួយក្រុមគ្រួសារញាតិសណ្តានរបស់សព និងសមាជិកផ្សេងៗទៀតនៅក្នុងសហគមន៍

ខ- សម្ភាសន៍ជាមួយគ្រូពេទ្យដែលពិនិត្យព្យាបាលស្ត្រីមុនមរណភាព

គ- ពិនិត្យឯកសារកត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រទាំងអស់ដែលទាក់ទង

រាល់ព័ត៌មានទាំងអស់ត្រូវបញ្ចូលទៅក្នុងទម្រង់សម្រាប់ពិនិត្យករណីមរណភាពដែលសមស្រប (ឧបសម្ព័ន្ធទី ៣ និងទី៤)។

ការសម្ភាសន៍ជាមួយក្រុមគ្រួសារ និងសាច់ញាត្តិរបស់សពគឺត្រូវធ្វើឡើងដោយការអាណិតអាសូរ និងប្រយ័ត្ន ប្រយែង (sensitive) និងធានាថាមានការគោរពដល់អារម្មណ៍របស់គ្រួសារសព ។ ប្រសិនបើចាំបាច់ ការគាំទ្រផ្លូវចិត្តត្រូវតែផ្តល់ជូន និងរៀបចំឡើង។ ជាការសំខាន់ណាស់ដែលត្រូវជម្រាបជូនច្បាស់ពីគោល បំណង នៃដំណើរការ MPDSR ដោយសង្កត់ធ្ងន់ថាការងារនេះមានគោលបំណងស្វែងរកកង្វះខាត នៃប្រព័ន្ធ ដើម្បីរកដំណោះស្រាយកុំឱ្យមានបញ្ហាដូចគ្នានេះកើតមានឡើងនៅពេលអនាគត។

គោលការណ៍ទូទៅក្នុងការបំពេញទម្រង់

- ជៀសវាងការសន្មត់៖ ប្រសិនបើខ្វះខាតព័ត៌មានណាមួយ ដូចជាលទ្ធផលនៃតេស្តស្តង់ដា ចូរគូស សម្គាល់ "មិនដឹង" កុំសន្មត់ ឬទុកវាចោលមិនបំពេញ។
- ពិចារណារកប្រភពទិន្នន័យ៖ សម្រាប់ទិន្នន័យមួយចំនួនដូចជាអាយុ នៃគភ៌ជាការសំខាន់ណាស់ ដែលត្រូវបញ្ជាក់ប្រភពនៃព័ត៌មាននេះ (ឧទាហរណ៍- ការប៉ាន់ស្មានរដូវចុងក្រោយរបស់ម្តាយ តាមរយៈ អេកូសាស្ត្រពីលើកមុន ឬក្រោយ។ល។)
- ដោះស្រាយភាពផ្ទុយគ្នា៖ ព័ត៌មាននៅក្នុងតារាង ឬក្រាហ្វិច និងសៀវភៅកំណត់ត្រាជួនកាលអាច ផ្ទុយគ្នា។ ជាការសំខាន់ដែលត្រូវរំលេចភាពខុសគ្នាទាំងនេះក្នុងអំឡុងពេលដំណើរពិនិត្យករណី និង

ព្យាយាមកែតម្រូវ ឬបំភ្លឺចំណុចទាំងនោះ មុនពេលរាយការណ៍ទិន្នន័យទៅកាន់ថ្នាក់កម្រិតខ្ពស់ជាងនេះរបស់ប្រព័ន្ធសុខាភិបាល។

២- សង្ខេបទិន្នន័យ ៖

ក្រុមប្រមូលទិន្នន័យនឹងជួបប្រជុំដើម្បីចងក្រងព័ត៌មាន ដើម្បីស្វែងយល់ឱ្យបានច្បាស់អំពីព្រឹត្តិការណ៍ដែលបណ្តាលឱ្យមានមរណភាពកើតឡើង។ នៅមុនកិច្ចប្រជុំគណៈកម្មាការថ្នាក់ខេត្ត ឬថ្នាក់មន្ទីរពេទ្យ ប្រធានក្រុម អ្នកប្រមូលទិន្នន័យដែលមានជំនាញ និងបទពិសោធន៍ក្នុងការរាយការណ៍ ត្រូវរៀបចំសង្ខេបព័ត៌មានសំខាន់ៗមួយចំនួនសម្រាប់ករណីស្លាប់នីមួយៗ រួមទាំងទិន្នន័យដែលពាក់ព័ន្ធទាំងអស់។
សេចក្តីសង្ខេបគួររំលេចចំណុចទាំងឡាយដូចខាងក្រោម ៖

- ចំណុចសំខាន់ៗពីបញ្ជីត្រួតពិនិត្យ (checklists)
- កត្តា ឬមូលហេតុដែលអាចជៀសវាងបាន និងចំណាត់ថ្នាក់របស់មូលហេតុទាំងនោះ
- សម្រង់សំដីដែលពាក់ព័ន្ធពីបទសម្ភាសន៍
- ចំណុចមិនស៊ីសង្វាក់គ្នារវាងប្រភពទិន្នន័យ។

ការវាយតម្លៃមុន (pre-review assessment) នឹងបង្ហាញពីមូលហេតុ នៃការស្លាប់ កត្តារួមចំណែក និងកត្តាដែលអាចកែសម្រួលបាន។

7.3 ការពិនិត្យរួមគ្នាករណីមរណភាពមាតា និងទារកជុំវិញកំណើត ការវិភាគព័ត៌មាន និងផ្តល់អនុសាសន៍ពីការស្លាប់នៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈដែលមានគណៈកម្មាការ MPDSR

គណៈកម្មាការមន្ទីរពេទ្យត្រូវរៀបចំការពិនិត្យករណីក្នុងរយៈពេល៧២ម៉ោង បន្ទាប់ពីមានការស្លាប់របស់ម្តាយនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ។ ការកំណត់អំពីមូលហេតុ កត្តាចំបងៗដែលអាចឱ្យមានករណីមរណភាព និងការរៀបចំផែនការ សម្មភាពឆ្លើយតបនឹងត្រូវបានបំពេញនៅពេលប្រជុំពិនិត្យករណី។ ករណីមរណភាពទារកជុំវិញកំណើតត្រូវប្រជុំជារៀងរាល់ខែជាទៀងទាត់ បើទោះមិនមានករណីមរណភាពទេ គណៈកម្មាការមន្ទីរពេទ្យត្រូវរាយការណ៍ថាមិនមានករណីស្លាប់ក្នុងខែនេះ (zero reporting) ។

មរណភាពនៅមណ្ឌលសុខភាព មរណភាពនៅគ្លីនិកឯកជន និងនៅមន្ទីរពេទ្យដែលគ្មានគណៈកម្មាការ ឬមរណភាពនៅសហគមន៍

គណៈកម្មាការខេត្ត MPDSR ត្រូវធ្វើការពិនិត្យជាបន្ទាន់តាមតែអាចធ្វើទៅបានក្រោយពីប្រមូលព័ត៌មានរួចរាល់ក្នុងអំឡុងពេលមួយខែបន្ទាប់ពីមរណភាព។ ការកំណត់អំពីមូលហេតុ កត្តាចំបងៗដែលអាចឱ្យមានករណីមរណភាពកើតឡើង និងផែនការសម្មភាពរបស់ករណីមរណភាពនិមួយៗនឹងត្រូវបានបំពេញ នៅពេលពិនិត្យករណី។

ក- ការជ្រើសរើសករណីមរណភាពមកពិនិត្យ

ករណីមរណភាពរបស់មាតា៖ រាល់មរណភាពមាតាទាំងអស់ត្រូវតែពិនិត្យដោយគ្មានទការលើកលែង។

ករណីមរណភាពរបស់ទារក៖ នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យធំៗដែលមានបន្ទុកករណីមរណភាពច្រើន គេអាចជ្រើសរើសយកគំរូករណីមួយចំនួនសម្រាប់ការពិនិត្យ។ ឧទាហរណ៍ការពិនិត្យ ស៊ីជម្រៅលើមរណភាព ២-៣ ករណីក្នុងនៅពេល ប្រជុំមួយលើក។ ការជ្រើសរើសករណី គឺផ្តោតសំខាន់ទៅលើករណីដែលអាចជួយសង្គ្រោះជីវិតបាននៅពេលធ្វើ អន្តរាគមន៍ និងជាមួយធនធានដែលមាន ឧទាហរណ៍ យើងពិបាកនឹងជួយសង្គ្រោះចំពោះទារកកើតមានទម្ងន់ទាបជាង ១៥០០ក្រាម។

ខាងក្រោមនេះជាករណីអាទិភាពដែលត្រូវតែលើកយកមកពិនិត្យ៖

- ការស្លាប់កើតជុំវិញពេលសម្រាល (Intrapartum stillbirth)៖ ករណីមរណភាពរបស់ទារកដែលស្តាប់ឮចង្វាក់បេះដូងទារកនៅពេលមកដល់មន្ទីរពេទ្យ ករណីនេះគួរបញ្ចូលក្នុងការពិនិត្យ។
- ការស្លាប់របស់ទារកក្នុងសប្តាហ៍ដំបូងនៃជីវិត (Early perinatal death)៖ ករណីមរណភាពដែលកើតឡើងក្នុងអំឡុងពេល ៧ ថ្ងៃដំបូងនៃជីវិត គួរតែត្រូវត្រួតពិនិត្យឡើងវិញ។
- ស្លាប់នៅពេលមុនសម្រាល (Antepartum stillbirth)៖ ករណីមរណភាពដែលកើតមានឡើងមុនពេលឈឺពោះសម្រាលគួរតែត្រូវពិនិត្យប្រសិនបើអាច។

ខ- ក្រមសីលធម៌ប្រតិបត្តិ

សមាជិកទាំងអស់ នៃគណៈកម្មការ MPDSR ត្រូវគោរពក្រមសីលធម៌ប្រតិបត្តិដូចខាងក្រោម ។ សមាជិកគ្រប់រូប នៃគណៈកម្មការ MPDSR ត្រូវធ្វើការប្តេជ្ញាចិត្តជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ (ឧបសម្ព័ន្ធទី ៦៖ ការបំពេញតាមក្រមសីលធម៌ប្រតិបត្តិ) ។

- សមាជិកទាំងអស់ នៃគណៈកម្មការ MPDSR ត្រូវតែរក្សាការសម្ងាត់ទាក់ទងនឹងព័ត៌មានអ្នកជំងឺ និងទិន្នន័យរសើបដែលបានពិភាក្សាក្នុងអំឡុងពេលពិនិត្យករណី។
- ចូលរួមប្រជុំពិនិត្យករណីមរណភាពទាន់ពេលវេលា។
- ចូលរួមយ៉ាងសកម្មក្នុងការពិភាក្សាផ្តល់យោបល់។
- គោរពមតិ និងរបៀប នៃការផ្តល់យោបល់របស់គ្រប់សមាជិក។
- ទទួលយកលទ្ធផលការពិភាក្សា និងទោះបីជាគំនិតដែលបានលើកឡើងមានការខ្វែងគំនិតគ្នាជៀសវាងការបំពានពាក្យសម្តី។
- គោរពការសម្ងាត់ នៃការពិភាក្សាដែលកើតឡើងក្នុងអំឡុងពេលកិច្ចប្រជុំ។
- យល់ព្រមមិនលាក់បាំងព័ត៌មានដែលមានប្រយោជន៍ ឬមិនក្លែងបន្លំព័ត៌មានដែលអាចផ្តល់ការយល់ដឹងអំពីករណីដែលកំពុងត្រូវបានធ្វើការពិនិត្យពិគ្រោះពិភាក្សា។
- ព្យាយាមឱ្យបានច្រើនបំផុតតាមដែលអាចធ្វើទៅបាន (ទទួលស្គាល់ថា វាមិនមែនជារឿងងាយស្រួលនោះទេ) ដើម្បីទទួលយកថាសកម្មភាពផ្ទាល់របស់អ្នកអាចនឹងត្រូវបានសួរនាំ។

គ- ភាពញឹកញាប់ នៃកិច្ចប្រជុំ

- គណៈកម្មការថ្នាក់មន្ទីរពេទ្យ៖ យ៉ាងហោចណាស់ម្តងក្នុងមួយខែ ដោយមានការប្រជុំបន្ថែមនៅពេលពិនិត្យមរណភាពមាតា ។
- គណៈកម្មការថ្នាក់ខេត្ត៖ យ៉ាងហោចណាស់រៀងរាល់ខែ ដោយមានការប្រជុំបន្ថែមនៅពេលមានករណីមរណភាពដែលកើតមាននៅក្នុងសហគមន៍ ។
- គណៈកម្មការថ្នាក់ជាតិ៖ យ៉ាងហោចណាស់រៀងរាល់ខែ ដោយមានការប្រជុំបន្ថែមនៅពេលមានករណីមរណភាពដែលកើតមាននៅក្នុងសហគមន៍។

ឃ- របៀបវារៈ នៃកិច្ចប្រជុំ

a. ពិនិត្យឡើងវិញលើកំណត់ហេតុកិច្ចប្រជុំពីលើកមុន (ពិនិត្យមើលអនុសាសន៍ និងការអនុវត្ត)

b. ការពិនិត្យករណីមរណភាពមាតា៖ មូលហេតុ នៃការស្លាប់ កត្តារួមចំណែកកត្តាដែលអាចកែតម្រូវបាន។

c. ការពិនិត្យករណីស្លាប់របស់ទារកជុំវិញកំណើត៖ មូលហេតុ នៃការស្លាប់កត្តារួមចំណែកកត្តាដែលអាចកែតម្រូវបាន។

d. ពិនិត្យលើសូចនាករសម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យតាមដានជាប្រចាំ

e. កំណត់ពីកត្តាដែលអាចកែតម្រូវបាន

f. អនុសាសន៍សម្រាប់វិធានការដែលត្រូវអនុវត្ត រួមទាំងការពិនិត្យសកម្មភាពឆ្លើយតបទាំងអស់ដែលបានដាក់អនុវត្តកន្លងមក

លេខាធិការត្រូវធ្វើកំណត់ហេតុកិច្ចប្រជុំ និងបំពេញទម្រង់ទាំងអស់នៅក្នុងអំឡុងពេលដំណើរការពិនិត្យមរណភាព (កំណត់ហេតុកិច្ចប្រជុំអំពី MPDSR ត្រូវមានការកត់ត្រា និងសកម្មភាពដែលត្រូវអនុវត្តក្នុងទម្រង់របាយការណ៍)។

ង- ការវិភាគ និងការបង្ហាញព័ត៌មាន

ទិន្នន័យបែបបរិមាណ និងគុណភាពនឹងត្រូវបានវិភាគ និងបង្ហាញតាមវិធីដែលកំណត់ពីលំនាំ និងនិន្នាការបំភ្លឺនូវដំណោះស្រាយអាទិភាពមួយចំនួនដែលអាចមានជុំវិញមរណភាព។

ជាផ្នែកមួយ នៃដំណើរការត្រួតពិនិត្យតាមដានជាប្រចាំនៅតាមមូលដ្ឋានសុខាភិបាលគឺជាសូចនាករ ត្រូវតែធ្វើឡើងដើម្បីយល់ដឹងអំពីគុណភាពក្នុងការអនុវត្តការងាររបស់មន្ទីរពេទ្យ ។

ផ្ទាំងបង្ហាញព័ត៌មានត្រួតពិនិត្យតាមដានគុណភាព នៃការថែទាំ (A quality – of – care Monitoring dashboard) គឺជាឧបករណ៍ដ៏មានតម្លៃមួយសម្រាប់យល់ដឹងអំពីសូចនាករទាំងនេះ រួមទាំងគុណតម្លៃសកម្មភាពបច្ចុប្បន្ន និងនិន្នាការអនុវត្តការងារកន្លងមកតាមលំដាប់លំដោយ។ ទម្រង់សង្ខេបប្រចាំខែរបស់មូលដ្ឋានសុខាភិបាល (ឧបសម្ព័ន្ធទី ៨៖ ទម្រង់សង្ខេបប្រចាំខែរបស់មូលដ្ឋានសុខាភិបាល) ត្រូវបានបំពេញ និងភ្ជាប់ទៅនឹងកំណត់ហេតុពេលប្រជុំ។

ច- ការផ្តល់អនុសាសន៍អំពីសកម្មភាពដែលត្រូវអនុវត្ត

គណៈកម្មាការនឹងផ្តល់អនុសាសន៍អំពីវិធានការការងារក្នុងគោលបំណង ទប់ស្កាត់មរណភាពនៅពេលអនាគត។ អនុសាសន៍នេះត្រូវបានគេចាត់ទុកថាទាក់ទងទៅនឹងកត្តាដែលអាចកែតម្រូវបាន ក្រោយពីកំណត់អត្តសញ្ញាណរបស់មរណភាព។ អនុសាសន៍ត្រូវតែ « SMART ជាក់លាក់ វាស់វែងបាន សមរម្យ អាចធ្វើបាន និងមានពេលវេលាជាក់លាក់ » ទម្រង់សម្រាប់ផែនការសកម្មភាពមានភ្ជាប់ជាឧបសម្ព័ន្ធ ទី៧ ទម្រង់កំណត់ហេតុកិច្ចប្រជុំពិនិត្យរួមគ្នានៃ MPDSR និងទម្រង់សកម្មភាពដែលត្រូវអនុវត្ត។

7.4 អនុវត្តសកម្មភាពដើម្បីការកែលម្អ

ការកំណត់បញ្ហាដែលអាចជៀសវាងបាន និងដំណោះស្រាយមិនមែនតែចប់ត្រឹមនេះទេ។ ក្រុម MPDSR ត្រូវឯកភាពគ្នាលើយុទ្ធសាស្ត្រសម្រាប់ផ្សព្វផ្សាយរបកគំហើញ និងជំរុញសកម្មភាពការងារ។ ការផ្សព្វផ្សាយនឹងត្រូវធ្វើឡើងនៅគ្រប់កម្រិតថ្នាក់ និងគ្រប់ក្រុមគោលដៅផ្សេងៗគ្នាផងដែរ។ ក្រុមការងារ MPDSR គួរតែផ្តោតទៅលើ សារគន្លឹះដែលចង់បញ្ជូន ឬផ្តល់ទៅកាន់ក្រុមគោលដៅនីមួយៗ។ មន្ត្រីដែលទទួលខុសត្រូវក្នុងការអនុវត្តន៍សកម្មភាពការងារត្រូវប្រែក្លាយផែនការឱ្យទៅជាសកម្មភាព និងបញ្ចូលទៅក្នុងផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំ និងគៀងគរប្រភពធនធានក្នុងការធ្វើការងារ។

របកគំហើញត្រូវផ្តល់ព័ត៌មានជូនក្រុមសំខាន់ៗទាំងបួនមានដូចជា ៖

- សហគមន៍ដែលមរណភាពទាំងនោះកើតឡើងនៅទីកន្លែងនោះ
- បុគ្គលិកធ្វើការនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលករណីមរណភាពបានកើតឡើង
- ក្រុមការងារ MPDSR ថ្នាក់ស្រុកប្រតិបត្តិ ឬថ្នាក់ខេត្ត
- អ្នកសម្រេចចិត្ត និងអាជ្ញាធរនៅថ្នាក់ខេត្ត ឬថ្នាក់ជាតិ។

ព័ត៌មានត្រឡប់គួរតែផ្តល់តម្លៃ និងថ្លែងអំណរគុណចំពោះបុគ្គលនានាដែលបានសហការ និងរួមបញ្ចូលទស្សនៈការយល់ឃើញរបស់សហគមន៍ផងដែរ។

នៅថ្នាក់មូលដ្ឋានសុខាភិបាល អ្នកសម្របសម្រួលអាចកំណត់សកម្មភាពជាក់លាក់ ដូចជាការផ្លាស់ប្តូរក្នុងកិច្ចការ ឬការបណ្តុះបណ្តាលបន្តអំពីជំនាញសង្គ្រោះជីវិតផ្នែកសម្ភព។ នៅទីនេះ តំណាងថ្នាក់ស្រុកដែលបានចូលរួមក្នុងក្រុម MPDSR គួរតែមានតួនាទីលើកឡើងអំពីចំណុចទាំងនេះជាមួយអាជ្ញាធរពាក់ព័ន្ធ។ ព័ត៌មានត្រឡប់គួរតែមានគោលបំណងស្ថាបនាជាងការស្តីបន្ទោស ដោយសង្កត់ធ្ងន់លើវិធីនានាដើម្បីកែលម្អសេវា ក្នុងពេលអនាគត។ បុគ្គលិកនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល គួរតែត្រូវបានផ្តល់ជូននូវឱកាសដើម្បីផ្តល់យោបល់លើរបកគំហើញ និងផ្តល់យោបល់អំពីរបៀបពង្រឹង MPDSR នាពេលអនាគត។

7.5 តាមដានការអនុវត្តការងារ MPDSR និងការកែលម្អគុណភាព នៃការថែទាំ

ការអនុវត្តប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាពការពិនិត្យមរណភាពមាតា និងទារកជុំវិញកំណើត និងការឆ្លើយតប (MPDSR) តម្រូវឱ្យមានការតាមដានយ៉ាងជិតស្និទ្ធនិងជាប្រចាំ ដើម្បីធានាការសម្រេចបាននូវភាពប្រសើរឡើងនៃគុណភាពផ្តល់សេវា។ ការមានដំណើរការត្រួតពិនិត្យតាមដានដ៏រឹងមាំមួយ គឺជួយក្នុងការតាមដានវឌ្ឍនភាព

និងដោះស្រាយបញ្ហាប្រឈមបានទាន់ពេលវេលា។ ការត្រួតពិនិត្យតាមដានគួរតែផ្តោតលើសមាសធាតុសំខាន់ៗ ដូចខាងក្រោម៖

- **ការអនុវត្តអនុសាសន៍ ៖** វាយតម្លៃថាតើអនុសាសន៍អំពីសកម្មភាពដែលត្រូវបានកំណត់ក្នុងអំឡុងពេលពិនិត្យករណីមរណភាព កំពុងត្រូវបានអនុវត្តតាមការគ្រោងទុកដែរឬទេ។
- **ការប្រកាន់ខ្ជាប់តាមពេលវេលាកំណត់ ៖** វាយតម្លៃថាតើអនុសាសន៍កំពុងត្រូវបានអនុវត្តក្នុងគម្រោងពេលវេលាដែលបានស្នើឡើងឬទេ ដោយធានាថា ការពន្យារពេលត្រូវបានរកឃើញ និងដោះស្រាយភ្លាមៗ។
- **ប្រសិទ្ធភាព នៃវិធានការ៖** កំណត់ថាតើអនុសាសន៍ដែលបានអនុវត្ត នាំទៅរកលទ្ធផលដែលចង់បានដូចជាការកាត់បន្ថយមរណភាពមាតា និងទារក ឬការកែលម្អក្នុងការអនុវត្តផ្នែកគ្លីនិក។
- **កំណត់បញ្ហាប្រឈម ៖** ប្រសិនបើលទ្ធផលដែលចង់បានមិនត្រូវបានសម្រេច សូមតាមដានមើលឧបសគ្គ ឬចំណុចខ្វះខាតដែលអាចកើតមាននៅក្នុងដំណើរការអនុវត្តន៍។ កិច្ចការនេះអាចពាក់ព័ន្ធនឹងការពិនិត្យមើលកត្តានានា ដូចជា កង្វះខាតធនធាន ការបណ្តុះបណ្តាលបុគ្គលិក ការសម្របសម្រួលរវាងកម្រិតថ្នាក់ផ្សេងៗ នៃប្រព័ន្ធសុខាភិបាល ឬភាពសមស្រប នៃអន្តរាគមន៍។

បន្ថែមពីលើសមាសធាតុដែលបានរៀបរាប់ខាងលើ ការផ្តល់ព័ត៌មានត្រឡប់ជាទៀងទាត់ កិច្ចប្រជុំពិនិត្យមើលទិន្នន័យ និងការចូលរួមពីសំណាក់ភាគីពាក់ព័ន្ធសំខាន់ៗ រួមទាំងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព ថ្នាក់ដឹកនាំមូលដ្ឋានសុខាភិបាល និងតំណាងសហគមន៍គឺជាការចាំបាច់ដើម្បីធានាថា ការតាមដានមិនត្រឹមតែជាសកម្មភាពឆ្លើយតបប៉ុណ្ណោះទេ ប៉ុន្តែជាការងារដែលត្រូវតែធ្វើជាប្រចាំដើម្បីកែលម្អគុណភាពផ្តល់សេវា។ ទិន្នន័យដែលបានមកពីការត្រួតពិនិត្យតាមដានត្រូវបានវិភាគ និងប្រើប្រាស់ដើម្បីកែសម្រួលយុទ្ធសាស្ត្រ ដោយធានាថាការរៀនសូត្រ និងការកែតម្រូវជាប្រចាំ ត្រូវបានដាក់បញ្ចូលទៅក្នុងដំណើរការតាមដាន និងឆ្លើយតបចំពោះមរណភាពមាតា និងទារកជុំវិញកំណើត។

8- ការតាមដាន និងឆ្លើយតបចំពោះមរណភាពមាតា និងទារកជុំវិញកំណើតក្នុងអំឡុងពេលមានគ្រោះមហន្តរាយ

គោលបំណង

ក្នុងអំឡុងពេលមានគ្រោះមហន្តរាយ បន្ទុក នៃមរណភាពមាតានិងទារកជុំវិញកំណើត មានការកើនឡើងដោយសារការរំខានទៅលើសេវាថែទាំសុខភាព កង្វះហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធ និងសម្ពាធបន្ថែមទៀតទៅលើក្រុមដែលងាយរងគ្រោះរួចទៅហើយនោះ (មាតា និងទារក) ។ ពិធីសារនេះ បង្ហាញពីការបន្សាំជាក់លាក់ដែលចាំបាច់ដើម្បីថែរក្សាដំណើរការតាមដាន និងឆ្លើយតបចំពោះមរណភាពមាតា និងទារកជុំវិញកំណើត សមស្របតាមយុទ្ធសាស្ត្រជាតិក្នុងការរៀបចំផែនការត្រៀមឆ្លើយតបគ្រោះមហន្តរាយ (នាយកដ្ឋានការពារសុខភាពឆ្នាំ២០២០ ដល់ ឆ្នាំ២០២៤)។

ចំណុចដែលគួរយកចិត្តទុកដាក់៖

- អត្រាមរណភាពកើនឡើង និងរបាយការណ៍មិនត្រឹមត្រូវ៖ គ្រោះមហន្តរាយអាចបណ្តាលឱ្យមានការកើនឡើង នៃមរណភាពមាតា និងទារកជុំវិញកំណើត ហើយករណីទាំងនោះអាចមិនត្រូវបានរាយការណ៍។
- ការតាមដាន និងឆ្លើយតបបន្ទាន់ ៖ វាមានសារៈសំខាន់ណាស់ដែលបុគ្គលិកសុខាភិបាល និងអាជ្ញាធរមូលដ្ឋានត្រូវតែមានការយកចិត្តទុកដាក់ក្នុងការ ប្រមូលទិន្នន័យអំពីមរណភាពដើម្បីផ្តល់ព័ត៌មាន និងការឆ្លើយតបបន្ទាន់។

ចំណុចគន្លឹះសមស្របនៅពេលគ្រោះមហន្តរាយ៖

ប្រើប្រាស់គម្រោងសកម្មភាពការងាររបស់យុទ្ធសាស្ត្រជាតិក្នុងការរៀបចំផែនការត្រៀមឆ្លើយតបគ្រោះមហន្តរាយសម្រាប់សុខភាព (នាយកដ្ឋានការពារសុខភាព ឆ្នាំ២០២០ ដល់ឆ្នាំ២០២៤)។

ដំណាក់កាល	យុទ្ធសាស្ត្រ
បង្ការហានិភ័យ និង កាត់បន្ថយហេតុការណ៍ ដែលកើតឡើង	• ពង្រឹងយន្តការការគ្រប់គ្រងប្រព័ន្ធគ្រោះមហន្តរាយ និងការឆ្លើយតបរបស់ផ្នែកសុខាភិបាល • កំណត់កត្តាហានិភ័យ និងកត្តាដែលបង្កឱ្យមានគ្រោះមហន្តរាយកើតឡើង ដោយសហការជាមួយសហគមន៍ ដៃគូដែលពាក់ព័ន្ធ និងវិស័យឯកជន។
ការរៀបចំ	• រៀបចំស្តង់ដារសម្រាប់ដំណើរការទំនាក់ទំនង (និយាមប្រតិបត្តិទំនាក់ទំនង) នៅពេលមានគ្រោះមហន្តរាយ។ • ពង្រឹងប្រព័ន្ធតាមដានប្រកាសអាសន្ន (EWS-Strengthen the Early Warning System) អំពីសុវត្ថិភាពក្នុងវិស័យសុខាភិបាល។ • ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពអំពីទិន្នន័យគ្រប់គ្រងគ្រោះមហន្តរាយ

ឆ្លើយតប	• រាប់ចំនួនមរណភាពរបស់មាតា ឬមរណភាពទារក • ចុះប្រមូលទិន្នន័យបន្ទាន់ និងធ្វើការប៉ាន់ប្រមាណអំពីផលប៉ះពាល់ក្នុងការផ្តល់សេវាសុខភាព • ពិនិត្យលើករណីមរណភាពមាតា និងទារក ជុំវិញកំណើត និងការឆ្លើយតប (MPDSR) មិនត្រូវបានលើកទឹកចិត្តឱ្យធ្វើទេនៅក្នុងពេលមានគ្រោះមហន្តរាយ
នៅពេលគ្រោះមហន្តរាយបានបញ្ចប់	• រៀបចំប្រព័ន្ធតាមដានមរណភាពមាតា និងទារកនៅតាមមូលដ្ឋានសុខាភិបាលមានលក្ខណៈសាមញ្ញដោយប្រើទម្រង់ឧបករណ៍ប្រមូលទិន្នន័យខ្លី ឬតិចតួច ។ • បញ្ចូលជាសមាជិកនូវក្រុមការងារគ្រោះមហន្តរាយ ក្នុងក្រុមការងារពិនិត្យតាមដានមរណភាពមាតា ។ • ធ្វើការប្រជុំពិនិត្យករណីមរណភាពពីចំងាយនៅពេលដែលការធ្វើដំណើរត្រូវបានរឹតបន្តឹង។ • ផ្តល់អាទិភាពដល់ការផ្គត់ផ្គង់នូវការខ្វះខាតសម្ភារបរិក្ខា (ឧទាហរណ៍ ឈាម ឱសថសម្លាប់មេរោគ សម្ភារស្តេរីល)បុគ្គលិក និងរចនាសម្ព័ន្ធ • សហការជាមួយអាជ្ញាធរមូលដ្ឋាន ក្នុងការកៀរគរធនធាន។

ឧបសម្ព័ន្ធ

ឧបសម្ព័ន្ធទី ១ ៖ តារាងតួនាទី និងការទទួលខុសត្រូវរបស់គណៈកម្មាការ MPDSR ថ្នាក់មន្ទីរពេទ្យ ថ្នាក់ខេត្ត និង ថ្នាក់ជាតិ

	ថ្នាក់មន្ទីរពេទ្យ	ថ្នាក់ខេត្ត	ថ្នាក់ជាតិ
ការពិនិត្យករណីមរណភាព	• ករណីមរណភាពនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល • តាមដានទៀងទាត់អំពីគុណភាពថែទាំ	• ករណីមរណភាពក្នុងសហគមន៍ នៅមណ្ឌលសុខភាព នៅគ្លីនិកឯកជន • មរណភាពនៅតាមមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ដែលមិនមានគណៈកម្មការ • គ្រប់ករណីមរណភាពមាតា និងទារកជុំវិញកំណើត • តាមដានទៀងទាត់អំពីគុណភាពថែទាំ	• គ្រប់ករណីមរណភាពមាតា និងទារកជុំវិញកំណើត • តាមដានទៀងទាត់អំពីគុណភាពថែទាំ
ភាពញឹកញាប់នៃ កិច្ចប្រជុំ	• ពិនិត្យមរណភាពក្នុងអំឡុងពេល៧២ម៉ោងបន្ទាប់ពីមរណភាព • ជាប្រចាំរៀងរាល់ខែដើម្បីតាមដានការងារ	• ពិនិត្យករណីមរណភាពឱ្យបានឆាប់រហ័សក្រោយព័ត៌មានត្រូវបានប្រមូលពេញលេញ (ក្នុងអំឡុងពេល៧ថ្ងៃ ទៅ១ខែក្រោយមរណភាព)។ • ប្រជុំការងារឱ្យបានទៀងទាត់រៀងរាល់ខែដើម្បីតាមដានការងារ	• រៀងរាល់បីខែម្តងក្នុងការពិនិត្យករណីមរណភាព និងតាមដានសកម្មភាពការងារដែលបានអនុវត្ត • ប្រជុំបន្ទាន់បើចាំបាច់
រាយការណ៍ជូន	• គណៈកម្មាការថ្នាក់ខេត្ត (មន្ទីរពេទ្យជាតិរាយការណ៍ជូនគណៈកម្មាការថ្នាក់ជាតិ)	• គណៈកម្មាការថ្នាក់ជាតិ	• របាយការណ៍ប្រចាំឆ្នាំសម្រាប់ចែកចាយជាទូទៅ
ព័ត៌មានត្រឡប់	• មូលដ្ឋានសុខាភិបាលផ្ទាល់ខ្លួន និងមណ្ឌលសុខភាព • គ្រួសារសព	• មន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត ស្រុកប្រតិបត្តិ មន្ទីរពេទ្យបង្អែក មណ្ឌលសុខភាព និងសហគមន៍ • ក្រុមគ្រួសារសព	• ផ្តល់ព័ត៌មានត្រឡប់ដល់ថ្នាក់ខេត្ត មន្ទីរពេទ្យជាតិ និងថ្នាក់ជាតិ កម្មវិធីជាតិ និងនាយកដ្ឋាននានា ដែលពាក់ពន្ធ័

សមាជិក អចិន្ត្រៃយ៍	• ប្រធានមន្ទីរពេទ្យ • ប្រធានបច្ចេកទេសមន្ទីរពេទ្យ • ប្រធានផ្នែកថែទាំ • ប្រធានផ្នែកសម្ភព • ប្រធានផ្នែកពោធនកម្ម ទារក ឬថែទាំទារក NICU/NCU • ប្រធានផ្នែកសង្គ្រោះបន្ទាន់ (ICU) • ប្រធានផ្នែកដាក់ថ្នាំសណ្តំ • ក្រុមកោសល្យវិច័យនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ • បន្ថែមក្រុមគ្រូពេទ្យបច្ចេកទេស ៖ ឆ្មប ឯកទេសសម្ភព ឯកទេសទារក ឬកុមារ ក្រុមថែទាំ, គ្រូពេទ្យព្យាបាល បុគ្គលិកផ្នែកដាក់ថ្នាំសណ្តំ • រដ្ឋបាលមន្ទីរពេទ្យ • អ្នកគ្រប់គ្រងទិន្នន័យ ឬ អ្នកឯកទេសខាងព័ត៌មានសុខាភិបាល • តំណាងមកពីក្រុមការងារកែលម្អគុណភាព (QI) របស់មន្ទីរពេទ្យខេត្ត • តំណាងគណៈគ្រូពេទ្យ គណៈឆ្មប គណៈគិលានុបដ្ឋាកនៅតាមខេត្ត។	• ប្រធាន ឬអនុប្រធាន មន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត (ប្រធាន) • ប្រធាន ឬអនុប្រធានការិយាល័យការិយាល័យបង្ការ និងគ្រប់គ្រងជំងឺ (អនុប្រធាន) • មន្ទីរសុខាភិបាលខេត្តមន្ត្រីទទួលបន្ទុកការកែលម្អគុណភាពសេវាសុខាភិបាល • តំណាងក្រុមកោសល្យវិច័យផ្នែកសុខភាពមាតា និងទារកថ្នាក់ខេត្ត • ប្រធានស្រុកប្រតិបត្តិ (គ្រប់ស្រុកប្រតិបត្តិទាំងអស់) • ប្រធានផ្នែកគាំពារមាតា និងទារកស្រុកប្រតិបត្តិ (គ្រប់ស្រុកប្រតិបត្តិទាំងអស់) • ប្រធានមន្ទីរពេទ្យខេត្ត ឬ ប្រធានមន្ទីរពេទ្យបង្អែកទាំងអស់ • ប្រធានផ្នែកថែទាំ នៃមន្ទីរពេទ្យខេត្ត ឬប្រធានផ្នែកថែទាំមន្ទីរពេទ្យបង្អែកទាំងអស់ • ប្រធានផ្នែកសម្ភព នៃមន្ទីរពេទ្យខេត្ត • ប្រធានផ្នែកទារក ឯកទេសកុមារតូច (NCU/NICU) នៃមន្ទីរពេទ្យខេត្ត	• តំណាងមកពីកម្មវិធីជាតិសុខភាពបន្តពូជ • តំណាងមកពីមជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតា និងទារក • តំណាងមកពីនាយកដ្ឋានផែនការ និងព័ត៌មានសុខាភិបាល • តំណាងមកពីការិយាល័យធានាគុណភាព ក្រសួងសុខាភិបាល មួយរូប • តំណាងមកពីគណៈកម្មាការជាតិកែលម្អគុណភាពសេវាសុខាភិបាល ឬនាយកដ្ឋានមន្ទីរពេទ្យ • ការិយាល័យគិលានុបដ្ឋាក និងឆ្មបតំណាង ឬ នាយកដ្ឋានមន្ទីរពេទ្យ • តំណាងមកពីមន្ទីរពេទ្យជាតិ • លេខាធិការដ្ឋាន • តំណាងក្រុមកោសល្យវិច័យ • តំណាងសមាគមក្រុមឯកទេសសម្ភព និងរោគស្ត្រី • តំណាងសមាគមន៍ក្រុមឯកទេសកុមារ ឬទារក • តំណាងសមាគមអ្នកដាក់ថ្នាំសណ្តំ • តំណាងមកពីសមាគមឆ្មប

		• មន្ត្រីទទួលបន្ទុកប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាល និងផែនការខេត្ត	
សមាជិកមិនអចិន្ត្រៃយ៍	•	• អាជ្ញាធរមូលដ្ឋាន និងអ្នកតំណាងសហគមន៍ • គ្រូពេទ្យជំនាញវិភាគវិទ្យា • អ្នកជំនាញផ្សេងៗដែលពាក់ព័ន្ធ	• តំណាងមកពីសមាគមព្យាបាលគ្លីនីកឯកជន • តំណាងមកពីគណៈវិជ្ជាជីវៈឆ្មប • តំណាងមកពីគណវិជ្ជាជីវៈគិលានុបដ្ឋាក • តំណាងមកពីគណវិជ្ជាជីវៈគ្រូពេទ្យ • គ្រូពេទ្យជំនាញវិភាគវិទ្យា • អ្នកជំនាញផ្សេងៗដែលពាក់ព័ន្ធ។

ឧបសម្ព័ន្ធទី ២ ៖ លិខិតជូនដំណឹង និងបញ្ជាក់មូលហេតុមរណភាព

ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា
ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

(ឈ្មោះមូលដ្ឋានសុខាភិបាល)

លេខចេញ៖

លិខិតជូនដំណឹងពីមរណភាព

លេខសម្គាល់៖…………

ប្រភេទមូលដ្ឋានសុខាភិបាល៖

ប្រភេទទីកន្លែងមរណភាព៖
☐ នៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ☐ នៅផ្ទះ
☐ ផ្សេងៗ សូមបញ្ជាក់…………………

លេខកូដមូលដ្ឋានសុខាភិបាល៖ ☐☐☐☐☐☐

ឈ្មោះមរណជន *៖
នាមត្រកូល ………………………………….
នាមខ្លួន……………………………………..
*ប្រសិនបើអ្នកស្លាប់ទើបនឹងកើត ដោយគ្មានឈ្មោះ ចូរសរសេរ "កូនរបស់ <ឈ្មោះម្ដាយ>"

ថ្ងៃខែឆ្នាំមរណភាព៖ D D M M Y Y Y Y

ម៉ោងទទួលមរណភាព(២៤ ម៉ោង)៖ H H : M M

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖ D D M M Y Y Y Y

អាយុ បើមិនមានថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖ ☐ ☐ ☐
ឬតិចជាង 24 ម៉ោង៖ ☐ ☐ **ម៉ោង** ☐ ☐ **នាទី**

ភេទមរណជន៖
☐ ប្រុស
☐ ស្រី

ប្រភេទនៃមរណភាព៖
☐ ស្លាប់ករណីធម្មតា
☐ ស្លាប់ករណីមិនធម្មតា

ទីកន្លែងមរណភាព(មូលដ្ឋានសុខាភិបាល ឬផ្ទះ ឬ កន្លែងផ្សេងៗ)៖
ឃុំ/សង្កាត់៖ ……………… ក្រុង/ស្រុក/ខណ្ឌ៖ ………………រាជធានី-ខេត្ត៖………………

ទីលំនៅបច្ចុប្បន្នរបស់មរណជន(ឬទីលំនៅឋានរបស់ម្ដាយបើមរណជនជាទារក)៖
ឃុំ/សង្កាត់៖ ………………ក្រុង/ស្រុក/ខណ្ឌ៖ ………………
រាជធានី-ខេត្ត៖ ………………

☐ សង្ស័យមរណភាពមាតា

លេខទូរសព្ទ ញាតិមរណជន ឬ អ្នករាយការណ៍ ៖
………………

លិខិតវេជ្ជសាស្ត្របញ្ជាក់មូលហេតុមរណភាព

ទម្រង់ ក៖ ទិន្នន័យវេជ្ជសាស្ត្រ៖ ផ្នែកទី១ និង ផ្នែកទី២

១. រាយការណ៍អំពីជំងឺ ឬលក្ខខណ្ឌ ដែលបណ្ដាលអោយស្លាប់ដោយផ្ទាល់នៅក្នុងជួរ (ក) រាយការណ៍អំពីខ្សែសង្វាក់នៃហេតុការណ៍តាមលំដាប់លំដោយ (បើមាន) បញ្ជាក់អំពីមូលហេតុបន្ទាប់បន្សំនៃការស្លាប់នៅជួរក្រោមគេបង្អស់។		**មូលហេតុនៃការស្លាប់**	**ចន្លោះពេល** (ចាប់ពីពេលចាប់ផ្ដើមរហូតដល់ពេលស្លាប់)
	ក		
	ខ	ដោយសារ៖	
	គ	ដោយសារ៖	
	ឃ	ដោយសារ៖	

២.លក្ខខណ្ឌសំខាន់ៗផ្សេងទៀតដែលរួមចំណែកដល់ការស្លាប់ (ចន្លោះពេល អាចត្រូវបានរួមបញ្ចូលនៅក្នុងរង្វង់ក្រចក នៅពីក្រោយលក្ខខណ្ឌនីមួយៗ)	

ទម្រង់ ខ៖ ទិន្នន័យវេជ្ជសាស្ត្រដទៃទៀត

តើមានការវះកាត់ក្នុងរយៈពេល ១៤ សប្ដាហ៍ចុងក្រោយដែរឬទេ?	☐ មាន ☐ គ្មាន ☐ មិនដឹង
ប្រសិនបើមាន សូមបញ្ជាក់កាលបរិច្ឆេទនៃការវះកាត់	D D M M Y Y Y Y

ប្រសិនបើមាន សូមបញ្ជាក់មូលហេតុ នៃការវះកាត់ (មរណភាព ឬលក្ខខណ្ឌ)			
តើមានការស្នើសុំធ្វើកោសល្យវិច្ច័យ?	☐ មាន ☐ គ្មាន ☐ មិនដឹង		
ប្រសិនបើមាន តើរបកគំហើញនានាត្រូវបានប្រើប្រាស់នៅក្នុងលិខិតបញ្ជាក់នេះដែរឬទេ?	☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ ☐ មិនដឹង		
ប្រភេទនៃការស្លាប់៖			
☐ ជំងឺ	☐ ការបំពានផ្លូវកាយ	☐ មិនអាចកំណត់បាន	
☐ ឧបទ្ទវហេតុ	☐ អន្តរាគមន៍តាមផ្លូវច្បាប់	☐ រង់ចាំការស៊ើបអង្កេត	
☐ ការធ្វើបាបខ្លួនឯងដោយចេតនា/អត្តឃាដ	☐ សង្គ្រាម	☐ មិនដឹង	
ប្រសិនបើមានមូលហេតុខាងក្រៅ ឬជាតិពុល៖ ☐ មូលហេតុខាងក្រៅ ☐ ការពុល	កាលបរិច្ឆេទគ្រោះថ្នាក់	D D M M Y Y Y Y	
សូមពណ៌នាថាតើមូលហេតុខាងក្រៅកើតឡើងដោយរបៀបណា (ប្រសិនបើការពុល សូមបញ្ជាក់អំពីសារជាតុពុល)			
ទីកន្លែងកើតមូលហេតុខាងក្រៅ៖			
☐ នៅផ្ទះ	☐ ទីលំនៅ ជាវិទ្យាស្ថាន ឬអគារ	☐ សាលារៀន ស្ថាប័នដទៃទៀត តំបន់រដ្ឋបាលសាធារណៈ	☐ កីឡាដ្ឋាន
☐ ផ្លូវ និងផ្លូវជាតិ	☐ តំបន់ពាណិជ្ជកម្ម និងសេវាកម្ម	☐ តំបន់ឧស្សាហកម្ម និងតំបន់សាងសង់	☐ កសិដ្ឋាន
☐ កន្លែងដទៃទៀត (សូមបញ្ជាក់)៖			☐ មិនដឹង
ទារកស្លាប់កើត ☐ ទារកកើតស្លាប់ ☐ ៖			
មានទារកច្រើនក្នុងផ្ទៃ ☐ មាន ☐ គ្មាន ☐ មិនដឹង	ទារកកើតស្លាប់ ☐ មាន ☐ គ្មាន ☐ មិនដឹង		
បើស្លាប់ក្នុងរយៈពេល ២៤ម៉ោង សូមបញ្ជាក់រយពេលដែលបានរស់៖…..	ទម្ងន់ទារក (គិតជាក្រាម)៖…………..	ភេទមរណជន៖ ☐ប្រុស ☐ស្រី ☐មិនដឹង	
អាយុគ័ភ៌គិតជាសប្តាហ៍		ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតម្តាយ៖…………………………	ឬ អាយុ (គិតជាឆ្នាំពេញ) …………
ចំនួនទារកកើតរស់ (មកដល់បច្ចុប្បន្ន)		ចំនួនទារកស្លាប់កើត (មកដល់បច្ចុប្បន្ន)	
ប្រសិនបើស្លាប់ជុំវិញកំណើត សូមបញ្ជាក់ស្ថានភាពរបស់ម្តាយ ដែលធ្វើអោយប៉ះពាល់ដល់ទារកក្នុងផ្ទៃ និងទារកទើបនឹងកើត			
ចំពោះស្ត្រី មរណជន តើមានផ្ទៃពោះដែរឬទេ? ☐ មាន ☐ គ្មាន ☐ មិនដឹង	☐ នៅពេលស្លាប់ ☐ <៤២ថ្ងៃមុនពេលស្លាប់ ☐ ៤៣ថ្ងៃ-១ឆ្នាំមុនពេលស្លាប់ ☐ មិនដឹង		
តើការមានផ្ទៃពោះរួមចំណែកដល់មូលហេតុនៃការស្លាប់ដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ ☐ មិនដឹង			

ថ្ងៃ...........................ខែ ....ឆ្នាំ .... ព.ស. ២៥៦..

....................., ថ្ងៃទី..........ខែ.............. ឆ្នាំ ២០............

ហត្ថលេខា និងឈ្មោះគ្រូពេទ្យ

បានឃើញ និងអនុម័ត

ប្រធាន

ទម្រង់ពិនិត្យឡើងវិញលើមរណភាពទារក

ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា
ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

(ឈ្មោះមូលដ្ឋានសុខាភិបាល)

លេខចេញ៖

ទារកស្លាប់កើត

លេខសម្គាល់៖…………

ប្រភេទមូលដ្ឋានសុខាភិបាល៖	ប្រភេទទីកន្លែងមរណភាព៖ ☐ នៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ☐ នៅផ្ទះ	លេខកូដមូលដ្ឋានសុខាភិបាល៖ ☐☐☐☐☐☐

ថ្ងៃខែឆ្នាំសម្រាលកូនរស់លើកមុន៖	ថ្ងៃខែឆ្នាំសម្រាលទារកស្លាប់កើត៖	ប្រភេទអ្នកផ្តល់សេវាសម្រាលកូន៖	ប្រភេទកំណើតទារក
D D M M Y Y Y Y	D D M M Y Y Y Y	☐ វេជ្ជបណ្ឌិតវះកាត់ ☐ វេជ្ជបណ្ឌិត ☐ ឆ្មប ☐ ផ្សេងៗ	☐ កូនទោល ☐ភ្លោះពីរ ☐ ភ្លោះបី ☐ ភ្លោះបួន ☐ ផ្សេងៗ

ទីកន្លែងកើត(មូលដ្ឋានសុខាភិបាល ឬកន្លែងផ្សេងៗ)៖	ទីលំនៅបច្ចុប្បន្នរបស់ម្តាយ៖
ឃុំ/សង្កាត់៖ ……………… ក្រុង/ស្រុក/ខណ្ឌ៖ ………………រាជធានី-ខេត្ត៖………………	ឃុំ/សង្កាត់៖ ………………ក្រុង/ស្រុក/ខណ្ឌ៖ ……………… រាជធានី-ខេត្ត៖ ………………

លិខិតវេជ្ជសាស្ត្របញ្ជាក់មូលហេតុមរណភាព

ទម្រង់ ក៖ ទិន្នន័យវេជ្ជសាស្ត្រ៖ ផ្នែកទី១ និង ផ្នែកទី២

			មូលហេតុនៃការស្លាប់	ចន្លោះពេល (ចាប់ពីពេលចាប់ផ្តើមរហូតដល់ពេលស្លាប់)
១. រាយការណ៍អំពីជំងឺ ឬលក្ខខណ្ឌ ដែលបណ្តាលអោយស្លាប់ដោយផ្ទាល់នៅក្នុងជួរ (ក) រាយការណ៍អំពីខ្សែសង្វាក់នៃហេតុការណ៍តាមលំដាប់លំដោយ (បើមាន) បញ្ជាក់អំពីមូលហេតុបន្ទាប់បន្សំនៃការស្លាប់នៅជួរក្រោមគេបង្អស់។		ក		
		ខ		
		គ		
		ឃ		
២.លក្ខខណ្ឌសំខាន់ៗផ្សេងទៀតដែលរួមចំណែកដល់ការស្លាប់ (ចន្លោះពេល អាចត្រូវបានរួមបញ្ចូលនៅក្នុងរង្វង់ក្រចក នៅពីក្រោយលក្ខខណ្ឌនីមួយៗ)				

ទម្រង់ ខ៖ ទិន្នន័យវេជ្ជសាស្ត្រដទៃទៀត

តើមានការវះកាត់ក្នុងរយៈពេល ១៤ សប្តាហ៍ចុងក្រោយដែរឬទេ?	☐ មាន ☐ គ្មាន ☐ មិនដឹង
ប្រសិនបើមាន សូមបញ្ជាក់កាលបរិច្ឆេទនៃការវះកាត់	D D M M Y Y Y Y
ប្រសិនបើមាន សូមបញ្ជាក់មូលហេតុនៃការវះកាត់ (មរណភាព ឬលក្ខខណ្ឌ)	
តើមានការស្នើសុំធ្វើកោសល្យវិច្ច័យ?	☐ មាន ☐ គ្មាន ☐ មិនដឹង
ប្រសិនបើមាន តើរបកគំហើញនានាត្រូវបានប្រើប្រាស់នៅក្នុងលិខិតបញ្ជាក់នេះដែរឬទេ?	☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ ☐ មិនដឹង

ប្រភេទ នៃការស្លាប់៖

☐ ជំងឺ	☐ ការបំពានផ្លូវកាយ	☐ មិនអាចកំណត់បាន
☐ ឧបទ្ទវហេតុ	☐ អន្តរាគមន៍តាមផ្លូវច្បាប់	☐ រង់ចាំការស៊ើបអង្កេត
☐ ការធ្វើបាបខ្លួនឯងដោយចេតនា/អត្ត	☐ សង្គ្រាម	☐ មិនដឹង

ឃាដ			
ប្រសិនបើមានមូលហេតុខាងក្រៅ ឬជាតិពុល៖ ☐ មូលហេតុខាងក្រៅ ☐ ការពុល	កាលបរិច្ឆេទគ្រោះថ្នាក់	D D M M Y Y Y Y	
សូមពណ៌នាថាតើមូលហេតុខាងក្រៅកើតឡើងដោយរបៀបណា (ប្រសិនបើការពុល សូមបញ្ជាក់អំពីសារធាតុពុល)			
ទីកន្លែងកើតមូលហេតុខាងក្រៅ៖			
☐ នៅផ្ទះ	☐ ទីលំនៅ ជាវិទ្យាស្ថាន ឬអគារ	☐ សាលារៀន ស្ថាប័នដទៃទៀត តំបន់រដ្ឋបាលសាធារណៈ	☐ កីឡាដ្ឋាន
☐ ផ្លូវ និងផ្លូវជាតិ	☐ តំបន់ពាណិជ្ជកម្ម និងសេវាកម្ម	☐ តំបន់ឧស្សាហកម្ម និងតំបន់សាងសង់	☐ កសិដ្ឋាន
☐ កន្លែងដទៃទៀត (សូមបញ្ជាក់)៖			☐ មិនដឹង
ទារកស្លាប់កើត ☐ ទារកកើតស្លាប់ ☐ ៖			
មានទារកច្រើនក្នុងផ្ទៃ ☐ មាន ☐ គ្មាន ☐ មិនដឹង	ទារកកើតស្លាប់ ☐ មាន ☐ គ្មាន ☐ មិនដឹង		
បើស្លាប់ក្នុងរយៈពេល ២៤ម៉ោង សូមបញ្ជាក់រយពេលដែលបានរស់៖…..	ទម្ងន់ទារក (គិតជាក្រាម)៖…………..	ភេទមរណជន៖ ☐ប្រុស ☐ ស្រី ☐មិនដឹង	
អាយុគភ៌គិតជាសប្តាហ៍		ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតម្តាយ៖……………………………	ឬ អាយុ (គិតជាឆ្នាំពេញ) …………
ចំនួនទារកកើតរស់ (មកដល់បច្ចុប្បន្ន)		ចំនួនទារកស្លាប់កើត (មកដល់បច្ចុប្បន្ន)	
ប្រសិនបើស្លាប់ជុំវិញកំណើត សូមបញ្ជាក់ស្ថានភាពរបស់ម្តាយ ដែលធ្វើអោយប៉ះពាល់ដល់ទារកក្នុងផ្ទៃ និងទារកទើបនឹងកើត			
ចំពោះស្ត្រី មរណជន តើមានផ្ទៃពោះដែរឬទេ? ☐ មាន ☐ គ្មាន ☐ មិនដឹង	☐ នៅពេលស្លាប់ ☐ <៤២ថ្ងៃមុនពេលស្លាប់ ☐ ៤៣ថ្ងៃ-១ឆ្នាំមុនពេលស្លាប់ ☐ មិនដឹង		
តើការមានផ្ទៃពោះរួមចំណែកដល់មូលហេតុនៃការស្លាប់ដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ ☐ មិនដឹង			

ថ្ងៃ...........................ខែ ....ឆ្នាំ .... ព.ស. ២៥៦..

...................., ថ្ងៃទី.........ខែ............. ឆ្នាំ ២០............

ហត្ថលេខា និងឈ្មោះគ្រូពេទ្យ

បានឃើញ និងអនុម័ត

ប្រធាន

ឧបសម្ព័ន្ធទី ៣ ៖ ទម្រង់ពិនិត្យករណីមរណភាពមាតា

ទម្រង់បំពេញដោយ ៖ ____________________ មុខតំណែង ៖ ____________________ ថ្ងៃខែឆ្នាំ ៖ ________________

សេចក្តីសង្ខេបខ្លីអំពីករណី ៖

ផ្នែកទី ១ ៖ ការកំណត់អត្តសញ្ញាណ				
1.1 ឈ្មោះពេញរបស់ម្តាយ (លេខកូដរបស់មូលដ្ឋាន)				
1.2 អាសយដ្ឋានរបស់ម្តាយ (បច្ចុប្បន្ន)				
1.3 ឈ្មោះមូលដ្ឋានសុខាភិបាល				
1.4 ស្រុក និងខេត្ត នៃមូលដ្ឋានសុខាភិបាល	ឃុំ/ខណ្ឌ៖	ស្រុក៖	ខេត្ត៖	
1.5 កម្រិតមូលដ្ឋានសុខាភិបាល				
1.6 បានបញ្ជូន	មិនបានបញ្ជូន	បញ្ជូនចូលមកពី៖		
		បញ្ជូនចេញពី៖		
1.7 ប្រភពព័ត៌មាន				
1.7.1 ឯកសារអ្នកជំងឺក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល	ទេ	បាទ/ចាស៎		
1.7.2 ការសម្ភាសបុគ្គលិកមូលដ្ឋានសុខាភិបាល	ទេ	បាទ/ចាស៎		
1.7.3 ការសម្ភាសគ្រួសារអ្នកជំងឺ/អ្នកដឹងរឿង	ទេ	បាទ/ចាស៎		
ផ្នែកទី ២ ៖ ព័ត៌មានសាចតារ				
2.1 ប្រវត្តិសម្ភព	មានគភ៌សរុប (Gravidity):	ចំនួនកូនសរុប (Parity):		
	កំណើតរស់ (Live births):	ស្លាប់កើត (Stillbirths):	រលូតដោយឯកឯង៖	រំលូត៖
2.1a សម្រាលដោយវះកាត់ពីមុន	គ្មាន	ប្រសិនមានចំនួន If yes, number:	ថ្ងៃខែឆ្នាំសម្រាលដោយវះកាត់ចុងក្រោយបំផុត៖	
2.1b ផលវិបាក នៃការមានផ្ទៃពោះពីមុន	គ្មាន	បើមាន ចូរពណ៌នា៖		
2.2 អាយុម្តាយ				
2.3 កម្រិតអប់រំរបស់ម្តាយ	មិនបានរៀន	កំរិតវប្បធម៌៖		
2.4 មុខរបររបស់ម្តាយ				

2.5 ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍	នៅលីវ	រៀបការ	មេម៉ាយ	
	លែងលះ	បែកគ្នា	រស់នៅជាមួយគ្នា	
2.6 ការប្រើមធ្យោបាយពន្យារកំណើតមុនពេលមានផ្ទៃពោះ	ទេ	បាទ/ចាស់	បើបាទ/ចាស់ តើមធ្យោបាយអ្វី	
2.7 ចម្ងាយពីផ្ទះទៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល	មូលដ្ឋានសុខាភិបាល		Km: រយៈពេល	មធ្យោបាយធ្វើដំណើរៈ
2.8 ចម្ងាយពីការបញ្ជូនពីមូលដ្ឋានសុខាភិបាលទៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលផ្សេងៗ	មូលដ្ឋានសុខាភិបាលបញ្ជូន	មូលដ្ឋានសុខាភិបាលទទួល	Km: រយៈពេល	មធ្យោបាយធ្វើដំណើរ
ផ្នែកទី ៣ ៖ ព័ត៌មានលម្អិតអំពីមរណភាព				
3.1 ថ្ងៃខែឆ្នាំ នៃមរណភាព		ពេលវេលា នៃការស្លាប់		
3.2 ស្លាប់ក្នុងអំឡុងពេល	មានផ្ទៃពោះ	ឈឺពោះសម្រាល/សម្រាល	ក្រោយពេលសម្រាល	រំលូត
	មិនដឹង			
3.2.1 អាយុគភ៌ពេលស្លាប់	ត្រីមាសទីមួយ	ត្រីមាសទីពីរ	ត្រីមាសទីបី	មិនដឹង
3.3 ទីកន្លែងមរណភាព	មូលដ្ឋានសុខាភិបាល (CPA1,CPA2, Private,etc)	នៅផ្ទះ	តាមផ្លូវ	ផ្សេងទៀត សូមបញ្ជាក់
	មិនដឹង			
	បើនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល សូមបញ្ជាក់ៈ			
3.4 បើការស្លាប់កើតឡើងក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល តើនៅក្នុងអំឡុង ២៤ ម៉ោង នៃការចូលពេទ្យឬទេ ?	ទេ (លើសពី ២៤ ម៉ោង)	បាទ/ចាស់ (ក្នុងអំឡុង ២៤ម៉ោង)		
3.5 មូលហេតុឬសគល់ នៃការស្លាប់ (ICD 11):	______________ _			
	ក្រុមទី 1	ក្រុមទី 2	ក្រុមទី 3	ក្រុមទី 4
	ក្រុមទី 5	ក្រុមទី 6	ក្រុមទី 7	ក្រុមទី 8
	ក្រុមទី 9			
3.6 មូលហេតុបន្ទាប់បន្សំនៃការស្លាប់ (ICD11 code):	______________ _	មិនបានកំណត់		
3.7 កោសល្យវិច័យ	មិនបានធ្វើ	បានបញ្ចប់		
ផ្នែកទី ៤ ៖ ការមានផ្ទៃពោះ និងការថែទាំមុនពេលសម្រាល				
4.1 ប្រភេទ នៃគភ៌	កូនមួយ	កូនច្រើន=	មិនដឹង	
4.2 ការថែទាំផ្ទៃពោះមុនពេលសម្រាល				
4.2a ចំនួនដងនៃការមកពិនិត្យ	__________	មិនដឹង		
4.2b អាយុគភ៌ពេលមកពិនិត្យដំបូង	__________	មិនដឹង		
4.3 កត្តាហានិភ័យមុនពេលសម្រាល				
4.1a លើសសម្ពាធឈាម	ទេ	បាទ/ចាស់	មិនដឹង	
4.2b ប្រូតេអ៊ីនក្នុងទឹកនោម	ទេ	បាទ/ចាស់	មិនដឹង	
4.3c ជាតិស្ករក្នុងទឹកនោម	ទេ	បាទ/ចាស់	មិនដឹង	

4.4d ស្លេកស្លាំង	ទេ	បាទ/ចាស់	មិនដឹង	
4.5e ការបង្ករោគក្នុងផ្លូវនោម	ទេ	បាទ/ចាស់	មិនដឹង	
4.6f សុកពាំងមាត់ស្បូន	ទេ	បាទ/ចាស់	មិនដឹង	
4.7g គ្រុនចាញ់	ទេ	បាទ/ចាស់	មិនដឹង	
4.8h ផ្សេងទៀត ______________________				
4.4 តេស្តមន្ទីរពិសោធន៍ដែលបានអនុវត្ត				
4.4a ប្រភេទឈាម និង Rh	ទេ	បាទ/ចាស់	មិនដឹង	
4.4b អេម៉ូក្លូប៊ីន	ទេ	បាទ/ចាស់	មិនដឹង	
4.4c ស្វាយ	ទេ	បាទ/ចាស់	មិនដឹង	
មេរោគថ្លើម				
ជាតិស្ករក្នុងឈាម				
4.4d ស្លួច	ទេ	បាទ/ចាស់	មិនដឹង	
4.4e ការវិភាគទឹកនោម	ទេ	បាទ/ចាស់	មិនដឹង	
4.4f ផ្សេងទៀត	ទេ	បាទ/ចាស់	មិនដឹង	
4.5 ចាក់ថ្នាំបង្ការតេតាណូស	ចំនួនដង			
4.6 ស្ថានភាពមេរោគអេដស៍	មេរោគអេដស៍-អវិជ្ជមាន	មេរោគអេដស៍-វិជ្ជមាន	មិនបានធ្វើ	មិនដឹង
4.6.1 វិធានការ មេរោគអេដស៍-វិជ្ជមាន		HAART	ផ្សេងទៀត សូមបញ្ជាក់៖	
4.7 ស្ថានភាពរបេង	Tb-អវិជ្ជមាន	Tb-វិជ្ជមាន	ការព្យាបាល៖	
ផ្នែកទី ៥ ៖ ប្រវត្តិ នៃជំងឺបច្ចុប្បន្ន និងមាត់មុនពេលចូលសម្រាកពេទ្យ				
5.1 រោគសញ្ញា				
5.1a គ្រុនក្តៅ	ទេ	បាទ/ចាស់	មិនដឹង	បើបាទ/ចាស់, ចាប់ផ្តើម៖
5.1b លើសសម្ពាធឈាម	ទេ	បាទ/ចាស់	មិនដឹង	បើបាទ/ចាស់, ចាប់ផ្តើម៖
5.1c ក្រឡាភ្លើង/ប្រកាច់	ទេ	បាទ/ចាស់	មិនដឹង	បើបាទ/ចាស់, ចាប់ផ្តើម៖
5.1d ហើម	ទេ	បាទ/ចាស់	មិនដឹង	បើបាទ/ចាស់, ចាប់ផ្តើម៖
5.1e ស្រវាំងភ្នែក	ទេ	បាទ/ចាស់	មិនដឹង	បើបាទ/ចាស់, ចាប់ផ្តើម៖
5.1f ហូរឈាម	ទេ	បាទ/ចាស់	មិនដឹង	បើបាទ/ចាស់, ចាប់ផ្តើម៖
5.2 ពណ៌នាបែបគុណវិស័យ នៃដំណើរការជំងឺ (នៅពេលរោគសញ្ញាបានចាប់ផ្តើម តើគាត់/គ្រួសារបានធ្វើអ្វីខ្លះចំពោះបញ្ហានេះ)				
5.3 អ្នកជំងឺមកដោយខ្លួនឯង ដោយមិនមានការបញ្ជូន	ទេ	បាទ/ចាស់		
បានបញ្ជូន	ទេ	បាទ/ចាស់		
ហេតុផលសម្រាប់ការបញ្ជូន៖				
5.3 រថយន្តគិលានសង្គ្រោះត្រូវបានប្រើ	ទេ	បាទ/ចាស់		

បើបាទ/ចាស់ តើមានឱសថ និងបុគ្គលិកសុខាភិបាលនៅលើរថយន្តនោះ ឬទេ?	ទេ	បាទ/ចាស់		
5.4 បុគ្គលអមដំណើរមកជាមួយ?	ទេ	បាទ/ចាស់	ប្រសិនបើបាទ/ចាស់ សូមបញ្ជាក់	
5.5 កាលបរិច្ឆេទ និងពេលវេលា នៃការចាប់ផ្តើមរោគសញ្ញា				
5.6 កាលបរិច្ឆេទ និងពេលវេលា នៃការសម្រេចចិត្តបញ្ជូន/ជម្លៀសៈ				
5.7 កាលបរិច្ឆេទ និងពេលវេលា នៃការចេញដំណើរពីកន្លែងបញ្ជូនៈ				
5.8 កាលបរិច្ឆេទ និងពេលវេលា នៃការមកដល់មូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលត្រូវបានបញ្ជូនមកៈ				
ផ្នែកទី ៦ ៖ ការចូលសម្រាកពេទ្យរបស់ស្ត្រី				
6.1 សញ្ញាជីវិត				
6.1a ចង្វាក់បេះដូង/ជីពចរ	ទេ	បាទ/ចាស់	មិនដឹង	បញ្ជាក់ៈ
6.1b សម្ពាធឈាមស៊ីស្តូលិក	ទេ	បាទ/ចាស់	មិនដឹង	បញ្ជាក់ៈ
6.1c សម្ពាធឈាមដ្យាស្តូលិក	ទេ	បាទ/ចាស់	មិនដឹង	បញ្ជាក់ៈ
6.1d សីតុណ្ហភាព	ទេ	បាទ/ចាស់	មិនដឹង	បញ្ជាក់ៈ
6.1e ចង្វាក់ដង្ហើម	ទេ	បាទ/ចាស់	មិនដឹង	បញ្ជាក់ៈ
6.1f កម្ពស់	ទេ	បាទ/ចាស់	មិនដឹង	បញ្ជាក់ៈ
6.1g ទម្ងន់	ទេ	បាទ/ចាស់	មិនដឹង	បញ្ជាក់ៈ
6.1h ផ្សេងទៀត	ទេ	បាទ/ចាស់	មិនដឹង	បញ្ជាក់ៈ
កំរិតអុកស៊ីសែនក្នុងឈាម	ទេ	បាទ/ចាស់	មិនដឹង	បញ្ជាក់ៈ
6.2 ការពិនិត្យពោះ				
6.2a កម្ពស់ស្បូន	ទេ	បាទ/ចាស់	មិនដឹង	
6.2b ចង្វាក់បេះដូងទារកពេលចូលមក	ទេ	បាទ/ចាស់	មិនដឹង	
6.2c ទម្រង់រូបរាងទារក	ធម្មតា	ខុសធម្មតា		
6.2d ផ្សេងទៀត	....			
6.3 ការពិនិត្យអាងត្រគាក				
6.3a ដំណាក់កាលឈឺពោះសម្រាល	មិនក្នុងពេលឈឺពោះ	ទីមួយ	ទីពីរ	ទីបី
6.3b ភាពខុសធម្មតា នៃអាងត្រគាក	ទេ	បាទ/ចាស់	មិនដឹង	
6.4 ផលវិបាកពេលចូលមក				
6.4a បែកទឹកភ្លោះមុនឈឺពោះសម្រាល	ទេ	បាទ/ចាស់	មិនដឹង	
6.4b បម្រុងក្រឡាភ្លើង	ទេ	បាទ/ចាស់	មិនដឹង	
6.4c ក្រឡាភ្លើង	ទេ	បាទ/ចាស់	មិនដឹង	
6.4d របើកសុកពីស្បូន	ទេ	បាទ/ចាស់	មិនដឹង	
6.4e សុកពាំងមាត់ស្បូន	ទេ	បាទ/ចាស់	មិនដឹង	
6.4f ឈឺពោះសម្រាលមុនពេលកំណត់	ទេ	បាទ/ចាស់	មិនដឹង	
6.4g រលូត	ទេ	បាទ/ចាស់	មិនដឹង	
6.4h រលាកតម្រងនោម	ទេ	បាទ/ចាស់	មិនដឹង	
6.4i ការឃាយីបង្ករមេរោគក្នុងឈាម(sepsis)	ទេ	បាទ/ចាស់	មិនដឹង	
6.4j គ្រុនចាញ់	ទេ	បាទ/ចាស់	មិនដឹង	

6.4k ទាក់ទងនឹងការរំលូតកូន	ទេ	បាទ/ចាស់	មិនដឹង	
6.4l គភ៌ក្រៅស្បូន	ទេ	បាទ/ចាស់	មិនដឹង	
6.4m គភ៌កូនពង	ទេ	បាទ/ចាស់	មិនដឹង	
6.4n ផ្សេងទៀត	ទេ	បាទ/ចាស់	មិនដឹង	
ផ្នែកទី ៧ ៖ ការឈឺពោះសម្រាល និងការសម្រាល (ឬការរំលូត)				
7.1 រដូវចុងក្រោយរបស់ម្តាយ	ថ្ងៃ	ខែ	ឆ្នាំ	មិនដឹង
7.2 ថ្ងៃខែឆ្នាំសម្រាល (ឬរំលូត)	ថ្ងៃ	ខែ	ឆ្នាំ	
7.2.1 ពេលវេលា នៃការសម្រាល (ឬរំលូត)				
7.3 អាយុគភ៌		មិនដឹង		
7.3.1 វិធីសាស្ត្រ នៃការកំណត់	ច្បាស់ពីថ្ងៃមករដូវចុងក្រោយ	មិនច្បាស់ពីថ្ងៃមករដូវចុងក្រោយ	អេកូពីដំបូង	អេកូក្រោយមកទៀត
7.4 ទីកន្លែងសម្រាល (ឬរំលូត)	មូលដ្ឋានសុខាភិបាល	ផ្ទះ	តាមផ្លូវ	ផ្សេងទៀត, សូមបញ្ជាក់
	មិនដឹង			
	ប្រសិនបើនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល សូមបញ្ជាក់៖			
7.4.1 បុគ្គលិកធ្វើការសម្រាល (ឬអ្នកផ្តល់សេវារំលូត)	ឆ្មប	គិលានុបដ្ឋាក	វេជ្ជបណ្ឌិត	ផ្សេងទៀត៖
	គ្មាននរណាទេ	មិនដឹង		
7.5 ចាប់ផ្តើមឈឺពោះសម្រាល	ដោយឯកឯង	ដោយចេតនា	វះកាត់យកកូន ឬវះកាត់មុនឈឺពោះសម្រាល	មិនដឹង
7.6 ចង្វាក់បេះដូងទារក	ទេ	បាទ/ចាស់	មិនដឹង	
7.7 បានប្រើប៉ាតូក្រាហ្វ	ទេ	បាទ/ចាស់	មិនដឹង	
7.8 ផលវិបាកនៃការឈឺពោះ និងការសម្រាល				
7.8a ធ្លាក់ឈាមជុំវិញការសម្រាល	ទេ	បាទ/ចាស់	មិនដឹង	
7.8b ការបង្ករោគជុំវិញការសម្រាល	ទេ	បាទ/ចាស់	មិនដឹង	
7.8c បម្រុងក្រឡាភ្លើង ឬក្រឡាភ្លើងជុំវិញពេលសម្រាល	ទេ	បាទ/ចាស់	មិនដឹង	
7.8d ការឈឺពោះសម្រាលមិនរួច	ទេ	បាទ/ចាស់	មិនដឹង	
7.9 វិធីនៃការសម្រាល	CVD	សម្រាលជើងគូទមកមុន	ការសម្រាលដោយមានជំនួយ (បូម/តង្កៀបទាញ)	សម្រាលដោយការវះកាត់
	ផ្សេងទៀត៖	មិនដឹង		
ក្នុងករណីសម្រាលដោយមានជំនួយ ពេលវេលារវាងការសម្រេចចិត្ត និងការសម្រាល	_________នាទី	មិនដឹង	n/a	
ក្នុងករណីសម្រាលដោយវះកាត់ពេលវេលារវាងការសម្រេចចិត្ត និងការសម្រាល	_________នាទី	មិនដឹង	n/a	
7.10 ការគ្រប់គ្រងសកម្មដំណាក់កាលទីបី? (prophylactic oxytocin អុកស៊ីតូស៊ីនបង្ការ)	ទេ	បាទ/ចាស់	មិនដឹង	
7.11 សល់កំទេចសុក	ទេ	បាទ/ចាស់	មិនដឹង	
7.12 ការធ្លាក់ឈាមក្រោយសម្រាល	ទេ	បាទ/ចាស់	មិនដឹង	

7.13 ការបង្ករោគក្រោយពេលសម្រាល	ទេ	បាទ/ចាស់	មិនដឹង	
7.14 បម្រុងក្រឡាភ្លើង/ក្រឡាភ្លើងក្រោយពេលសម្រាល	ទេ	បាទ/ចាស់	មិនដឹង	
ផ្នែកទី ៨ ៖ ទារកទើបនឹងកើត (ក្រោម ២៨ ថ្ងៃ)				
8.1 ការសម្រាលរស់ ឬទារកស្លាប់កើត Live birth of stillbirth	កើតមករស់ (Livebirth)	ស្លាប់កើត (Stillbirth)	មិនដឹង	
	បើស្លាប់កើត (stillbirth)	ស្លាប់កើតស្រស់ៗ/ជុំវិញពេលសម្រាល	ស្លាប់កើត ទន់ជ្រាយ / មុនពេលសម្រាល	
8.1 ពិន្ទុអាប់ហ្គា	១ នាទី =	៥ នាទី =	១០ នាទី =	
8.2 ការសង្គ្រោះទារក	មិនត្រូវការ	ថង់ + ម៉ាស់	មិនបានធ្វើ	ផ្សេងទៀត៖
8.3 ភេទរបស់ទារក	ប្រុស	ស្រី		
8.4 ទម្ងន់ពេលកើត	_________ក្រាម			
ផ្នែកទី ៩ ៖ អន្តរាគមន៍				
9.1 គភ៌កូនដំបូង				
ការសម្អាតស្បូនដោយឧបករណ៍	ទេ	បាទ/ចាស់	មិនដឹង	
Misoprostol (ឱសថ)	ទេ	បាទ/ចាស់	មិនដឹង	
ការវះពោះ	ទេ	បាទ/ចាស់	មិនដឹង	
ការកាត់ស្បូន	ទេ	បាទ/ចាស់	មិនដឹង	
ការកាត់ដៃស្បូន (Salpingectomy)	ទេ	បាទ/ចាស់	មិនដឹង	
ការបញ្ចូលឈាម	ទេ	បាទ/ចាស់	មិនដឹង	
អង់ប៊ីយ៉ូទិក	ទេ	បាទ/ចាស់	មិនដឹង	
ផ្សេងទៀត	ទេ	បាទ/ចាស់	មិនដឹង	
9.2 មុនពេលសម្រាល				
ការបញ្ចូលឈាម	ទេ	បាទ/ចាស់	មិនដឹង	
ស្បូនពន្លាត់ (Version)	ទេ	បាទ/ចាស់	មិនដឹង	
ការជំរុញការឈឺពោះ (Labour induction)	ទេ	បាទ/ចាស់	មិនដឹង	
ម៉ាញ៉េស្យូមស៊ុលហ្វាត (Magnesium sulfate)	ទេ	បាទ/ចាស់	មិនដឹង	
អង់ទីប៊ីយ៉ូទិក	ទេ	បាទ/ចាស់	មិនដឹង	
ផ្សេងទៀត	ទេ	បាទ/ចាស់	មិនដឹង	
9.3 ជុំវិញពេលសម្រាល				
ការបង្កើនការឈឺពោះសម្រាល (Labour augmentation)	ទេ	បាទ/ចាស់	មិនដឹង	
ការវះកាត់ឆ្អឹងសន្លាក់ត្រគាក (Symphysiotomy)	ទេ	បាទ/ចាស់	មិនដឹង	
ការកាត់ស្បូន	ទេ	បាទ/ចាស់	មិនដឹង	
ការបញ្ចូលឈាម	ទេ	បាទ/ចាស់	មិនដឹង	
ម៉ាញ៉េស្យូមស៊ុលហ្វាត (Magnesium sulfate)	ទេ	បាទ/ចាស់	មិនដឹង	
អង់ទីប៊ីយ៉ូទិក	ទេ	បាទ/ចាស់	មិនដឹង	
ប្រតិបត្តិការដែលបង្កការខូចខាត (Destructive operations) (ឧទា. ការចោះលលាដ៍ក្បាល	ទេ	បាទ/ចាស់	មិនដឹង	

ទារក (craniotomy))				
ផ្សេងទៀត	ទេ	បាទ/ចាស៎	មិនដឹង	
9.4 ក្រោយពេលសម្រាល				
ការវះពោះ (Laparotomy)	ទេ	បាទ/ចាស៎	មិនដឹង	បញ្ជាក់:
ការកាត់ស្បូន	ទេ	បាទ/ចាស៎	មិនដឹង	
ការបញ្ចូលឈាម	ទេ	បាទ/ចាស៎	មិនដឹង	
ម៉ាញ៉េស្យូមស៊ុលហ្វាត (Magnesium sulfate)	ទេ	បាទ/ចាស៎	មិនដឹង	
អង់ទីប៊ីយ៉ូទិក (Antibiotics)	ទេ	បាទ/ចាស៎	មិនដឹង	
អុកស៊ីតូស៊ីន (Oxytocin)	ទេ	បាទ/ចាស៎	មិនដឹង	
Misoprostol	ទេ	បាទ/ចាស៎	មិនដឹង	
ផ្សេងទៀត	ទេ	បាទ/ចាស៎	មិនដឹង	
9.5 អន្តរាគមន៍ផ្សេងទៀត				
ថ្នាំសណ្តំទូទៅ	ទេ	បាទ/ចាស៎	មិនដឹង	
ថ្នាំសណ្តំតាមខ្នង ឬឆ្អឹងខ្នង	ទេ	បាទ/ចាស៎	មិនដឹង	
ការដាក់អុកស៊ីសែនជំនួយដង្ហើម (ICU ventilation)	ទេ	បាទ/ចាស៎	មិនដឹង	
ផ្សេងទៀត	ទេ	បាទ/ចាស៎	មិនដឹង	
ផ្នែកទី ១០ ៖ ការពន្យារពេលសំខាន់ៗ និងកត្តាដែលអាចកែតម្រូវបាន				
10.1 ការពន្យារពេលសំខាន់ៗ				
ការពន្យារពេលទី ១ ៖ យឺតក្នុងការស្គាល់ពីបញ្ហា និងសម្រេចចិត្តមកទទួលសេវា	មិនត្រូវបានកំណត់	បញ្ជាក់៖		
ការពន្យារពេលទី ២ ៖ការទៅដល់មូលដ្ឋានសុខាភិបាល	មិនត្រូវបានកំណត់	បញ្ជាក់៖		
ការពន្យារពេលទី ៣ ៖ ទទួលបានការព្យាបាលទាន់ពេល	មិនត្រូវបានកំណត់	បញ្ជាក់៖		
10.2 កត្តាដែលអាចកែតម្រូវបាន				
ទាក់ទងនឹងគ្រួសារ	មិនត្រូវបានកំណត់	បញ្ជាក់៖		
ទាក់ទងនឹងរដ្ឋបាល	មិនត្រូវបានកំណត់	បញ្ជាក់៖		
ទាក់ទងនឹងអ្នកផ្តល់សេវា	មិនត្រូវបានកំណត់	បញ្ជាក់៖		
ផ្សេងទៀត ______________	មិនត្រូវបានកំណត់	បញ្ជាក់៖		

c/s: ការសម្រាលដោយវះកាត់; CVD: cephalic vaginal childbirth; ELBW: ទម្ងន់ពីកំណើតទាបខ្លាំងបំផុត (extremely low birthweight); EmOC: emergency obstetric care (ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភពនិងថែទាំទារកទើបនឹងកើត); HAART: highly active antiretroviral therapy (ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងវីរុសដែលសកម្មខ្លាំង); HIV: human immunodeficiency virus (មេរោគដែលធ្វើឱ្យចុះខ្សោយប្រព័ន្ធភាពស៊ាំរបស់មនុស្ស; IPT: intermittent preventive treatment (ការព្យាបាលបង្ការគ្រុនចាញ់សម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ); LBW: low birthweight (ទម្ងន់ទាបពីកំណើត); LMP: last menstrual period (រដូវចុងក្រោយ); NVP: nevirapine prophylaxis; TT: tetanus toxoid (តេតាណូស); VLWB: very low birthweight (ទម្ងន់ពេលកើតទាបខ្លាំង)

ឧបសម្ព័ន្ធទី ៤ ៖ ទម្រង់ពិនិត្យករណីមរណភាពទារកជុំវិញការសម្រាល

ទម្រង់បំពេញដោយ ៖ ________________ មុខតំណែង ៖________________ ថ្ងៃខែឆ្នាំ ៖ ______________

សេចក្ដីសង្ខេបអំពីករណី ៖

ផ្នែកទី ១ ៖ ការកំណត់អត្តសញ្ញាណ					
1.1 លេខអត្តសញ្ញាណ/ឈ្មោះពេញរបស់ម្ដាយ					
1.2 លេខអត្តសញ្ញាណ/ឈ្មោះពេញរបស់ទារក					
1.3 អាសយដ្ឋានរបស់ម្ដាយ					
1.4 ឈ្មោះមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ៖					
1.5 ស្រុក និងខេត្ត នៃមូលដ្ឋានសុខាភិបាល	ស្រុក ៖	ខេត្ត ៖			
1.6 កម្រិត នៃមូលដ្ឋានសុខាភិបាល					
1.7 បានបញ្ជូន	មិនបានបញ្ជូន	បញ្ជូនមកពី៖			
		បញ្ជូនចេញទៅ៖			
ផ្នែកទី ២ ៖ ព័ត៌មានសាវតា					
2.1 ប្រវត្តិសម្ភព	ចំនួនគភ៌សរុប (Gravidity) ៖	ចំនួនកូនសរុប (Parity):			
	កំណើតរស់ (Live births):	ករណីស្លាប់កើត (Stillbirths):	ករណីមរណភាពទារកទើបនឹងកើត (Neonatal deaths):	ករណីស្លាប់ផ្សេងទៀត ៖	
2.1a ការសម្រាលដោយវះកាត់ពីមុន	គ្មាន	ចំនួន៖	ថ្ងៃខែឆ្នាំនៃការសម្រាលដោយវះកាត់ថ្មីៗបំផុត៖		
2.1b ផលវិបាកនៃពពោះពីមុន	គ្មាន	ថ្ងៃខែឆ្នាំ៖	ពណ៌នា៖		
2.2 អាយុរបស់ម្ដាយ					

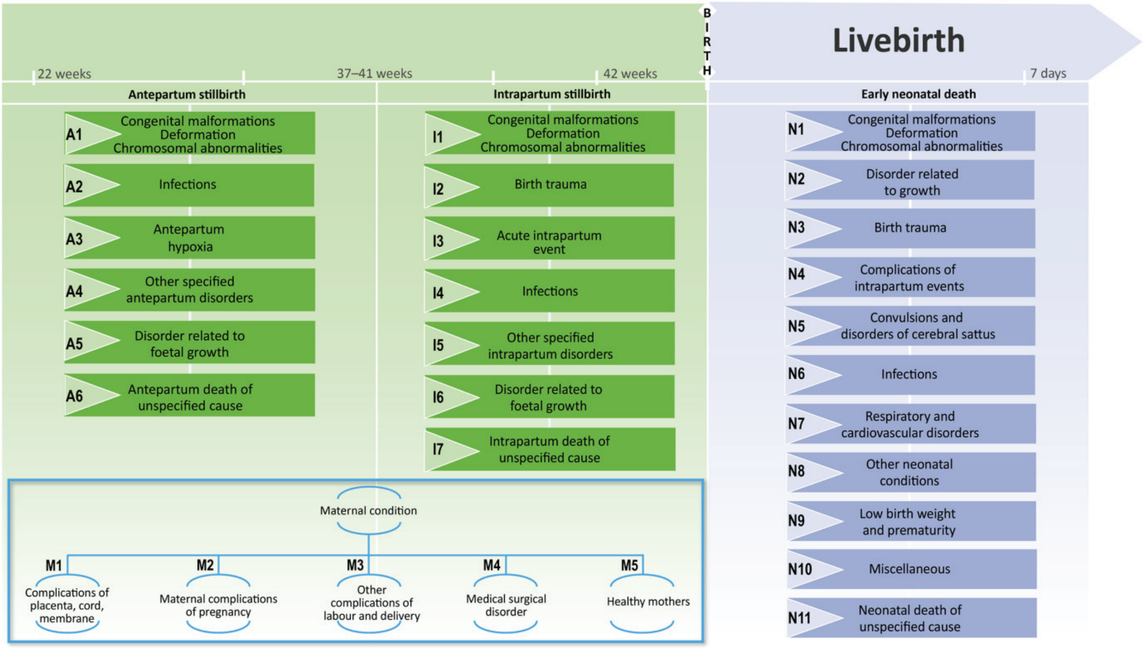
2.3 ការអប់រំរបស់ម្ដាយ	គ្មាន	ចំនួនឆ្នាំ នៃការអប់រំ៖			
2.4 ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍	នៅលីវ	រៀបការ	មេម៉ាយ		
	លែងលះ	នៅបែកគ្នា	រស់នៅជាមួយគ្នា		
2.5 ការប្រើប្រាស់មធ្យោបាយពន្យារកំណើតមុនពេលមានគភ៌	ទេ	បាទ/ចាស៎	បើបាទ/ចាស៎ តើប្រភេទអ្វី		
ផ្នែកទី ៣ ៖ ព័ត៌មានលម្អិតអំពីការស្លាប់					
3.1 ថ្ងៃខែឆ្នាំ នៃការស្លាប់		ពេលវេលា នៃការស្លាប់			
3.2 ពេលវេលា នៃការស្លាប់ (គូសរង្វង់យកមួយ)	ការស្លាប់របស់ទារកទើបនឹងកើត	ស្លាប់កើតជុំវិញការសម្រាល (Intrapartum stillbirth)	ស្លាប់កើតមុនពេលសម្រាល (Antepartum stillbirth)	ស្លាប់កើត មិនដឹងពេលវេលា	
បើទារកទើបនឹងកើតស្លាប់ អាយុគិតជាថ្ងៃ៖					
បើទារកស្លាប់កើត អាយុគភ៌គិតជាសប្ដាហ៍					
3.3 ទីកន្លែងស្លាប់	មូលដ្ឋានសុខាភិបាល	ផ្ទះ	តាមផ្លូវ	ផ្សេងទៀត សូមបញ្ជាក់	
	មិនដឹង				
	បើនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល សូមបញ្ជាក់ឈ្មោះ៖		បញ្ជាក់ផ្នែក/អគារ៖		
3.4 លក្ខខណ្ឌមាតាចម្បង (ICD-11)	M1	M2	M3	M4	M5
	ផ្សេងទៀត	មិនដឹង			
3.5 មូលហេតុ នៃការស្លាប់					
a. ពីកំណើត (Congenital)	បញ្ជាក់៖				
b. ផលវិបាកមុនពេលសម្រាល (antepartum complications)	បញ្ជាក់៖				
c. ផលវិបាកជុំវិញពេលសម្រាល (intrapartum complications)	បញ្ជាក់៖				
d. ផលវិបាកនៃការកើតមិនគ្រប់ខែ (complications of prematurity)	បញ្ជាក់៖				
e. ការបង្ករោគ	តេតាណូស	មេរោគយាយី	រលាកស្រោមខួរ	ស្វាយ	រាក
	ផ្សេងទៀត សូមបញ្ជាក់			មិនដឹង	
f. ផ្សេងទៀត សូមបញ្ជាក់					
g. មិនដឹង/មិនបញ្ជាក់					
ផ្នែកទី ៤ ៖ ការមានគភ៌ និងការថែទាំផ្ទៃពោះមុនពេលសម្រាល					
4.6 ប្រភេទ នៃគភ៌	កូនទោល	កូនច្រើន =	មិនដឹង		
4.7 ការថែទាំមុនពេលសម្រាល					
4.7a ចំនួនដងនៃការមកពិនិត្យ	__________	មិនដឹង			
4.7b អាយុគភ៌នៅពេលមកពិនិត្យលើកទីមួយ	__________	មិនដឹង			
4.8 ការចាក់ថ្នាំបង្ការតេតាណូស					

4.9 ស្ថានភាពមេរោគអេដស៍	មេរោគអេដស៍-អវិជ្ជមាន	មេរោគអេដស៍-វិជ្ជមាន	មិនបានធ្វើ	មិនដឹង	
4.9.1 វិធានការមេរោគអេដស៍-វិជ្ជមាន		HAART	ផ្សេងទៀត សូមបញ្ជាក់៖		
4.10 ស្ថានភាពរបេង	Tb-អវិជ្ជមាន	Tb-វិជ្ជមាន	ការព្យាបាល៖		
4.11 តេស្តស្វាយ	អវិជ្ជមាន	ស្វាយ-វិជ្ជមាន	មិនបានធ្វើ	មិនដឹង	
ផ្នែកទី ៥ ៖ ការឈឺពោះសម្រាល និងការសម្រាល					
5.1 រដូវចុងក្រោយរបស់ម្តាយ	ថ្ងៃ	ខែ	ឆ្នាំ	មិនដឹង	
5.2 ថ្ងៃខែឆ្នាំសម្រាល	ថ្ងៃ	ខែ	ឆ្នាំ		
5.2.1 ពេលវេលាសម្រាល					
5.3 អាយុគភ៌		unknown			
5.3.1 វិធីសាស្រ្ត នៃការកំណត់	ថ្ងៃខែឆ្នាំរដូវចុងក្រោយច្បាស់	ថ្ងៃខែឆ្នាំរដូវចុងក្រោយមិនច្បាស់	អេកូពីដំបូង	អេកូពេលក្រោយមកទៀត	
5.4 ទីកន្លែងសម្រាល	មូលដ្ឋានសុខាភិបាល	ផ្ទះ	តាមផ្លូវ	ផ្សេងទៀត សូមបញ្ជាក់	
	មិនដឹង				
	បើនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល សូមបញ្ជាក់៖				
5.4.1 អ្នកជួយសម្រាល	ឆ្មប	គិលានុបដ្ឋាក	វេជ្ជបណ្ឌិត	ផ្សេងទៀត៖	
	គ្មាននរណាជួយ	មិនដឹង			
5.5 ការចាប់ផ្តើមឈឺពោះ	ដោយឯកឯង	ដោយជំរុញ	វះកាត់/មុនពេលចាប់ផ្តើមឈឺពោះ	មិនដឹង	
5.6 ចង្វាក់បេះដូងទារក	ទេ	បាទ/ចាស៎	មិនដឹង		
5.7 ប៉ាតូក្រាហ្វត្រូវបានប្រើប្រាស់	ទេ	បាទ/ចាស៎	មិនដឹង		
5.8 វិធីនៃការសម្រាល	CVD	ជើង/ក្បាលមកមុនតាមទ្វារមាស	សម្រាលដោយមានជំនួយ (បូម/ដង្កៀបទាញ)	ដោយវះកាត់	
	ផ្សេងទៀត៖	មិនដឹង			
ក្នុងករណីសម្រាលដោយមានជំនួយ ពេលវេលារវាងការសម្រេចចិត្ត និងការសម្រាល	_________នាទី	មិនដឹង	n/a		
ក្នុងករណីសម្រាលដោយវះកាត់ ពេលវេលារវាងការសម្រេចចិត្តនិងការសម្រាល	_________នាទី	មិនដឹង	n/a		
5.10 ពិន្ទុអាប់ហ្គា	១ នាទី=	មិនដឹង			
	៥ នាទី=	មិនដឹង			
	១០ នាទី=	មិនដឹង			
5.11 ការសង្គ្រោះទារក	មិនត្រូវការ	ថង់/ស្នប់ + ម៉ាស់	មិនបានធ្វើ	ផ្សេងទៀត៖	
5.12 ភេទរបស់ទារក	ប្រុស	ស្រី			
5.13 ទម្ងន់ពេលកើត	_________ក្រាម				
ផ្នែកទី ៦ ៖ ការពន្យារពេលសំខាន់ៗ និងកត្តាដែលអាចកែតម្រូវបាន					
6.1 ការពន្យារពេលសំខាន់ៗ					
ការពន្យារពេលទី ១៖ ការសម្រេចចិត្តស្វែង	មិនត្រូវបាន	បញ្ជាក់៖			

រកការថែទាំ	កំណត់				
ការពន្យារពេលទី ២៖ ការទៅដល់មូលដ្ឋានសុខាភិបាល	មិនត្រូវបាន កំណត់	បញ្ជាក់៖			
ការពន្យារពេលទី ៣៖ ទទួលបានការព្យាបាលទាន់ពេល	មិនត្រូវបាន កំណត់	បញ្ជាក់៖			
6.2 កត្តាដែលអាចកែតម្រូវបាន					
ទាក់ទងនឹងគ្រួសារ	មិនត្រូវបាន កំណត់	បញ្ជាក់៖			
ទាក់ទងនឹងរដ្ឋបាល	មិនត្រូវបាន កំណត់	បញ្ជាក់៖			
ទាក់ទងនឹងអ្នកផ្តល់សេវា	មិនត្រូវបាន កំណត់	បញ្ជាក់៖			
ផ្សេងទៀត _______________	មិនត្រូវបាន កំណត់	បញ្ជាក់៖			

c/s: ការសម្រាលដោយវះកាត់; CVD: cephalic vaginal childbirth; ELBW: ទម្ងន់ពីកំណើតទាបខ្លាំងបំផុត (extremely low birthweight); EmOC: emergency obstetric care (ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភពនិងថែទាំទារកទើបនឹងកើត); HAART: highly active antiretroviral therapy (ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងវីរុសដែលសកម្មខ្លាំង); HIV: human immunodeficiency virus (មេរោគដែលធ្វើឱ្យចុះខ្សោយប្រព័ន្ធភាពស៊ាំរបស់មនុស្ស; IPT: intermittent preventive treatment (ការព្យាបាលបង្ការគ្រុនចាញ់សម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ); LBW: low birthweight (ទម្ងន់ទាបពីកំណើត); LMP: last menstrual period (រដូវចុងក្រោយ); NVP: nevirapine prophylaxis; TT: tetanus toxoid (តេតាណូស); VLWB: very low birthweight (ទម្ងន់ពេលកើតទាបខ្លាំង)

ឧបសម្ព័ន្ធទី ៥ ៖ និយមន័យមូលហេតុមរណភាព

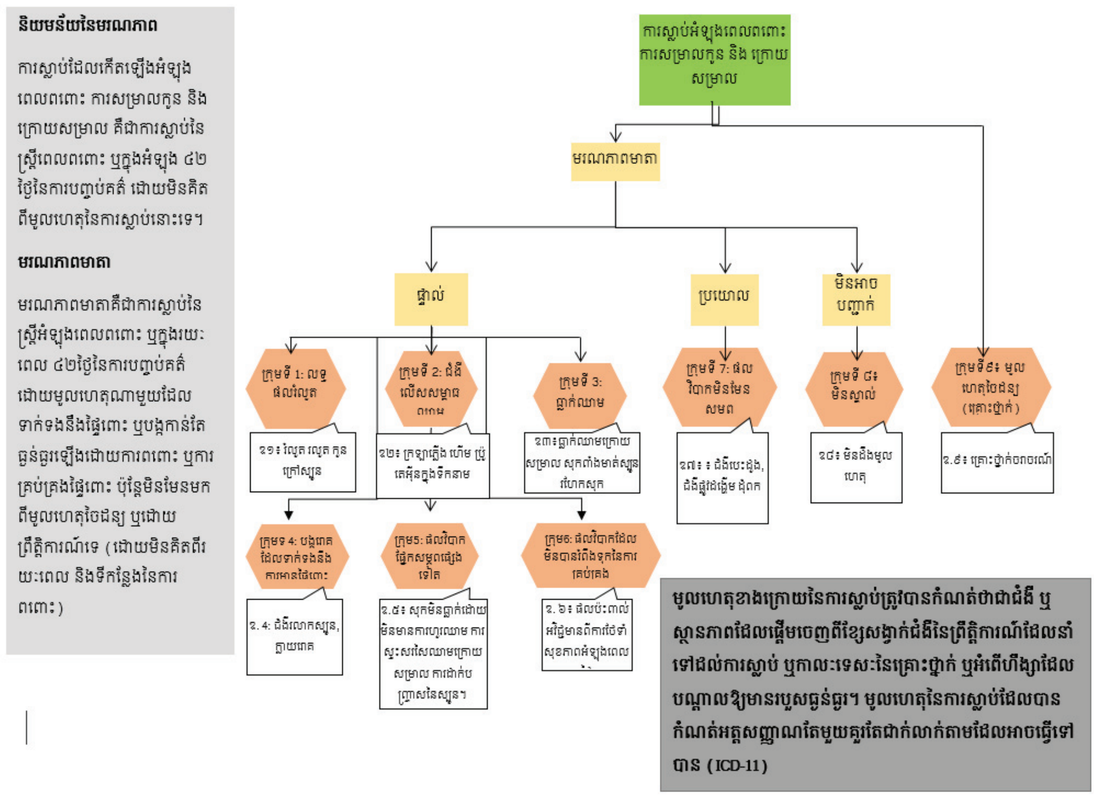


ស្ថានភាពរបស់មាតា

ICD -11 សម្រាប់ស្ថានភាពដែលទាក់ទងនឹងក្រុម នៃស្ថានភាពម្ដាយជុំវិញកំណើត	ស្ថានភាពចំបងៗរបស់មាតាដែលរួមបញ្ចូលនៅក្នុងក្រុម	ICD -11 សម្រាប់ស្ថានភាពដែលទាក់ទងនឹងក្រុមនៃស្ថានភាពម្ដាយជុំវិញកំណើត	បញ្ហាចំបងៗដែលជាកត្តាចូលរួមរបស់ម្ដាយ
1: ផលវិបាក នៃសុក ទងសុក និង ស្រោមសុក	1.សុកពាំងមាត់ស្បូន 2.ទម្រង់ផ្សេងៗនៃការរបេះ និងការធ្លាក់ឈាម 3.Placenta dysfunction, infarction, insufficiency 4.Foetal-placental transfusion syndromes 5.ទងសុកលូនចេញ ការសង្កត់លើទងសុក 6.Chorioamnionitis 7.បញ្ហាផ្សេងៗដែលបណ្ដាលមកពីស្រោមសុក	M4: ស្ថានភាពទាក់ទងនឹងវេជ្ជសាស្ត្រនិងការវះកាត់របស់ម្ដាយ	1.ជម្ងឺបម្រុងក្រឡាភ្លើង និងក្រឡាភ្លើង 2. សម្ពាធឈាមឡើងក្នុងពេលមានផ្ទៃពោះ 3.បញ្ហាសម្ពាធឈាមឡើងផ្សេងៗទៀត 4.ជម្ងឺទាក់ទងជាមួយផ្លូវតម្រងនោម និងតម្រងនោម 5.ការបង្ករោគ និងជំងឺដែលបណ្ដាលពី parasit 6.ជម្ងឺចរន្តឈាមវត់ និងជម្ងឺផ្លូវដង្ហើម 7. បញ្ហាកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ 8.របួសស្នាម 9.ម្ដាយកំពុងមានដំណើរការវះកាត់ 10.ម្ដាយកំពុងដំណើរការព្យាបាលវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងៗ 11.ម្ដាយមានជំងឺទឹកនោមផ្អែម ឬម្ដាយមានទឹកនោមផ្អែមនៅពេលមានគភ៌ 12.ម្ដាយកំពុងតែដាក់ថ្នាំសណ្ដំ និងថ្នាំបំបាត់ការឈឺចាប់ 13.ម្ដាយកំពុងតែប្រើប្រាស់ថ្នាំព្យាបាល 14.ម្ដាយជក់បារី ផឹកស្រា ប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន 15. ម្ដាយប្រើប្រាស់អាហារបំប៉ន 16. ម្ដាយរស់នៅក្នុងបរិយាកាសពោរពេញទៅដោយសារជាតុគីមី 17.ស្ថានភាពផ្សេងៗដែលមិនអាចកំណត់បាន
2:ផលលំបាករបស់ម្ដាយនៅពេលមានគភ៌	1.Incompetent cervix 2.របេះសុកមុនឈឺពោះសម្រាល 3.ទឹកភ្លោះតិច/ទឹកភ្លោះច្រើន 4.គភ៌ក្រៅស្បូន 5.គភ៌កូនភ្លោះ 6.ម្ដាយស្លាប់ 7.ការបង្ហាញទម្រង់កូនខុសធម្មតាមុនសម្រាល 8.ផលលំបាកផ្សេងៗក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ		
3:ផលវិបាក ផ្សេងៗពេលឈឺពោះសម្រាល និងពេលសម្រាល	1.កូនបង្ហាញទម្រង់ជើង និងការសម្រាលដោយបូម 2.ការបង្ហាញទម្រង់កូនមិនធម្មតា ទម្រង់កូនមិនធម្មតា និងមិនសមស្របជាមួយអាងត្រគាករបស់ម្ដាយក្នុងអំឡុងពេលឈឺពោះ និងពេលសម្រាល 3.ការសម្រាលដោយប្រើប្រាស់ឧបករណ៍ជំនួយក្នុងការសម្រាល	M5:ស្ថានភាពម្ដាយមិនមានបញ្ហា	1.ស្ថានភាពម្ដាយមិនមានបញ្ហា (មានសុខភាពល្អ)

	4.ការសម្រាលដោយវះយកកូន 5.Precipitate delivery 6.ការឈឺពោះសម្រាលកូនមុនពេលកំណត់ និងការសម្រាល 7.បញ្ហាផ្សេងៗ នៃការមានផ្ទៃពោះ និងការសម្រាល និងរួមបញ្ចូលទាំងការបញ្ចប់ការមានផ្ទៃពោះ		

ជំនួយយោង ICD-11៖ ក្រុមនានានៃមូលហេតុនៃការស្លាប់អំឡុងពេលពពោះ សម្រាលកូន និងក្រោយសម្រាល



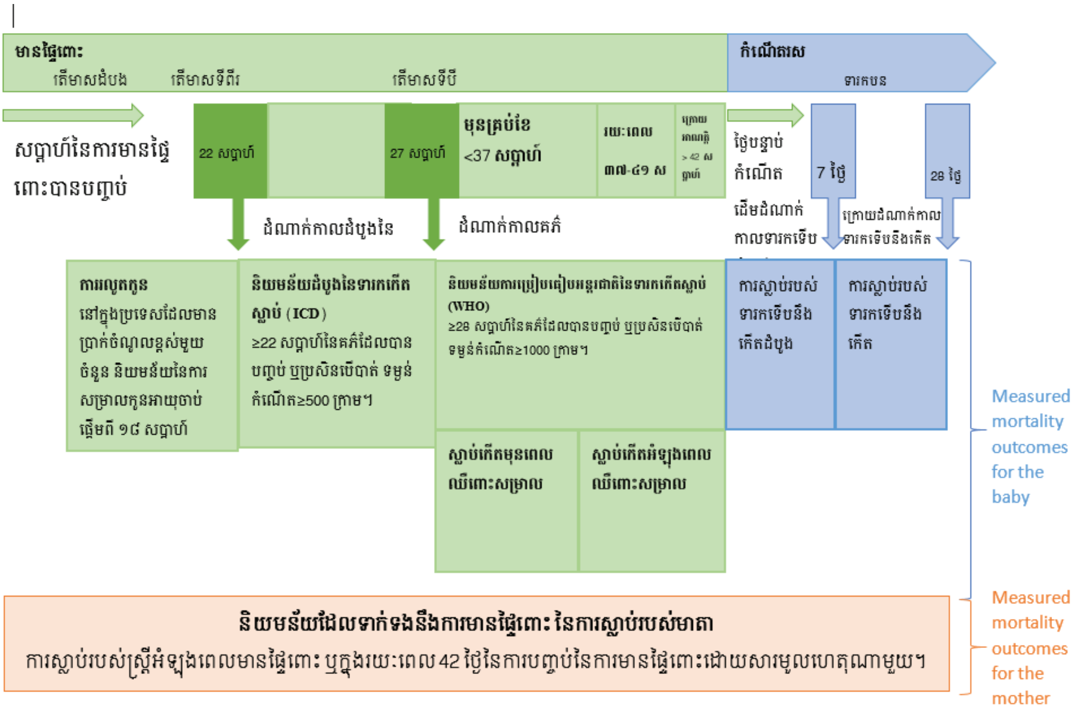
និយមន័យ នៃក្រុមមូលហេតុជាមួយ និងឧទាហរណ៍

ក្រុមមូលហេតុ នៃការស្លាប់ក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ ពេលសម្រាល និងក្រោយសម្រាល

ប្រភេទ	ឈ្មោះក្រុម/លំដាប់ថ្នាក់	ឧទាហរណ៍ចំបងៗដែលបណ្តាលឱ្យមានមរណភាព
មរណភាពរបស់ម្តាយផ្ទាល់	1. លទ្ធផលទាក់ទងការរលូត	រំលូតកូន រលូតកូន កូនក្រៅស្បូន និងស្ថានភាពផ្សេងទៀតដែលបណ្តាលឱ្យមានមរណភាពម្តាយ និងផ្ទៃពោះដែលមានលទ្ធផលរលូត ឬរំលូត
មរណភាពរបស់ម្តាយផ្ទាល់	2. សម្ពាធឈាមឡើងខុសធម្មតានៅពេលមានគភ៌ នៅពេលសម្រាល និងនៅពេលក្រោយសម្រាល	សម្ពាធឈាមឡើងខុសធម្មតានៅពេលមានគភ៌ នៅពេលសម្រាល និងនៅពេលក្រោយសម្រាល ដែលរួមមាន បម្រុងក្រឡាភ្លើង និងក្រឡាភ្លើង និងសម្ពាធឈាមឡើងនៅពេលមានគភ៌
មរណភាពរបស់ម្តាយផ្ទាល់	3. ធ្លាក់ឈាមទាក់ទងនឹងសម្ភព	ជម្ងឺដែលទាក់ទងសម្ភព ឬលក្ខខណ្ឌដែលទាក់ទងដោយផ្ទាល់ ជាមួយការធ្លាក់ឈាម
មរណភាពរបស់ម្តាយផ្ទាល់	4. ការឆ្លងរោគដែលទាក់ទងនឹងការមានគភ៌	ជំងឺឬលក្ខខណ្ឌមានមូលដ្ឋានមកពីការបង្ករោគដែលទាក់ទងនឹងការមានគភ៌
មរណភាពរបស់ម្តាយផ្ទាល់	5. ផលវិបាកផ្នែកសម្ភពជាក់លាក់	គ្រប់លក្ខខណ្ឌផ្នែកសម្ភពដោយផ្ទាល់ដែលមិនមាននៅក្នុងក្រុមទី១ដល់ទី៤
មរណភាពរបស់ម្តាយផ្ទាល់	6. ផលវិបាកដោយថៃជន្យដែលកើតឡើងពីការគ្រប់គ្រង	ផលវិបាកធ្ងន់ធ្ងរ និងបញ្ហាផ្សេងៗទៀតដែលកើតឡើងដោយថៃជន្យពីការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ ការវះកាត់ក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ ការសម្រាល និងក្រោយសម្រាល
មរណភាពរបស់ម្តាយដោយប្រយោល	7. ផលវិបាកមិនទាក់ទងជាមួយសម្ភព	លក្ខខណ្ឌមិនទាក់ទងនឹងសម្ភព៖ ជម្ងឺបេះដូង (រួមទាំងការមានសម្ពាធឈាមខ្ពស់មុនពេលមានផ្ទៃពោះ) ស្ថានភាពទាក់ទងជម្ងឺក្រពេញ (ENDOCRINE) ស្ថានភាពទាក់ទងជម្ងឺ ផ្លូវអាហារ ក្រពះ ពោះវៀន ស្ថានភាពទាក់ទងជម្ងឺ ប្រព័ន្ធប្រសាទ ស្ថានភាពទាក់ទងជម្ងឺ ផ្លូវដង្ហើម ស្ថានភាពទាក់ទង ប្រព័ន្ធតម្រងនោម និងផ្លូវភេទ ស្ថានភាពទាក់ទង ជម្ងឺប្រឆាំងប្រព័ន្ធការពាររាង្គកាយ (អង់ទីគ័រ) ខ្លួនឯង

		ស្ថានភាពទាក់ទងជម្ងឺសន្លាក់ ស្ថានភាពទាក់ទងចិត្តសាស្ត្រ NEOPLASMS ស្ថានភាពឆ្លងរោគដែលមិនទាក់ទងផ្ទាល់ជាមួយការមានគត៌
មរណភាពមាតា៖ មិនអាចចាត់ថ្នាក់បាន	៨. មិនដឹងមូលហេតុ ឬមិនអាចកំណត់បាន	មរណភាពមាតានៅពេលមានផ្ទៃពោះ ពេលសម្រាល ក្រោយសម្រាល មិនដឹងមូលហេតុដែលបណ្ដាលឱ្យមានមរណភាព ។
មរណភាពក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ ពេលសម្រាល និងក្រោយសម្រាល	៩. មូលហេតុដែលកើនឡើងគាប់ជួនគ្នា	មរណភាពក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ ពេលសម្រាល និងក្រោយសម្រាលដោយមូលហេតុខាងក្រៅ

ការកំណត់រកកំណើតស្លាប់ និងលទ្ធផលនៃការមានផ្ទៃពោះដែលពាក់ព័ន្ធ



ឧបសម្ព័ន្ធទី ៦ ៖ ក្រមសីលធម៌សម្រាប់ការប្រជុំ

ដើម្បីបង្ហាញការគោរពចំពោះស្ត្រី ទារក និងគ្រួសាររបស់ពួកគេ យើងទទួលខុសត្រូវក្នុងការថែទាំ យើងបុគ្គលិករបស់ ________________________ [ឈ្មោះមូលដ្ឋានសុខាភិបាល] យល់ព្រមគោរពបទបញ្ញា នៃការប្រតិបត្តិល្អក្នុងអំឡុងពេលប្រជុំដើម្បីពិនិត្យឡើងវិញលើករណី នៃការស្លាប់ដែលបានកើតឡើងនៅក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាលរបស់យើង។ យើងយល់ និងយល់ឃើញថា លទ្ធផល នៃកិច្ចប្រជុំទាំងនេះ នឹងមិននាំទៅរកវិធានការដាក់ទោសទណ្ឌនោះទេ។ វិធានការនៃកិច្ចប្រជុំពិនិត្យមរណភាព រួមមាន ៖

- មកដល់ទាន់ពេលវេលានៅក្នុងកិច្ចប្រជុំពិនិត្យស្រាវជ្រាវមរណភាព។
- ចូលរួមយ៉ាងសកម្មក្នុងការពិភាក្សា។
- គោរពគំនិត និងរបៀបបញ្ចេញមតិយោបល់របស់អ្នកចូលរួមគ្រប់គ្នា។
- ទទួលយកការពិភាក្សា និងការមិនយល់ស្រប ដោយមិនប្រើប្រាស់ បំពានពាក្យសម្តី។
- គោរពការសម្ងាត់ នៃការពិភាក្សានៅក្នុងកិច្ចប្រជុំ។
- យល់ព្រមមិនលាក់ព័ត៌មានដែលមានប្រយោជន៍ ឬមិនក្លែងបន្លំព័ត៌មានដែលអាចផ្តល់ការយល់ដឹងអំពីករណីដែលកំពុងពិនិត្យឡើងវិញ។
- ព្យាយាមឱ្យបានច្រើនបំផុតតាមដែលអាចធ្វើទៅបាន (ដោយទទួលស្គាល់ថាវាមិនងាយស្រួលទេ) ដើម្បីទទួលយកថា សកម្មភាពរបស់អ្នកផ្ទាល់អាចត្រូវបានគេចោទសួរ។

ហត្ថលេខា៖________________________ ថ្ងៃខែឆ្នាំ៖______________

ហត្ថលេខា៖________________________ ថ្ងៃខែឆ្នាំ៖______________

ហត្ថលេខា៖________________________ ថ្ងៃខែឆ្នាំ៖______________

ហត្ថលេខា៖________________________ ថ្ងៃខែឆ្នាំ៖______________

ហត្ថលេខា៖________________________ ថ្ងៃខែឆ្នាំ៖______________

ហត្ថលេខា៖________________________ ថ្ងៃខែឆ្នាំ៖______________

ហត្ថលេខា៖________________________ ថ្ងៃខែឆ្នាំ៖______________

ហត្ថលេខា៖________________________ ថ្ងៃខែឆ្នាំ៖______________

ឧបសម្ព័ន្ធទី 7 ៖ ទម្រង់របាយការណ៍ប្រជុំពិនិត្យរួមគ្នាករណីមរណភាព និងផែនការសកម្មភាព

ស្ថាប័ន:____

កាលបរិច្ឆេទនៃកិច្ចប្រជុំ៖____________ ពេលវេលាចាប់ផ្តើម៖__________ ពេលវេលាបញ្ចប់៖______

ប្រធានកិច្ចប្រជុំ៖ ____

រយៈពេលដែលត្រូវពិនិត្យឡើងវិញ៖ ____

1. ចំនួនករណីមរណភាពដែលបានកើតឡើង និងពិនិត្យឡើងវិញ៖

	ចំនួនករណីស្លាប់សរុប	ករណីស្លាប់ដែលត្រូវបានពិនិត្យដោយស៊ីជម្រៅ	មូលហេតុចម្បងនៃមរណភាព								
			ក្រុម១ ការរំលូត	ក្រុម២ សម្ពាធឈាមខ្ពស់	ក្រុម៣ ការធ្លាក់ឈាម	ក្រុម៤ ការបង្ករោគ	ក្រុម៥ បញ្ហាសម្ភពផ្សេងទៀត	ក្រុម៦ ការគ្រប់គ្រង	ក្រុម៧ មិនមែនសម្ភព	ក្រុម៨ មិនអាចកំណត់	ក្រុម៩ ឧប្បត្តិហេតុ
មរណភាពមាតា											
			ពីកំណើត	ផលវិបាកមុនពេលសម្រាល	ផលវិបាកជុំវិញពេលសម្រាល	សម្រាលមិនគ្រប់ខែ	ការបង្ករោគ	ផ្សេងទៀត	មិនដឹង		មិនដឹង
ស្លាប់កើត (Stillbirth)											
ស្លាប់កើតមុនពេលសម្រាល											
ស្លាប់កើតជុំវិញការសម្រាល											
ករណីស្លាប់របស់ទារកក្នុងសប្តាហ៍ដំបូង (០-៦ ថ្ងៃ)											

*PE/E: បម្រុងក្រឡាភ្លើង ឬក្រឡាភ្លើង

2. ការត្រួតពិនិត្យតាមដានជាប្រចាំ និងការពិនិត្យឡើងវិញលើសូចនាកររបស់មូលដ្ឋានសុខាភិបាល (បំពេញទម្រង់សង្ខេបប្រចាំខែរបស់មូលដ្ឋានសុខាភិបាល)

សូចនាករដែលត្រូវការយកចិត្តទុកដាក់ ៖

3. កត្តាដែលអាចកែតម្រូវបានដែលត្រូវបានកំណត់ ៖

1. ____________________

2. ____________________

3. ____________________

4. ផែនការសកម្មភាព

កត្តាដែលអាចកែតម្រូវបានដែលត្រូវបានកំណត់	វិធានការដាក់លាក់ដែលត្រូវអនុវត្ត	បុគ្គលទទួលខុសត្រូវចំពោះការអនុវត្តវិធានការ	គម្រោងពេលវេលា	តាមដានបន្ត (ផ្នែកនេះនឹងត្រូវបំពេញនៅកិច្ចប្រជុំបន្ទាប់)

កាលបរិច្ឆេទនៃកិច្ចប្រជុំបន្ទាប់ ៖ ____________________

កាលបរិច្ឆេទនៃកំណត់ហេតុត្រូវបានអនុវត្ត ៖ ____________________

ផ្ញើរបាយការណ៍ដោយ៖ ____________________ អនុម័តដោយ ៖ ____________________

ហត្ថលេខារបស់ប្រធាន ៖ ____________________

ឧបសម្ព័ន្ធទី ៨ ៖ ទម្រង់សង្ខេបរបាយការណ៍ប្រចាំខែរបស់មូលដ្ឋានសុខាភិបាល

ផ្នែកទី ១ ៖ ការកំណត់អត្តសញ្ញាណ					
1.1 ឈ្មោះមូលដ្ឋានសុខាភិបាល					
1.2 ទិន្នន័យសម្រាប់ខែ ៖					
ផ្នែកទី ២ ៖ ចំនួនសរុប					
2.1 ករណីសម្រាលសរុប					
2.2 ករណីសម្រាលរស់សរុប (Total livebirths)					
2.3 សម្រាលដោយវះកាត់សរុប		%CS[1]:			
2.4 ករណីស្លាប់ម្តាយសរុប					
2.5 ករណីរំលូតដោយចេតនាសរុប (Total induced abortions)					
2.6 ករណីស្លាប់កើតសរុប (Total stillbirths)		SBR[2]:			
2.6.1 ករណីស្លាប់កើតមុនពេលឈឺពោះសម្រាល (Antepartum stillbirths)					
2.6.2 ករណីស្លាប់កើតជុំវិញការសម្រាល (Intrapartum stillbirths)					
2.7 ករណីស្លាប់ទារកទើបនឹងកើតក្រោម ២៨ថ្ងៃសរុប (Total neonatal deaths)		NMR[3]:			
2.7.1 ករណីស្លាប់សរុប នៃទារកទើបនឹងកើតក្រោម ៧ ថ្ងៃដំបូង (Total early neonatal deaths)					
2.8 ករណីសរុប នៃផលវិបាកដោយការរំលូត (Total cases of abortive complications)					
2.9 ករណីសរុប នៃការធ្លាក់ឈាមដោយការសម្រាល (Total cases of obstetric haemorrhage)		អាំងស៊ីដង់[4]:			
2.10 ករណីសរុប នៃបម្រុងក្រឡាភ្លើង ឬក្រឡាភ្លើង		អាំងស៊ីដង់[4]:			
2.11 ករណីសរុប នៃការឆ្លងមេរោគទាក់ទងនឹងការមានផ្ទៃពោះ		អាំងស៊ីដង់[4]:			
2.12 ករណីសរុប នៃការឆ្លងមេរោគលើទារកទើបនឹងកើត (Total cases of neonatal sepsis)		អាំងស៊ីដង់[5]:			

ផ្នែកទី ៣ ៖ មូលហេតុ នៃការស្លាប់របស់ម្តាយ					
	ទាំងអស់ All	ស្លាប់មុនពេលឈឺពោះសម្រាល (Antepartum death)	ស្លាប់ជុំវិញការសម្រាល (Intrapartum death)	ស្លាប់ក្រោយពេលសម្រាល (Postpartum death)	មិនដឹង
3.1 គភ៌ដែលមានលទ្ធផលរំលូតកូន (Pregnancies with abortive outcome)					
3.2 វិបត្តិលើសសម្ពាធឈាមក្នុងពេលមានផ្ទៃពោះ ពេលសម្រាល និងក្រោយពេលសម្រាល					
3.3 ការធ្លាក់ឈាមជុំវិញការសម្រាល (Obstetric haemorrhage)					
3.4 ការបង្ករោគទាក់ទងនឹងការមានផ្ទៃពោះ					
3.5 ផលវិបាកផ្នែកសម្ភពផ្សេងទៀត					
3.6 ផលវិបាក នៃការគ្រប់គ្រងដែលមិនបានរំពឹងទុកមុន					
3.7 ផលវិបាកមិនពាក់ព័ន្ធនឹងសម្ភព (Non-obstetric complications)					
3.8 មិនដឹង ឬមិនបានកំណត់					
3.9 មូលហេតុផ្សេងទៀតដែលកើតឡើងព្រមពេលជាមួយគ្នា					
ផ្នែកទី ៤ ៖ មូលហេតុនៃការស្លាប់របស់ទារកជុំវិញការសម្រាល					
	ទាំងអស់ All	ករណីស្លាប់កើតមុនពេលឈឺពោះសម្រាល (Antepartum stillbirths)	ករណីស្លាប់កើតជុំវិញពេលសម្រាល (Intrapartum stillbirths)	ករណីស្លាប់ទារកទើបនឹងកើតក្រោម ២៨ថ្ងៃ (Neonatal deaths)	ករណីស្លាប់ទារកទើបនឹងកើតក្រោម ៧ ថ្ងៃដំបូង (Early neonatal deaths)
4.1 ពីកំណើត					
4.2 ផលវិបាកមុនពេលឈឺពោះសម្រាល (Antepartum complications)					
4.3 ផលវិបាកជុំវិញពេលសម្រាល (Intrapartum complications)					

4.4 សម្រាលមិនគ្រប់ខែ (Prematurity)					
4.5 ការបង្កពេគ					
4.6 ផ្សេងទៀត					
4.7 មិនដឹង/មិនបញ្ជាក់					
ផ្នែកទី ៥ ៖ សូចនាករគុណភាព នៃការថែទាំ					
5.1 អុកស៊ីតូស៊ីន (Oxytocin) IM/IV ក្នុងអំឡុង ១ នាទីនៃការសម្រាល (%)					
5.2 ការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្ដាយ ក្នុងអំឡុង ១ ម៉ោងនៃការសម្រាល (%)					
5.3 ទម្ងន់ពេលកើត ត្រូវបានកត់ត្រាទុក (%)					
5.4 ការដាក់ឱ្យស្បែកប៉ះស្បែកភ្លាមៗ និងរយៈពេលយូរ >= 90 នាទី					
5.5 ការថែទាំតាមបែបម្ដាយកង់ហ្គូរូ សម្រាប់ទារកកើតមិនគ្រប់ខែត្រូវបាន ផ្ដល់ (%)					
5.6 អ្នកកំដរក្នុងអំឡុងពេលឈឺពោះ សម្រាល និងពេលសម្រាល (%)					
5.7 អនាម័យដៃសមស្របសម្រាប់ការ ថែទាំការសម្រាល (%)					
5.8 សម្ពាធឈាមត្រូវបានវាស់នៅពេល ចូលពេទ្យដំបូង (%)					
5.9 សម្ពាធឈាម និងចង្វាក់បេះដូងត្រូវ បានវាស់ក្នុងអំឡុងពេល ២ ម៉ោង នៃ ការសម្រាល (%)					
5.10 អុកស៊ីតូស៊ីន មានសម្រាប់ប្រើ					
5.11 ម៉ាញ៉េស្យូមស៊ុលផាត មាន សម្រាប់ប្រើ					

1: %CS = (ករណីសម្រាលដោយវះកាត់សរុប ឬករណីសម្រាលសរុប) *100

2: SBR = [ករណីស្លាប់កើតសរុប / (ករណីកើតរស់សរុប (Total livebirths) + ករណីស្លាប់កើតសរុប (Total stillbirths)] *1000

3:NMR= (ករណីស្លាប់ទារកទើបនឹងកើតក្រោម ២៨ថ្ងៃ (Neonatal deaths) / ករណីកើតរស់សរុប (Total livebirths)) *1000

4: អាំងស៊ីដង់ (Incidence) = (ចំនួនករណី/ករណីសម្រាលសរុប) *100

5: អាំងស៊ីដង់ (Incidence) = (ករណី/ករណីកើតរស់សរុប (Total livebirths) *100

ឧបសម្ព័ន្ធទី ៩ ៖ កត្តារួមចំណែកដែលអាចកែប្រែបាន (រៀបចំនៅក្នុងគំរូការពន្យារពេលបី)

<table>
<tr><td>ស្រុក ៖</td><td colspan="2">មូលដ្ឋានសុខាភិបាល ៖</td><td>កាលបរិច្ឆេទប្រជុំ (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)៖
………/………/………</td></tr>
<tr><td colspan="3">កាលបរិច្ឆេទនៃព្រឹត្តិការណ៍មរណភាពមាតា (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)៖</td><td>អាស័យដ្ឋានរបស់អ្នកស្លាប់</td></tr>
<tr><td colspan="3">កន្លែងស្លាប់៖</td><td>កាលបរិច្ឆេទនៃការបំពេញបែបបទ (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)</td></tr>
<tr><td colspan="4">ករណីសង្ខេប៖ (អាចត្រូវបានបិទភ្ជាប់ ប្រសិនបើបានបញ្ចប់ក្នុងអំឡុងពេលកិច្ចប្រជុំមុនៗ)</td></tr>
<tr><th colspan="4">កត្តារួមចំណែកដែលអាចកែប្រែបាន(រៀបចំនៅក្នុងគំរូការពន្យារពេលបី)</th></tr>
<tr><td>ការពន្យារពេលដំបូង៖ ការទទួលស្គាល់ និងការសម្រេចចិត្តស្វែងរកការថែទាំ (ផ្ទះ/គ្រួសារ/សហគមន៍)</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>ការពន្យារពេលទីពីរ៖ ការដឹកជញ្ជូនទៅកាន់ការថែទាំ ការពន្យារពេលទៅដល់កន្លែងសមស្របមួយ</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>ការពន្យារពេលទីបី៖ គុណភាពនៃការថែទាំដែលទទួលបាននៅក្នុងមណ្ឌលសុខភាពឬមន្ទីរពេទ្យ</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

ឧបសម្ព័ន្ធទី ១០ ៖ វិញ្ញាបនប័ត្រវេជ្ជសាស្ត្រនៃមូលហេតុនៃការស្លាប់ (សេណារីយ៉ូ 1 - ធ្លាក់ឈាមក្រោយសម្រាល)

ឧទាហរណ៍នៃ MCCD 12 ប្រសិនបើសំបុត្រមរណៈភាពត្រូវបានបំពេញត្រឹមត្រូវ មូលហេតុដើមនៃការស្លាប់ជាធម្មតាគួរតែជាលក្ខខណ្ឌតែមួយដែលអ្នកបញ្ជាក់បានសរសេរនៅលើបន្ទាត់ប្រើប្រាស់ទាបបំផុតនៃផ្នែកទី 1។

MCCD – ធ្លាក់ឈាមក្រោយសម្រាល (PPH)

<table>
<tr><td colspan="2">មូលហេតុនៃការស្លាប់
(ជំងឺ ឬស្ថានភាពដែលគិតថាជាមូលហេតុសំខាន់គួរតែបង្ហាញនៅក្នុងបន្ទាត់ដែលបានបំពេញរួច ក្រោមបំផុតនៃផ្នែក I)</td><td>ចន្លោះពេលប្រហាក់ប្រហែលរវាងការចាប់ផ្តើម និងការស្លាប់</td></tr>
<tr><td>ផ្នែកទី I
ជំងឺ ឬស្ថានភាពដែលនាំទៅដល់ការស្លាប់ដោយផ្ទាល់</td><td>a)</td><td></td></tr>
<tr><td>មូលហេតុមុនៗ៖
ដោយសារតែ ឬជាលទ្ធផលនៃ</td><td>b)</td><td></td></tr>
<tr><td>ដោយសារ ឬជាលទ្ធផលនៃ</td><td>c)</td><td></td></tr>
<tr><td>ដោយសារតែ ឬជាលទ្ធផលនៃ</td><td>d)</td><td></td></tr>
<tr><td>ផ្នែកទី II ស្ថានភាពសំខាន់ៗផ្សេងទៀត
រួមចំណែកដល់ការស្លាប់ ប៉ុន្តែមិនទាក់ទងទៅនឹងជំងឺ ឬស្ថានភាពដែលបណ្តាលឱ្យស្លាប់នោះទេ</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">ស្ត្រីនោះគឺ៖
□ មានផ្ទៃពោះនៅពេលស្លាប់
□ មិនមានផ្ទៃពោះនៅពេលស្លាប់ (ប៉ុន្តែមានផ្ទៃពោះក្នុងរយៈពេល 42 ថ្ងៃ)
□ មានផ្ទៃពោះក្នុងឆ្នាំកន្លងមក</td></tr>
</table>

ឧបសម្ព័ន្ធទី ១១ ៖ បញ្ជីរាយនាមអ្នកចូលរួមសិក្ខាសាលាពិគ្រោះយោបល់លើសេចក្តីព្រាងពិធីសារជាតិ MPDSR ថ្ងៃទី៩ ដល់១០ ខែតុលា ឆ្នាំ២០២៤ នៅសណ្ឋាគារ សាន់វេ ភ្នំពេញ

នាម និងគោត្តនាម		**តួនាទី/មុខងារ**
លោកជំទាវសាស្ត្រាចារ្យ	**អ៊ឹម សិទ្ធិការ្យ**	រដ្ឋលេខាធិការ នៃក្រសួងសុខាភិបាល
លោកជំទាវ សាស្ត្រាចារ្យ	អ៊ុំ សាម៉ុល	អនុរដ្ឋលេខាធិការ នៃក្រសួងសុខាភិបាល
លោកជំទាវ សាស្ត្រាចារ្យ	គ្រុយ លាងស៊ីម	អនុរដ្ឋលេខាធិការ នៃក្រសួងសុខាភិបាល
លោកជំទាវ សាស្ត្រាចារ្យ	ទុង រដ្ឋាវី	ទីប្រឹក្សាក្រសួងសុខាភិបាល
ឯកឧត្តមសាស្ត្រាចារ្យ	គុំ កាណាល់	ទីប្រឹក្សាក្រសួងសុខាភិបាល ប្រធានសមាគមសម្ភព និងរោគស្ត្រីវិទ្យាកម្ពុជា
លោកស្រី សាស្ត្រាចារ្យជំនួយ	គឹម វ័ន្ធនា	នាយកមជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតា និងទារក
លោកស្រី វេជ្ជបណ្ឌិត	ក្រេង ស៊ីដន	អនុប្រធាននាយកដ្ឋានប្រយុទ្ធនឹងជំងឺឆ្លង ក្រសួងសុខាភិបាល
លោកស្រីវេជ្ជបណ្ឌិត	សៀង លំអងគន្ធា	ប្រធានកម្មវិធីជាតិសុខភាពបន្តពូជ នៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតា និងទារក
កញ្ញា	ងួន សុភាព	ប្រធានក្រុមប្រឹក្សាគណៈឆ្មបជាតិ
លោកស្រី	ឆាយ ស្វែងជាអាទិ៍	មជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតា និងទារក ជាប្រធានសមាគមឆ្មបកម្ពុជា
លោកស្រី	ម៉ៅ ប៊ុន្នី	មន្ត្រីនាយកដ្ឋានមន្ទីរពេទ្យ ក្រសួងសុខាភិបាល
លោកវេជ្ជបណ្ឌិតឯកទេស	លាក់ ពន្លឺ	អនុប្រធានផ្នែកជំងឺទូទៅទារក និងកុមារ នៃមន្ទីរពេទ្យមិត្តភាពខ្មែរ-សូវៀត
លោកស្រីសាស្ត្រាចារ្យជំនួយ	អ៊ីវ ម៉ាឡែន	អនុប្រធានមន្ទីរពេទ្យគន្ធបុប្ផា
លោកស្រីសាស្ត្រាចារ្យជំនួយ	ងួន យ៉ាណែត	អនុប្រធានមន្ទីរពេទ្យគន្ធបុប្ផា
លោកវេជ្ជបណ្ឌិតឯកទេស	រស់ សាផាត	ប្រធានផ្នែករោគស្ត្រី និងជាប្រធានបណ្តុះបណ្តាល នៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតានិងទារក
លោកស្រីវេជ្ជបណ្ឌិត	ហួត ចាន់ធានី	នាយករងមន្ទីរពេទ្យកុមារជាតិ
ឯកឧត្តម	ហាន កុសល	អភិបាលរងទទួលបន្ទុកសុខាភិបាលខេត្តកំពង់ចាម
ឯកឧត្តម	ពិន ប្រាកដ	អភិបាលរងទទួលបន្ទុកសុខាភិបាល ខេត្តបាត់ដំបង
លោកជំទាវ	ញ៉ាន ទិត្យចិន្តា	អភិបាលរងទទួលបន្ទុកសុខាភិបាលខេត្តរតនគិរី
លោកជំទាវ	ប៉ុក ណាឌី	អភិបាលរងនៃគណៈអភិបាលខេត្តពោធិ៍សាត់
ឯកឧត្តម	ខូយ ឌី	ប្រធានមន្ទីរសុខាភិបាលខេត្តពោធិ៍សាត់
ឯកឧត្តម	រឿង ប៊ុនរេត	ប្រធានមន្ទីរសុខាភិបាលខេត្តបាត់ដំបង
លោកស្រីវេជ្ជ.ឯកទេស	លី សុគន្ធាវី	ប្រធានផ្នែកប្រពោធនកម្មទារក នៃមន្ទីរពេទ្យកាល់ម៉ែត្រ
លោកស្រីវេជ្ជបណ្ឌិត	ហេង វ័ន្ធមុន្នី	ជំនួយការប្រធានផ្នែកប្រពោធនកម្មទារក នៃមន្ទីរពេទ្យ

នាម និងគោត្តនាម		តួនាទី/មុខងារ
		កាល់ម៉ែត្រ
លោកវេជ្ជបណ្ឌិតឯកទេស	ប៊ិន ស័កវិសិដ្ឋ	ផ្នែកប្រពោធនកម្មទារកនិងកុមារ នៃមន្ទីរពេទ្យកាល់ម៉ែត្រ
លោកវេជ្ជបណ្ឌិតឯកទេស	អាត់ បាលី	ផ្នែកប្រពោធនកម្មនិងថែទាំទារក នៃមន្ទីរពេទ្យកាល់ម៉ែត្រ
លោកស្រីវេជ្ជ.ឯកទេស	ឈុន សមសោភា	ប្រធានផ្នែកសម្ភពនិងរោគស្ត្រី នៃមន្ទីរពេទ្យកាល់ម៉ែត្រ
លោកស្រីវេជ្ជបណ្ឌិត	ដី វីណា	អនុប្រធានផ្នែកផ្នែកសម្ភព និងរោគស្ត្រី នៃមន្ទីរពេទ្យកុមារជាតិ
លោកវេជ្ជបណ្ឌិត	អ៊ុយ គីណា	ប្រធានផ្នែកសម្ភពនិងរោគស្ត្រី នៃមន្ទីរពេទ្យមិត្តភាពខ្មែរ-សូវៀត
លោកវេជ្ជ.ឯកទេស	ឈន មុន្នីរ័ត្ន	នាយកផ្នែកសម្ភពនិងរោគស្ត្រី នៃមន្ទីរពេទ្យជាតិតេជោ
លោកស្រីវេជ្ជ.ឯកទេស	ហេង រិទ្ធិសុបញ្ញា	អនុប្រធានផ្នែកសម្ភព រោគស្ត្រី នៃមន្ទីរពេទ្យអង្គឌួង
លោកស្រី	ហេង ងឹម	មន្ត្រីកម្មវិធីជាតិសុខភាពបន្តពូជ នៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតា និងទារក
លោកស្រី	វ៉ែន និត	អនុប្រធានកម្មវិធីជាតិសុខភាពបន្តពូជ នៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតា និងទារក
លោក	កេត លីណា	មន្ត្រីគម្រោងកម្មវិធិជាតិសុខភាពបន្តពូជ នៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតា និងទារក
លោកវេជ្ជបណ្ឌិត	វ៉ា សាវុធ	អនុប្រធានមន្ទីរសុខាភិបាលខេត្តកំពង់ចាម
លោកវេជ្ជបណ្ឌិត	តាំង ប៊ុនស្រេង	ប្រធានគាំពារមាតា និងទារក នៃមន្ទីរសុខាភិបាលខេត្តកំពង់ចាម
លោកវេជ្ជបណ្ឌិត	ទូច ហួត	ប្រធានមន្ទីរពេទ្យបាធាយ ខេត្តកំពង់ចាម
លោកវេជ្ជបណ្ឌិត	វ៉ៃ ធីម	ប្រធានផ្នែកសម្ភព នៃមន្ទីរពេទ្យខេត្តកំពង់ចាម
លោកវេជ្ជបណ្ឌិត	សួន កុសល	ប្រធានផ្នែកថែទាំទារក នៃមន្ទីរពេទ្យខេត្តកំពង់ចាម
លោក	ស៊ុន ពិសិដ្ឋ	ប្រធានគិលានុបដ្ឋាកខេត្តកំពង់ចាម
លោកស្រី	ឈុំ ស្រីកាន	ឆ្មបមន្ទីរពេទ្យបាធាយខេត្តកំពង់ចាម
លោកវេជ្ជបណ្ឌិត	អៀង អ៊ាងហ័រ	អនុប្រធានផ្នែកសម្ភព នៃមន្ទីរពេទ្យខេត្តកំពង់ចាម
លោកស្រី	ទុយ ម៉ាលីនី	ប្រធានរដ្ឋបាលមន្ទីរពេទ្យខេត្តកំពង់ចាម
លោក	លន់ តេត្រា	បុគ្គលិកផ្នែកជំងឺកុមារ នៃមន្ទីរពេទ្យខេត្តកំពង់ចាម
លោកសាស្ត្រា.ជំនួយ	លនទ្រីយ៍ ប៉ាទ្រិច	អនុប្រធានមន្ទីរពេទ្យខេត្តកំពង់ចាម
លោកស្រី	ម៉ោល មល្លិកា	ប្រធានគាំពារមាតានិងទារកនៃមន្ទីរសុខាភិបាលខេត្តបាត់ដំបង
លោកវេជ្ជបណ្ឌិត	កិម សាផាន្នភិរម្យ	ប្រធានមន្ទីរពេទ្យខេត្តបាត់ដំបង
លោកវេជ្ជបណ្ឌិត	ង៉ែត វិភូ	ប្រធានផ្នែកសម្ភព នៃមន្ទីរពេទ្យ ខេត្តបាត់ដំបង

នាម និងគោត្តនាម		តួនាទី/មុខងារ
លោកស្រីវេជ្ជបណ្ឌិត	ហ៊ុន ម៉ាលីស	ប្រធានផ្នែកថែទាំទារក នៃមន្ទីរពេទ្យខេត្តបាត់ដំបង
លោក	ឃិន ហុង	ប្រធានផ្នែកថែទាំ នៃមន្ទីរពេទ្យខេត្តបាត់ដំបង
លោកស្រី	តាំង អេង	អនុប្រធានផ្នែកថែទាំ នៃមន្ទីរពេទ្យខេត្តបាត់ដំបង
លោកគ្រូពេទ្យ	កោះ ប៉ូឡូ	អនុប្រធានមន្ទីរសុខាភិបាលខេត្តរតនគិរី
កញ្ញា	ដន សារ៉ាន់	ប្រធានគាំពារមាតា និងទារក នៃស្រុកប្រតិបត្តិបរកែវ ខេត្តរតនគិរី
លោកវេជ្ជបណ្ឌិត	ជុំ សុភក្តិ	អនុប្រធានមន្ទីរពេទ្យខេត្តរតនគិរី
លោកស្រីវេជ្ជបណ្ឌិត	សាឡេះ អាហ្សី	ប្រធានផ្នែកសម្ភពមន្ទីរពេទ្យខេត្តរតនគិរី
លោកវេជ្ជបណ្ឌិត	ចាន់ ង៉ុក	ប្រធានផ្នែកថែទាំទារកមន្ទីរពេទ្យខេត្តរតនគិរី
លោកស្រី	សៀង សុវណ្ណារី	ប្រធានផ្នែកគាំពារមាតា និងទារកនៃមន្ទីរសុខាភិបាល ខេត្តពោធិ៍សាត់
លោកវេជ្ជបណ្ឌិត	ម៉ៅ ស៊ីវណ្ណា	ប្រធានមន្ទីរពេទ្យខេត្តពោធិ៍សាត់
លោកវេជ្ជបណ្ឌិត	ច័ន្ទ ដាដាល័ក្ស	ប្រធានផ្នែកសម្ភពមន្ទីរពេទ្យខេត្តពោធិ៍សាត់
លោកស្រីវេជ្ជបណ្ឌិត	រួន ប៊ុនណាត	ប្រធានផ្នែកថែទាំទារកមន្ទីរពេទ្យខេត្តពោធិ៍សាត់
លោកស្រីវេជ្ជបណ្ឌិត	ជាង កន្និដ្ឋា	មន្ត្រីបច្ចេកទេស WHO
លោកស្រី	Tomoko Onoda	អ្នកសម្របសម្រួល HSD WHO
លោកវេជ្ជបណ្ឌិត	Sumire Sorano	ទីប្រឹក្សាបច្ចេកទេស WHO
លោកវេជ្ជបណ្ឌិត	សេក សុភាណារិទ្ធ	Development Assistance Specialist, MCH/NUT USAID/Cambodia
លោកស្រី	លីហ្សា ដូឡេន ប្រេនតុន	ប្រធានគម្រោង USAID-EQHA II FHI 360
លោកស្រី	សំអុល ច័ន្ទណា	ប្រធានក្រុម USAID-EQHA II FHI 360
លោកស្រីវេជ្ជបណ្ឌិត	ក្រៀល ដារ៉ា	មន្ត្រីបច្ចេកទេស USAID-EQHA II FHI 360
លោក	អឿម សារ៉ាន់	មន្ត្រីជំនាញ USAID-EQHA II FHI 360
លោក	ឈួង បានហាក់	Technical Assistant,JICA
លោកវេជ្ជបណ្ឌិត	Yuta Yokobori	Jica Policy Advisor to the Ministry of Heaith
លោក	ងួន ប្រុស	មន្ត្រីអង្គការ UNFPA
លោក	Roth Chansophat	UNFPA
លោកវេជ្ជបណ្ឌិត	សុខ សុគន្ធ	កម្មវិធីលើកកម្ពស់សិទ្ធិនិងសុខភាពបន្តពូជ/សុខភាពផ្លូវភេទនៅកម្ពុជា UNFPA
លោកវេជ្ជបណ្ឌិត	មាន រតនៈសម្បត្តិ	អ្នកសម្របសម្រួលប្រចាំប្រទេស Vital Strategies
លោក	ស៊ុម ណៃស៊ីម	ប្រធានកម្មវិធីជាន់ខ្ពស់ផ្នែកសុខភាពសាធារណៈ នៅស្ថានទូតអូស្ត្រាលីប្រចាំកម្ពុជា DFAT

នាម និងគោត្តនាម		តួនាទី/មុខងារ
លោកវេជ្ជបណ្ឌិត	ហុង រ័ត្នមុនី	មន្ត្រីឯកទេស ផ្នែកសុខភាព អង្គការយូនីសេហ្វនៅកម្ពុជា UNICEF
លោកស្រីវេជ្ជបណ្ឌិត	លន សុភាព	មន្ត្រីអង្គការCHAI
លោកស្រីវេជ្ជ.ឯកទេស	ឈន ពេជ្រចិន្តា	នាយកផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯកទេស មន្ទីរពេទ្យអរយើតកោះពេជ្រ
លោកវេជ្ជបណ្ឌិត	ជា ម៉េងទៀង	នាយកគ្រប់គ្រងបច្ចេកទេសគ្លីនិកMarie Stop
លោកស្រីវេជ្ជបណ្ឌិត	ហង្ស មានលក្ខិណា	ប្រធានផ្នែកសម្ភព គ្លីនិកសម្ភពសោភាភ្នំពេញ
Ms	Titaya Yingyong	Acting Assistant Manager Phnom Penh Royal Hospital
លោកស្រី	អ៊ុក ស្រីមុំ	Registered Nurse at Obstetrics and Gynecology department, Phnom Penh Royal Hospital
លោកវេជ្ជបណ្ឌិត	ប៊ុន គឹមឆេង	អនុប្រធានផ្នែកសម្ភព និងរោគស្ត្រី មន្ទីរពេទ្យជប៉ុនសាន់រ៉ាយ
លោកស្រី	ថត ស្រីម៉េង	ប្រធានផ្នែកឆ្មបមន្ទីរពេទ្យអន្តរជាតិ អរៀនដា
លោកស្រី	ឃឿន សុខគាង	ប្រធានផ្នែកថែទាំ មន្ទីរពេទ្យអន្តរជាតិ អរៀនដា
លោកស្រី	ស៊ុំ ចាន់ធា	អនុប្រធានឆ្មប គ្លីនិកសម្ភពបញ្ញា
វេជ្ជបណ្ឌិត	ម៉ុញ សេងហ៊ាង	ផ្នែកសម្ភព និងរោគស្ត្រី គ្លីនិកសម្ភពបញ្ញា

Mr Lun Tetra	Kampong Cham Provincial Hospital
Assistant Prof Lorntry Tatrich	Deputy Director, Kampong cham Provincial Hospital
Ms Morl Molika	Provincial MCH, Battambang
Dr Kem Saphannphirom	Director of Provincial Hospital, Battambang
Dr Ngeth Viphou	Battambang Provincial Hospital
Dr Hun Maliss	Battambang Provincial Hospital
Mr Yin Haung	Battambang Provincial Hospital
Ms Tang Eng	Battambang Provincial Hospital
M.A Koh Polo	Deputy Director of Provincial Health Department, Rattanakiri
Ms Darn Saran	Rattanakiri province
Dr Chom Sopheak	Deputy Director, Rattanakiri Provincial Hospital
Dr Saleh Azy	Rattanakiri Provincial Hospital
Dr Chan Ngok	Rattanakiri Provincial Hospital
Ms Seang Sovannary	Provincial MCH, Rattanakiri
Mrs Mao Sivanna	Director of Pursat Provincial Hospital
Dr Chan Cheadaleak	Pursat Provincial Hospital
Dr Roun Bunnath	Pursat Provincial Hospital
Dr Cheang Kannitha	Technical officer, WHO
Ms Tomoko Onoda	HSD Coordinator, WHO
Dr Sumire Sorano	Consultant, WHO
Dr Sek Sopheanarith	Development Assistance Specialist, MCH/NUT USAID/Cambodia
Mrs Lisa Dolan-Branton	USAID-EQHA II FHI 360
Mrs Sam Ol Channa	USAID-EQHA II FHI 360
Dr Kreal Dara	USAID-EQHA II FHI 360
Mr Oeurm Savann	USAID-EQHA II FHI 360
Mr Chhrong Banhak	Technical Assistant,JICA
Dr Yuta Yokobori	Jica Policy Advisor to the Ministry of Health
Mr Nguon Pros	UNFPA
Roth Chansophat	UNFPA
Dr Sok Sokun	UNFPA
Dr Mean Ratanak Sambath	Country Coordinator, Vital Strategies
Mr Sum Naisim	Public Health, Senior Program Manager DFAT
Dr Hong Rathmony	UNICEF
Dr Lorn Sopheap	CHAI
Dr Chhorn Pichenda	Orchid Clinic
Dr Chea Meng Tieng	Clinic Manager, Marie Stopes
Dr Hang Mean Leakhena	Samphop Sorphea Clinic
Ms Titaya Yingyong	Acting Assi. Manager Phnom Penh Royal Hospital
Ms Uk Sreymom	Registered Nurse at OBGYN department,
Dr Bun Kimcheng	Vice-chief of OBGY, Sunrise Hospital
Ms Thot Sreymeng	Chief of Midwife, Orinda International Hospital
Ms Youen Sokkeang	Chief of Nursing Care, Orinda International Hospital
Ms Sam Chanthea	Vice-chief of Midwife, Samphop Panya Clinic
Dr Monh Sengheang	OBGY at Samphop Panya Clinic.

Annex 11: List name of participant's joint consultation workshop to review draft MPDSR 09-10 October 2024, Sunway Hotel Phnom Penh

H.E Prof. Im Sethikar	**Secretary of State, MOH**
H.E Prof Oum Samol	Under-Secretary of State, MOH
H.E Prof. Kruy Leang Sim	Under-Secretary of State, MOH
H.E Prof Tung Rathavy	Advisor, MOH
H.E Prof Koum Kanal	Advisor, MOH and member of Cambodian Society of Gynecology and Obstetric
Assistant Prof. Kim Rattana	Director of National Maternal and Child Health Center
Dr Krang Sidonn	Deputy Director, Department of Communicable Disease Control. MOH
Dr Seang Lum Ang Kunthea	Manager, National Reproductive Health Program
Ms Chhay Sveng Chea Ath	National Maternal and Child Health Center Chair of Cambodia Midwife Association
Ms Mao Bunny	Hospital Services Department, MOH
Dr Leak Ponloeu	Khmer Soviet Friendship Hospital
Prof. Iv Malene	Deputy Director, Kuntha Bopha Hospital
Assistant Prof. Nguon Yaneth	Deputy Director, Kuntha Bopha Hospital
Assistant Prof. Ros Saphat	National Maternal and Child Health Center
Dr Huot Chantheany	Deputy Director, National Pediatric Hospital
H.E Han Kosal	Deputy Provincial Governor, Kampong Cham
H.E Pin Prakad	Deputy Provincial Governor, Battambang
H.E Nhean Titchanda	Deputy Provincial Governor, Rattanakiri
H.E Pok Nady	Deputy Provincial Governor, Pursat
H.E Khoy Dy	Director of Provincial Heath Department, Pursat
H.E Voeurng Bunreth	Director of Provincial Heath Department, Battambang.
Dr Ly Sokuntheavy	Calmette Hospital
Dr Ly Heng Rothmony	Calmette Hospital
Dr Bin Sakviseth	Calmette Hospital
Dr Ath Baley	Calmette Hospital
Dr Chhun Sam sophea	Calmette Hospital
Dr Chy Vina	National Pediatric Hospital
Dr Uy Kyna	Khmer-Soviet Friendship Hospital
Dr Chhorn Moniroat	Techo Sontepheap National Hospital
Dr Heng Rithsophanha	Preah Ang Doung Hopsital
Ms Heng Ngim	NRHP of NMCHC
Ms Ven Nit	NRHP of NMCHC
Mr Ket Kyna	NRHP of NMCHC
Dr Va Savuth	Deputy Director of Provincial Health Department, Kampong cham
Dr Taking Bunsreng	Provincial MCH, Kampong cham
Dr Touch Huot	Bathey Hospital Director, Kampongcham
Dr Vor Thim	Kampong cham Provincial Hospital
Dr Suon Kosal	Kampong Cham Provincial Hospital
Dr Sun Piseth	Kampong Cham Provincial Hospital
Ms Chhum Sreykan	Bathey Referral Hospital, Kampongcham
Dr Ieang Eanghor	Kampong Cham Provincial Hospital
Ms Tuy Maliny	Kampong Cham Provincial Hospital

Annex 10: Medical Certificate of Cause of Death

Example of MCCD.[12] If the death certificate has been completed correctly, the underlying cause of death should normally be the single condition which the certifier has written on the lowest used line of Part 1.

MCCD – PPH

Cause of death (The *disease or condition thought to be the underlying cause should appear in the lowest completed line of part I)*		Approximate interval between onset and death
Part I Disease or condition leading directly to death	a)	
Antecedent causes: Due to or as a consequence of	b)	
Due to or as a consequence of	c)	
Due to or as a consequence of	d)	
Part II Other significant conditions Contributing to death but not related to the disease or condition causing it		
The woman was: □ pregnant at the time of death □ not pregnant at the time of death (but pregnant within 42 days) □ pregnant within the past year		

Annex 9: Modifiable Contributing Factors (organized within the Three Delays Model)

Province/District:	**HF:**	**Meeting Date (MM/DD/YY):** ………/………. /……….
Maternal Death Event Date (MM/DD/YR):		**Address of the deceased**
Place of death:		**Date of Form Completion (MM/DD/YY)**
Case Summary: *(Can be pasted in, if completed during previous meetings)*		

Modifiable Contributing Factors (organized within the Three Delays Model)	
First Delay: Recognition and decision to seek care (Home/family/community)	
Second Delay: Transport to care, delays reaching an appropriate facility	
Third Delay: Quality of care received in the health facility	

4.3 Intrapartum complications					
4.4 Prematurity					
4.5 Infection					
4.6 Other					
4.7 Unknown/unspecified					
SECTION5: QUALITY-OF-CARE INDICATORS					
5.1 Oxytocin IM/IV within 1 minutes of childbirth (%)					
5.2 Breastfeeding initiated within 1 h of birth (%)					
5.3 Birthweight documented (%)					
5.4 Immediate and sustained skin-to-skin contact for >= 90 minutes					
5.5 Kangaroo Mother Care for premature baby conducted (%)					
5.6 Companion during labor and delivery (%)					
5.7 Appropriate hand hygiene for delivery care (%)					
5.8 Blood pressure measured at admission (%)					
5.9 Blood pressure and heart rate measured within 2h of childbirth (%)					
5.10 Oxytocin available					
5.11 Magnesium sulfate available					

1: %CS = (Total cesarean section/Total deliveries)*100
2: SBR = [Total stillbirths/ (Total livebirths + Total stillbirths)]*1000
3:NMR= (Neonatal deaths/ Total livebirths)*1000
4: Incidence = (Cases/Total deliveries)*100
5: Incidence = (Cases/Total livebirths)*100

Annex 8: Facility Monthly Summary Form

SECTION 1: IDENTIFICATION					
1.1 Facility Name					
1.2 Data for the month of:					
SECTION 2: TOTAL NUMBER					
2.1 Total deliveries					
2.2 Total livebirths					
2.3 Total cesarean section		%CS[1]:			
2.4 Total maternal death					
2.5 Total induced abortions					
2.6 Total stillbirths		SBR[2]:			
2.6.1 Antepartum stillbirths					
2.6.2 Intrapartum stillbirths					
2.7 Total neonatal deaths		NMR[3]:			
2.7.1 Total early neonatal deaths					
2.8 Total cases of abortive complications					
2.9 Total cases of obstetric haemorrhage		Incidence[4]:			
2.10 Total cases of pre-eclampsia or eclampsia		Incidence[4]:			
2.11 Total cases of pregnancy-related sepsis		Incidence[4]:			
2.12 Total cases of neonatal sepsis		Incidence[5]:			
SECTION 3: CAUSES OF MATERNAL DEATH					
	All	Antepartum death	Intrapartum death	Postpartum death	Unknown
3.1 Pregnancies with abortive outcome					
3.2 Hypertensive disorders in pregnancy, childbirth, and the puerperium					
3.3 Obstetric haemorrhage					
3.4 Pregnancy-related infection					
3.5 Other obstetric complications					
3.6 Unanticipated conplications of management					
3.7 Non-obstetric complications					
3.8 Unknown/undetermined					
3.9 Coincidental causes					
SECTION 4: CAUSES OF PERINATAL DEATH					
	All	Antepartum stillbirths	Intrapartum stillbirths	Neonatal deaths	Early neonatal deaths
4.1 Congenital					
4.2 Antepartum complications					

3. Modifiable factors identified:

1. ____________________

2. ____________________

3. ____________________

4. Action Plan

Modifiable factors identified	**Specific actions to be taken**	**Responsible person for the action**	**Time frame**	**Follow-up** (this section to be completed at the next meeting)

Date of next meeting: ____________________

Date minutes ratified: ____________________

Proposed by: ____________________ **Seconded by:** ____________________

Chairperson's signature: ____________________

Annex 7: MPDSR Integrated Review Meeting Minutes and Action Items Form

Institution:____

Date of meeting: ____________________ **Start time:** ____________ **End time:** ____________

Meeting chairpersons: ____

Period of time under review: ____

1. Number of Death Happened and Reviewed:

	Total deaths	**Death with in-depth review**	**Main causes of deaths**								
			Group 1 Abortion	Group 2 HDP	Group 3 Bleeding	Group 4 Infection	Group 5 Other ob	Group 6 Manage	Group 7 Non-ob	Group 8 Unspec	Grou p 9 Inci
Maternal Death											
			Congenital	Antepartum complica-tion	Intrapartum complica-tion	Prematurity	Infection	Other	Unkno wn		
Stillbirth											
Antepartum stillbirth											
Intrapartum stillbirth											
Early neonatal deaths (0-6 days)											

***PE/E: Pre-eclampsia or eclampsia**

2. Routine monitoring and review of facility indicators (Fill in Facility Monthly Summary Form)

Indicators requiring attention:

Annex 6: Meeting Code of Practice

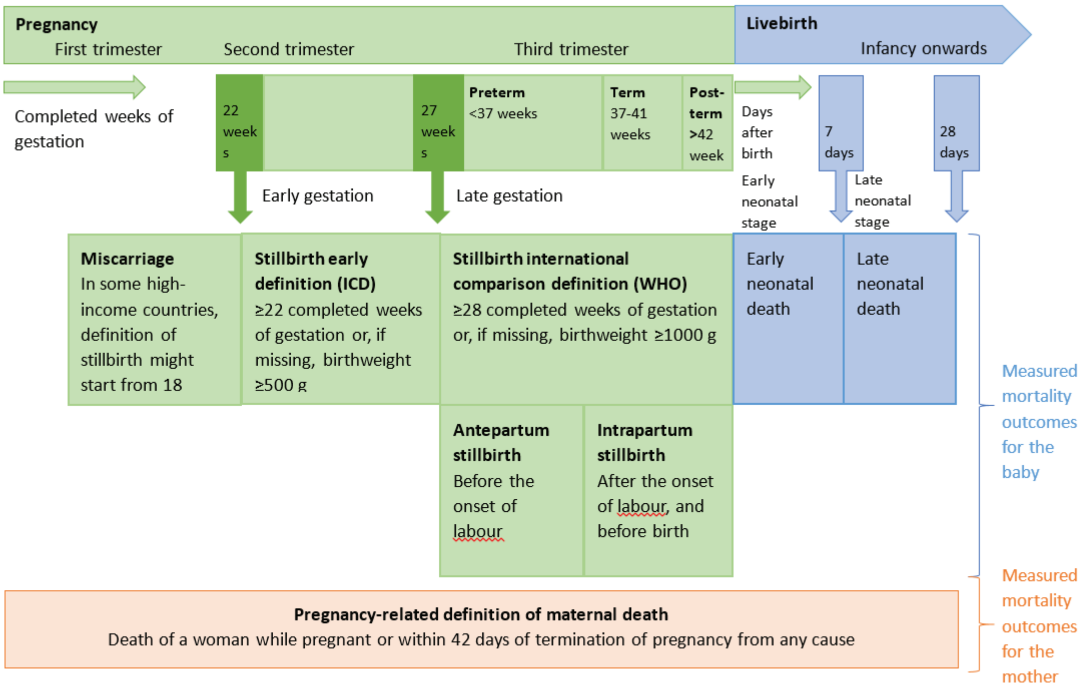
Code of practice

To show respect for the women, babies, and their families we are responsible for looking after, we, the staff of
________________________ [name of facility], agree to respect the rules of good conduct during meetings where cases of deaths that have occurred in our facility are reviewed.
We understand and appreciate that the results of these meetings will not result in punitive measures.
The rules of our audit meetings include:

- Arrive on time to the audit meetings.
- Participate actively in discussions.
- Respect everyone's ideas and ways of expressing them.
- Accept discussion and disagreement without resorting to verbal abuse.
- Respect the confidentiality of the discussions that take place during the meetings.
- Agree not to hide useful information or falsify information that could provide insight into the case(s) under review.
- Try as much as possible (recognising that it is not easy) to accept that your own actions can be questioned.

Signed: ________________________________ Date:________________
Signed: ________________________________ Date:________________
Signed: ________________________________ Date:________________
Signed: ________________________________ Date:________________
Signed: ________________________________ Date:________________
Signed: ________________________________ Date:________________
Signed: ________________________________ Date:________________
Signed: ________________________________ Date:________________

Defining stillbirths and associated pregnancy outcome



DEFINITIONS OF CAUSE GROUPS WITH EXAMPLES

GROUPS OF UNDERLYING CAUSES OF DEATH DURING PREGNANCY, CHILDBIRTH, AND THE PUERPERIUM IN MUTUALLY EXCLUSIVE, TOTALLY INCLUSIVE GROUPS

Type	Group name/number	Examples of potential causes of death
Maternal death: direct	1. Abortive outcome of pregnancy	Abortion, miscarriage, ectopic pregnancy, and other conditions leading to maternal death and a pregnancy with abortive outcome
Maternal death: direct	2. Hypertensive disorders in pregnancy, childbirth and the puerperium	Hypertensive disorders of pregnancy, childbirth, and puerperium including pre-eclampsia, eclampsia and gestational hypertension
Maternal death: direct	3. Obstetric haemorrhage	Obstetric diseases or conditions directly associated with haemorrhage
Maternal death: direct	4. Pregnancy-related infection	Pregnancy-related, infection-based diseases or conditions
Maternal death: direct	5. Certain obstetric complications	All other direct obstetric conditions not included in groups 1–4
Maternal death: direct	6. Unanticipated complications of management	Severe adverse effects and other unanticipated complications of medical and surgical care during pregnancy, childbirth, or the puerperium
Maternal death: indirect	7. Non-obstetric complications	Non-obstetric conditions: Cardiac disease (including pre-existing hypertension) Endocrine conditions Gastrointestinal tract conditions Central nervous system conditions Respiratory conditions Genitourinary conditions Autoimmune disorders Skeletal diseases Psychiatric disorders Neoplasms Infections that are not a direct result of pregnancy
Maternal death: unspecified	8. Unknown/ undetermined	Maternal death during pregnancy, childbirth, and the puerperium where the underlying cause is unknown or was not determined
Death during pregnancy, childbirth, and the puerperium	9. Coincidental causes	Death during pregnancy, childbirth, and the puerperium due to external causes

ICD-11 CLASSIFICATION SYSTEM FOR CONDITIONS RELATED TO MATERNAL HEALTH REFERENCE AID

GROUPS OF THE UNDERLYING CAUSE OF DEATH DURING PREGNANCY, CHILDBIRTH, AND PUERPERIUM

Definitions of deaths

Death occurring during pregnancy, childbirth and the puerperium

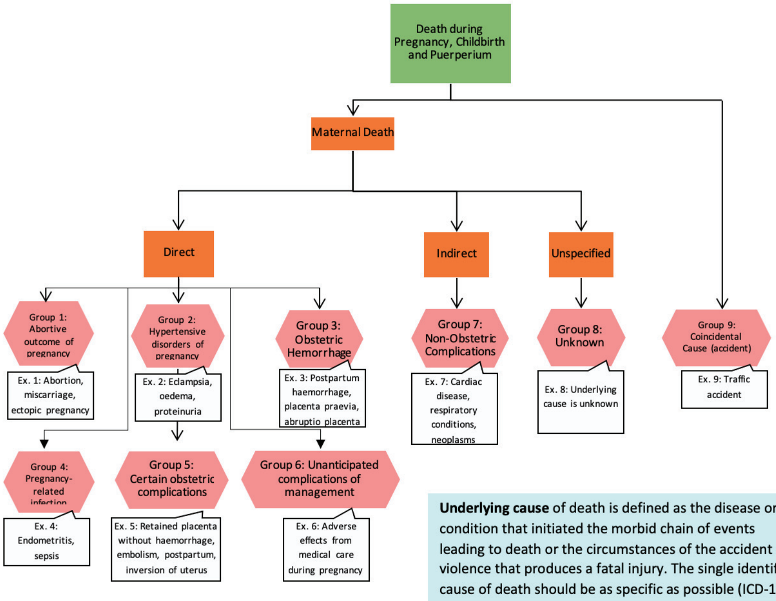
Is the death of a woman while pregnant or within 42 days of termination of pregnancy, irrespective of the cause of death

Maternal death

A maternal death is the death of a woman while pregnant or within 42 days of termination of pregnancy, from any cause related to or aggravated by the pregnancy or its management, but not from accidental or incidental causes (irrespective of the duration and the site of the pregnancy).

Late maternal death

A late maternal death is the death of a woman from direct or indirect causes more than 42 days but less than one year after termination of pregnancy.



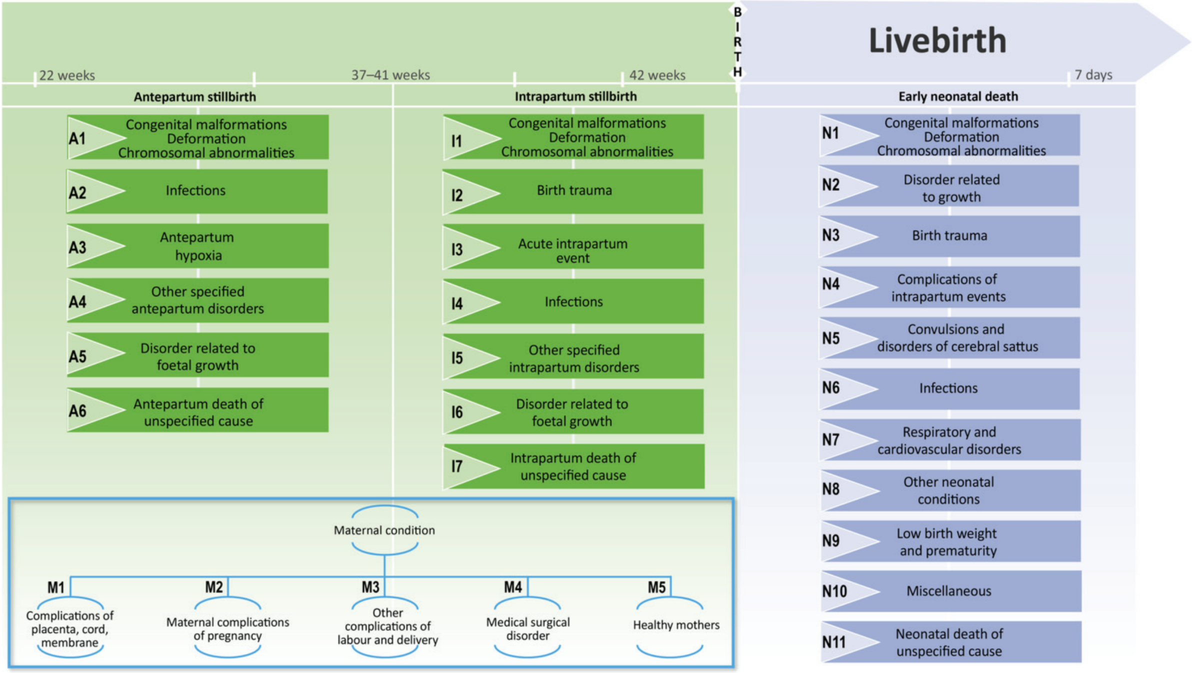
Underlying cause of death is defined as the disease or condition that initiated the morbid chain of events leading to death or the circumstances of the accident or violence that produces a fatal injury. The single identified cause of death should be as specific as possible (ICD-10).

USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE | MOMENTUM A Global Partnership for Health and Resilience | World Health Organization | UNFPA | unicef | Maternal and Child Survival Program

MATERNAL CONDITION

ICD-11 for conditions originating in the perinatal period maternal condition group	Main maternal condition included in group	ICD-11 for conditions originating in the perinatal period maternal condition group	Main maternal condition included in group
M1: Complications of placenta, cord, and membranes	1. Placenta previa 2. Other forms of placental separation and haemorrhage 3. Placental dysfunction, infarction, insufficiency 4. Foetal-placental transfusion syndromes 5. Prolapsed cord, other compression of umbilical cord 6. Chorioamnionitis 7. Other complications of membranes	**M4: Maternal medical and surgical conditions**	1. Pre-eclampsia, eclampsia 2. Gestational hypertension 3. Other hypertensive disorders 4. Renal and urinary tract diseases 5. Infectious and parasitic disease 6. Circulatory and respiratory disease 7. Nutritional disorders 8. Injury 9. Surgical procedure 10. Other medical procedures 11. Maternal diabetes, including gestational diabetes 12. Maternal anaesthesia and analgesia 13. Maternal medication 14. Tobacco/alcohol/drug addiction 15. Nutritional chemical substances 16. Environmental chemical substances 17. Unspecified maternal condition
M2: Maternal complications of pregnancy	1. Incompetent cervix 2. Preterm rupture of membranes 3. Oligohydramnios/polyhydramnios 4. Ectopic pregnancy 5. Multiple pregnancy 6. Maternal death 7. Malpresentation before labour 8. Other complications of pregnancy		
M3: Other complications of labour and delivery	1. Breech delivery and extraction 2. Other malpresentation, malposition, and disproportion during labour and delivery 3. Forceps delivery/vacuum extraction 4. Caesarean delivery 5. Precipitate delivery 6. Preterm labour and delivery 7. Other complications of labour and delivery, including termination of pregnancy	**M5: No maternal condition**	1. No maternal condition identified (healthy mother)

Annex 5: Definitions of Cause Groups



11.2 Do you have questions or concern regarding the stillbirth/perinatal death?	Yes	No			
11.3 If yes, what are they?					

c/s: caesarean section; CVD: cephalic vaginal childbirth; ELBW: extremely low birthweight; EmOC: emergency obstetric care; HAART: highly active antiretroviral therapy; HIV: human immunodeficiency virus; IPT: intermittent preventive treatment; LBW: low birthweight; LMP: last menstrual period; NVP: nevirapine prophylaxis; TT: tetanus toxoid; VLWB: very low birthweight

decision and birth	s				
5.10 Amniotic fluid Meconium Stain	Clear	Light	Intermediate	Heavy	
5.11 Apgar score	1 min=	Unknown			
	5 min=	Unknown			
	10 min=	unknown			
5.12 Resuscitation	Not needed	Bag + mask	Not done	Other:	
In case of resuscitation, time between birth and the resuscitation	________mins	unknown	n/a		
5.13 Sex of baby	male	female			
5.14 Birth weight	__________g				
5.15 Transfer to NICU/NCU	no	yes	unknown		
In case of transfer to NICU/NCU, time between birth and the transfer	________mins	unknown	n/a		
5.16 Baby's condition/intervention					
5.16a Malformation	no	yes	unknown		
5.16b Breastfeeding	no	yes	unknown		
If yes in breastfeeding, time between birth and the breastfeeding	________mins	unknown	n/a		
5.16c Kangaroo Mother Care (KMC)	no	yes	unknown		
If yes in KMC, time between birth and the KMC	________mins	unknown	n/a		
5.16d Vit K	no	yes	unknown		
5.16e Vaccination	no	yes	unknown	If yes, specify.	
SECTION 6: CRITICAL DELAYS AND MODIFIABLE FACTORS					
6.1 Critical delays					
Delay 1: Recognizing need for care	Not identified	Specify:			
Delay 2: Seeking care	Not identified	Specify:			
Delay 3: Receiving care	Not identified	Specify:			
6.2 Modifiable factors					
Family-related	Not identified	Specify:			
Administration-related	Not identified	Specify:			
Provider-related	Not identified	Specify:			
Other ______________	Not identified	Specify:			
SECTION 7: PERSPECTIVE OF FAMILY					
7.1 Relation to diseased woman	Mother	Father	Grand parents	Siblings	
	Others, specify:				

c. intrapartum complications	Specify:				
d. complications of prematurity	Specify:				
e. infection	Tetanus	Sepsis	Meningitis	Syphilis	Diarrhea
	Other, specify			unknown	
f. other, specify					
g. unknown/unspecified					
SECTION 4: PREGNANCY AND ANTENATAL CARE					
4.6 Type of pregnancy	singleton	multiple =	unknown		
4.7 Antenatal care					
4.7a Number of visits	________	unknown			
4.7b Gestational age at first visit	________	unknown			
4.13 Tetanus toxoid vaccination					
4.14 HIV status	HIV-negative	HIV-positive	Not done	unknown	
4.14.1 HIV-positive action		HAART	Other, specify:		
4.15 Tuberculosis status	Tb-negative	Tb-positive	Treatment:		
4.16 Syphilis test	negative	syphilis-positive	Not done	unknown	
SECTION 5: LABOUR AND BIRTH					
5.1 Mother's LMP	DD	MM	YY	unknown	
5.2 Date of birth	DD	MM	YY		
5.2.1 Time of birth					
5.3 Gestational age		unknown			
5.3.1 Method of determination	Sure LMP dates	Unsure LMP dates	Early ultrasound	Late ultrasound	
5.4 Place of childbirth	no	yes	unknown	Other, specify	
	unknown				
	If facility, specify:				
5.5 Attendant at childbirth	Midwife	Nurse	Doctor	Other:	
	No one	Unknown			
5.6 Onset of labour	spontaneous	induced	Cs/before onset	unknown	
5.7 Fetal heart sound	no	yes	unknown		
5.8 Partograph used	no	yes	unknown		
5.9 Mode of childbirth	CVD	Vaginal breech	Assisted delivery (vacuum/forceps)	Cesarean section	
	Other:	unknown			
In case of assisted delivery, time between decision and birth	________mins	unknown	n/a		
In case of CS, time between	________min	unknown	n/a		

2.6c Eclampsia/convulsion	no	yes	unknown	If yes, onset:	
2.6d Edema	no	yes	unknown	If yes, onset:	
2.6e Blurred vision	no	yes	unknown	If yes, onset:	.
2.6f Bleeding	no	yes	unknown	If yes, onset:	
2.6g Hyperglycemia	no	yes	unknown	If yes, onset:	
2.7 Mother's obstetric complications					
2.7a Premature rupture of membranes	no	yes	unknown		
2.7b Abruption	no	yes	unknown		
2.7c Placenta Previa	no	yes	unknown		
2.7d Sepsis	no	yes	unknown		
2.7e Malaria	no	yes	unknown		
2.7f Other	no	yes	unknown	If yes, specify	
2.8 Intervention to Mother					
2.8a Antenatal steroid	no	yes	unknown	If yes, when?	
2.8b Antihypertensive drug	no	yes	unknown	If yes, when?	
2.8c Antibiotics	no	yes	unknown	If yes, when?	
2.8d Magnesium sulfate	no	yes	unknown	If yes, when?	
SECTION 3: DETAILS OF THE DEATH					
3.1 Date of death		Time of death			
3.2 Timing of death (circle one)	Neonatal death	Intrapartum stillbirth	Antepartum stillbirth	Stillbirth, unknown timing	
If neonatal death, age in days:					
If stillbirth, gestational age in weeks					
3.3 Place of death	Facility	Home	Road	Other, specify	
	unknown				
	If facility, specify name:		Specify unit/ department:		
3.4 Main maternal condition (ICD-11)	M1	M2	M3	M4	M5
	Other	Unknown			
3.5 Cause of death					
a. congenital	Specify:				
b. antepartum complications	Specify:				

Annex 4: Perinatal Death Case Review Form

Form completed by: ____________________ Position: ____________________ Date: ________________

Short summary of the case:

SECTION 1: IDENTIFICATION					
1.1 ID# / Full name of mother					
1.2 ID# / Full name of baby					
1.3 Address of the mother					
1.4 Facility name:					
1.5 District & province where facility is located	District:	Province:			
1.6 Level of facility					
1.7 Referred	Not referred	Referred in from:			
		Referred out to:			
SECTION 2: BACKGROUND INFORMATION					
2.1 Obstetric history	Gravidity:	Parity:			
	Live births:	Stillbirths:	Neonatal deaths:	Other deaths:	
2.1a Previous cesareans	none	number:	Date of most recent c/s:		
2.1b Previous pregnancy complications	none	Date:	Description:		
2.2 Mother's age					
2.3 Mother's education	None	Years of education:			
2.4 Marital status	Single	Married	Widowed		
	Divorced	Separated	Living in union		
2.5 Contraception use just prior to pregnancy	no	yes	If yes, what type		
2.6 Mother's symptoms					
2.6a Fever	no	yes	unknown	If yes, onset:	
2.6b Hypertension	no	yes	unknown	If yes, onset:	

Other	no	yes	Unknown	
9.4 Postpartum				
Laparotomy	no	yes	Unknown	Specify:
Hysterectomy	no	yes	unknown	
Transfusion	no	yes	unknown	
Magnesium sulfate	no	yes	unknown	
Antibiotics	no	yes	unknown	
Oxytocin	no	yes	unknown	
Misoprostol	no	yes	Unknown	
Other	no	yes	Unknown	
9.5 Other interventions				
General anaesthesia	no	yes	unknown	
Epidural or spinal anaesthesia	no	yes	Unknown	
ICU ventilation	no	yes	unknown	
Other	no	yes	Unknown	
SECTION 10: CRITICAL DELAYS AND MODIFIABLE FACTORS				
10.1 Critical delays				
Delay 1: Recognizing need for care	Not identified	Specify:		
Delay 2 : Seeking care	Not identified	Specify:		
Delay 3 : Receiving care	Not identified	Specify:		
10.2 Modifiable factors				
Family-related	Not identified	Specify:		
Administration-related	Not identified	Specify:		
Provider-related	Not identified	Specify:		
Other _____________	Not identified	Specify:		
SECTION 11: PERSPECTIVE OF FAMILY				
11.1 Relation to diseased woman	Husband	Parents	Children	Siblings
	Others, specify:			
11.2 Do you have questions or concern regarding her death?	Yes	No		
11.3 If yes, what are they?				

c/s: caesarean section; CVD: cephalic vaginal childbirth; ELBW: extremely low birthweight; EmOC: emergency obstetric care; HAART: highly active antiretroviral therapy; HIV: human immunodeficiency virus; IPT: intermittent preventive treatment; LBW: low birthweight; LMP: last menstrual period; NVP: nevirapine prophylaxis; TT: tetanus toxoid; VLWB: very low birthweight

			(vacuum/forceps)	section
	Other:	unknown		
In case of assisted delivery, time between decision and birth	________mins	unknown	n/a	
In case of CS, time between decision and birth	________mins	unknown	n/a	
7.10 Active management of third stage? (prophylactic oxytocin)	no	yes	Unknown	
7.11 Retained placenta	no	yes	unknown	
7.12 Postpartum hemorrhage	no	yes	unknown	
7.13 Postpartum infection	no	yes	unknown	
7.14 Postpartum pre-eclampsia/eclampsia	no	yes	unknown	
SECTION 8: NEONATE				
8.1 Live birth of stillbirth	Livebirth	Stillbirth	Unknown	
	If stillbirth	Fresh/ intrapartum stillbirth	Macerated/ antepartum stillbirth	
8.1 Apgar score	1 min=	5 min=	10 min=	
8.2 Resuscitation	Not needed	Bag + mask	Not done	Other:
8.3 Sex of baby	male	female		
8.4 Birth weight	__________g			
SECTION 9: INTERVENTIONS				
9.1 Early pregnancy				
Surgical evacuation	no	yes	Unknown	
Misoprostol	no	yes	Unknown	
Laparotomy	no	yes	Unknown	
Hysterotomy	no	yes	unknown	
Salpingectomy or salpingostomy	no	yes	unknown	
Transfusion	no	yes	unknown	
Antibiotics	no	yes	unknown	
Other	no	yes	unknown	
9.2 Antepartum				
Transfusion	no	yes	Unknown	
Version	no	yes	Unknown	
Labour induction	no	yes	unknown	
Magnesium sulfate	no	yes	unknown	
Antibiotics	no	yes	unknown	
Other	no	yes	unknown	
9.3 Intrapartum				
Labour augmentation	no	yes	Unknown	
Symphysiotomy	no	yes	Unknown	
Hysterectomy	no	yes	unknown	
Transfusion	no	yes	unknown	
Magnesium sulfate	no	yes	unknown	
Antibiotics	no	yes	unknown	
Destructive operations (e.g. craniotomy)	no	yes	unknown	

6.2a Fundal height	no	yes	unknown	
6.2b Fetal heart sounds on admission	no	yes	unknown	
6.2a Fetal presentation	normal	abnormal		
6.2b Other	no	yes	unknown	
6.3 Pelvic Examination				
6.2a Stage of labor	Not in labor	First	Second	Third
6.2b Pelvic abnormality	no	yes	unknown	
6.4 Admission complications				
6.4a Premature rupture of membranes	no	yes	unknown	
6.4b Pre-eclampsia	no	yes	unknown	
6.4c Eclampsia	no	yes	unknown	
6.4d Abruption	no	yes	unknown	
6.4e Placenta Praevia	no	yes	unknown	
6.4f Premature labour	no	yes	unknown	
6.4g Fetal demise	no	yes	unknown	
6.4h Pyelonephritis	no	yes	unknown	
6.4i Sepsis	no	yes	unknown	
6.4j Malaria	no	yes	unknown	
6.4k Abortion related	no	yes	unknown	
6.4l Ectopic pregnancy	no	yes	unknown	
6.4m Molar pregnancy	no	yes	unknown	
6.4n Other	no	yes	unknown	
SECTION 7: LABOUR AND BIRTH (OR ABORTION)				
7.1 Mother's LMP	DD	MM	YY	unknown
7.2 Date of birth (or abortion)	DD	MM	YY	
7.2.1 Time of birth (or abortion)				
7.3 Gestational age		unknown		
7.3.1 Method of determination	Sure LMP dates	Unsure LMP dates	Early ultrasound	Late ultrasound
7.4 Place of childbirth (or abortion)	Facility	Home	Road	Other, specify
	unknown			
	If facility, specify:			
7.4.1 Attendant at childbirth (or abortion provider)	Midwife	Nurse	Doctor	Other:
	No one	Unknown		
7.5 Onset of labour	spontaneous	induced	CS/before onset	unknown
7.6 Fetal heart sound	no	yes	unknown	
7.7 Partograph used	no	yes	unknown	
7.8 Complications of labour and birth				
7.8a Intrapartum hemorrhage	no	yes	unknown	
7.8b Intrapartum infection	no	yes	unknown	
7.8c Intrapartum pre-eclampsia/eclampsia	no	yes	unknown	
7.8d Obstructed labor	no	yes	unknown	
7.9 Mode of childbirth	CVD	Vaginal breech	Assisted delivery	Cesarean

4.14 HIV status	HIV-negative	HIV-positive	Not done	unknown
4.14.1 HIV-positive action		HAART	Other, specify:	
4.15 Tuberculosis status	Tb-negative	Tb-positive	Treatment:	
SECTION 5: HISTORY OF PRESNET ILLNESS & PATHWAY BEFORE ADMISSION				
5.1 Symptoms				
5.1a Fever	no	yes	unknown	If yes, onset:
5.1b Hypertension	no	yes	unknown	If yes, onset:
5.1c Eclampsia/convulsion	no	yes	unknown	If yes, onset:
5.1d Edema	no	yes	unknown	If yes, onset:
5.1e Blurred vision	no	yes	unknown	If yes, onset:
5.1f Bleeding	no	yes	unknown	If yes, onset:
5.1g Psychological issues				
5.2 Qualitative description of the disease course (When symptom started, what she/family did for that etc)				
5.2 Patient came on her own without a referral	no	yes		
Referred	no	yes		
5.2 Reason for referral				
5.3 Ambulance used	no	yes		
If yes, medicines and health personnel on board?	No	yes		
5.4 Accompanying person?	No	yes	If yes, specify	
5.5 Date and time of onset of symptom				
5.6 Date and time of the referral/evacuation decision:				
5.7 Date and time of departure from the referral center:				
5.8 Date and time of arrival at facility referred:				
SECTION 6: ADMISSION				
6.1 Vital signs				
6.1a Heart rate	no	yes	unknown	Specify:
6.1b Systolic blood pressure	no	yes	unknown	Specify:
6.1c Diastolic blood pressure	no	yes	unknown	Specify:
6.1d Temp	no	yes	unknown	Specify:
6.1e Respiratory rate	no	yes	unknown	Specify:
6.1f Height	no	yes	unknown	Specify:
6.1g Weight	no	yes	unknown	Specify:
6.1h Other	no	yes	unknown	Specify:
6.2 Abdominal Examination				

2.7 Distance from home to health center (in km)				
2.8 Transportation means and duration				
SECTION 3: DETAILS OF THE DEATH				
3.1 Date of death		Time of death		
3.2 Death during	Pregnancy	Labour/delivery	After delivery	Abortion
	unknown			
3.2.1 Gestational age at death	First trimester	Second trimester	Third trimester	unknown
3.3 Place of death	Facility	Home	Road	Other, specify
	unknown			
	If facility, specify:			
3.4 If death happened in facility, was in within 24h of admission?	No (more than 24h)	yes (within 24h)		
3.5 Underlying cause of death (ICD 11):	______________			
	Group 1	Group 2	Group 3	Group 4
	Group 5	Group 6	Group 7	Group 8
	Group 9			
3.6 Contributory causes of death (ICD11 code):	______________	Not identified		
3.7 Autopsy	Not done	Completed		
SECTION 4: PREGNANCY AND ANTENATAL CARE				
4.1 Type of pregnancy	singleton	multiple=	unknown	
4.2 Antenatal care				
4.7a Number of visits	________	unknown		
4.7b Gestational age at first visit	________	unknown		
4.3 Antenatal risk factors				
4.9a Hypertension	no	yes	unknown	
4.9b Proteinuria	no	yes	unknown	
4.9c Glycosuria	no	yes	unknown	
4.9d Anaemia	no	yes	unknown	
4.9e Urinary tract infection	no	yes	unknown	
4.9f Placental previa	no	yes	unknown	
4.9g Malaria	no	yes	unknown	
4.9h Other ______________________				
4.12 Laboratory tests performed				
4.12a Blood type and Rh	no	yes	unknown	
4.12b Hemoglobin	no	yes	unknown	
4.12c Syphilis	no	yes	unknown	
4.12d Rubella	no	yes	unknown	
4.12e Urinalysis	no	yes	unknown	
4.12f Other	no	yes	unknown	
4.13 Times of tetanus toxoid vaccination during this pregnancy				

Annex 3: Maternal Death Case Review Form

Form completed by: ____________________ Position: ____________________ Date: ________________

Short summary of the case:

SECTION 1: IDENTIFICATION				
1.1 Patient ID/ Full name of mother				
1.2 Address of mother (current address)				
1.3 Facility name:				
1.4 District & province where facility is located	Commune/khan	District/krong:	Province:	
1.5 Level of facility				
1.6 Referred	Not referred	Referred in from:		
		Referred out to:		
1.7 Source of information				
1.7.1 Medical record in the facility	no	yes		
1.7.2 Facility staff interview	no	yes		
1.7.3 Family interview/who know the story	no	yes		
SECTION 2: BACKGROUND INFORMATION				
2.1 Obstetric history	Gravidity:	Parity:		
	Live births:	Stilbirths:	Spontaneous abortions:	Induced abortions:
2.1a Previous cesareans	none	If yes, number:	Date of most recent c/s:	
2.1b Previous pregnancy complications	none	If yes, describe:		
2.2 Mother's age				
2.3 Mother's education	None	Years of education:		
2.4 Marital status	Single	Married	Widowed	
	Divorced	Separated	Living in union	
2.5 Contraception use just prior to pregnancy	no	yes	If yes, what type	
2.6 Mother's profession				

If yes please specify reason for surgery (disease or condition)			
Was an autopsy requested? ☐ Yes ☐ No ☐ Unknown			
If yes were the findings used in the certification? ☐ Yes ☐ No ☐ Unknown			
Manner of death:			
☐ Disease	☐ Assault	☐ Could not be determined	
☐ Accident	☐ Legal intervention	☐ Pending investigation	
☐ Intentional self-harm / Suicide	☐ War	☐ Unknown	
If external cause or poisoning: ☐ External Cause ☐ Poison	Date of injury	D D M M Y Y Y Y	
Please describe how external cause occurred (If poisoning please specify poisoning agent)			
Place of occurrence of the external cause:			
☐ At home	☐ Residential institution	☐ School, other institution, public administrative area	☐ Sports & athletics area
☐ Street & highway	☐ Trade & service area	☐ Industrial & construction area	☐ Farm
☐ Other place (please specify):			☐ Unknown
Fetal death ☐ **infant Death** ☐ **:**			
Multiple pregnancy? ☐ Yes ☐ No ☐ Unknown		Stillborn? ☐ Yes ☐ No ☐ Unknown	
If death within 24h specify number of hours survived ☐ ☐	Birth weight (in grams). ☐ ☐ ☐ ☐	Sex ☐ Male ☐ Female ☐ Undetermined	
Number of completed weeks of pregnancy ☐ ☐	Date of Birth-mother: DD/MM/YYYY	Mother age (full years) ☐ ☐	
Number of children born alive (to date)		Number of foetal deaths to mother (to date)	
If death was perinatal, please state conditions of mother that affected the fetus and newborn			
For women, was the deceased pregnant? ☐ Yes ☐ No ☐ Unknown	☐ At time of death ☐ <42 days before death ☐ 43 days-1 year before death ☐ Unknown		
Did the pregnancy contribute to the death? ☐ Yes ☐ No ☐ Unknown			

Date

Signature : Physician

Seen & Approved

Head of health facility

Signature:

Kingdom of Cambodia
Nation Religion King

Health facility Name:
FOETAL DEATH REPORT
Issue no.: ______________________

Type of Facility:	**Type of place of foetal death:** □ at Health facility □ Home		**Health Facility Code:** ☐☐☐☐☐☐
Date of Last previous live birth: D D M M Y Y Y Y	**Date of Foetal delivery:** D D M M Y Y Y Y	**Attendant at foetal delivery:** □ Surgeon □ Doctor □ Midwife □ Traditional midwife □ Other (specify): ________	**Type of Birth** □ Single □ Twin □ Triplet □ Quadruplet □ Other
Place of foetal death (location of facility or home): Commune/Sangkat: ______________ Municipality/District/Khan: ______________ Capital/Province: ______________		**Usual Residence of the mother:** Commune/Sangkat: ______________; Krong/District/Khan: ________ Capital/Province: ______________	

MEDICAL CERTIFICATE OF CAUSE OF DEATH

***Frame A*: Medical data: Part 1 and 2**				
1 Report disease or condition directly leading to death on line a Report chain of events in due to order (if applicable) State the underlying cause on the lowest used line			Cause of death	Time interval (onset to death)
		a		
		b	Due to:	
		c	Due to:	
		d	Due to:	
2 Other significant conditions contributing to death (time intervals can be included in brackets after the condition)				
***Frame B*: Other medical data**				
Was **surgery** performed within the last 4 weeks?	☐ Yes ☐ No ☐ Unknown			
If yes please specify date of surgery	D D M M Y Y Y Y			

2 Other significant conditions contributing to death (time intervals can be included in brackets after the condition)	

***Frame B*: Other medical data**			
Was **surgery** performed within the last 4 weeks? ☐ Yes ☐ No ☐ Unknown			
If yes please specify date of surgery	D D M M Y Y Y Y		
If yes please specify reason for surgery (disease or condition)			
Was an autopsy requested? ☐ Yes ☐ No ☐ Unknown			
If yes were the findings used in the certification? ☐ Yes ☐ No ☐ Unknown			
Manner of death:			
☐ Disease	☐ Assault	☐ Could not be determined	
☐ Accident	☐ Legal intervention	☐ Pending investigation	
☐ Intentional self-harm / Suicide	☐ War	☐ Unknown	
If external cause or poisoning: ☐ External Cause ☐ Poison	Date of injury	D D M M Y Y Y Y	
Please describe how external cause occurred (If poisoning please specify poisoning agent)			
Place of occurrence of the external cause:			
☐ At home	☐ Residential institution	☐ School, other institution, public administrative area	☐ Sports & athletics area
☐ Street & highway	☐ Trade & service area	☐ Industrial & construction area	☐ Farm
☐ Other place (please specify):			☐ Unknown
Fetal death ☐ **infant Death** ☐ **:**			
Multiple pregnancy? ☐ Yes ☐ No ☐ Unknown		Stillborn? ☐ Yes ☐ No ☐ Unknown	
If death within 24h specify number of hours survived ☐ ☐	Birth weight (in grams). ☐ ☐ ☐ ☐	Sex ☐ Male ☐ Female ☐ Undetermined	
Number of completed weeks of pregnancy ☐ ☐	Date of Birth-mother: DD/MM/YYYY	Mother age (full years) ☐ ☐	
Number of children born alive (to date)		Number of foetal deaths to mother (to date)	
If death was perinatal, please state conditions of mother that affected the fetus and newborn			
For women, was the deceased pregnant? ☐ Yes ☐ No ☐ Unknown	☐ At time of death ☐ <42 days before death ☐ 43 days-1 year before death ☐ Unknown		
Did the pregnancy contribute to the death? ☐ Yes ☐ No ☐ Unknown			

Date (DD/MM/YYYY)
Physician Name :
Signature :

Seen & Approved

Head of health facility (or designee): ______________________ (print name)

Annex 2: Notice of Death and MCCD Form

Kingdom of Cambodia
Nation Religion King

NOTICE OF DEATH

Health facility Name:
Issue no.:

Type of Facility:	Type of Occurrence place: □ HF □Home □ other		**Health Facility Code:**
Deceased's Name*: Surname: Given name: *If deceased is newborn without name, write *"baby of <mother's name>"*		**Date of death:** D D M M Y Y Y Y	**Time of death:** Use 24h time H H : M M
Date of birth: D D M M Y Y Y Y	**Or Age (if DOB unknown) • • •** **If less than 24 hours:** • • hours • • minutes	Sex: □ Male □ Female	Type of Death: □ Natural □ Unnatural
Place of death (location of facility, house or other): Commune/Sangkat: ____ Municipality/District/Khan: ____ Capital/Province: ____		Deceased's Place of Usual Residence (or Place of residence of the mother for infant deaths): Commune/Sangkat: ____ Municipality/District/Khan: ____ Capital/Province: ____	
□ **Suspected Maternal death**	**Phone number of relative of deceased or other informant:** ____		

MEDICAL CERTIFICATE OF CAUSE OF DEATH

***Frame A*: Medical data: Part 1 and 2**			
1 Report disease or condition directly leading to death on line a Report chain of events in due to order (if applicable) State the underlying cause on the lowest used line		Cause of death	Time interval (onset to death)
	a		
	b	Due to:	
	c	Due to:	
	d	Due to:	

		health information system and planning	of neonatology/pediatrics • A representative of Anesthetist association • A representative of Cambodia Midwife Association
Ad hoc members	○ Representative from Provincial MPDSR Committee ○ Representatives from medical, midwife, nurse council at provincial level	• Local authority and community representatives • Internist • Others	○ Representative from Associations for Private Clinic ○ Representative from Midwife council ○ Representative from Nurse council ○ Representative from Medical council ○ others such as pathologist – if available

Annex 1: Roles and Responsibilities of MPDSR Committees at Hospital, Provincial, and National Levels

	Hospital level	**Provincial level**	**National level**
Review	• Death at hospital • Regularly monitor quality of care	• Death in community, HCs, private clinics • Death in HFs which don't have MPDSR • All maternal and perinatal death • Regularly monitor quality of care	• All maternal and perinatal death • Regularly monitor quality or care
Meeting frequency	• Review deaths within 72 hours of death • Regular meeting at least every month for monitoring.	• Review deaths as soon as information collection is complete (between 7 days to one month of death) • Regular meeting at least every month for monitoring	• Regular meeting at least quarterly for reviewing and monitoring implementation of action plan. • Ad hoc meeting shall be held if necessary
Report to	• Provincial committee (*National hospitals report to National committee)	• National Committee	• Annual report for general circulation
Feedback	• Its own facility and HCs • Family of deceased	• PHD, ODs, RHs, HCs and community, national level • Family of deceased	• Provide feedback to provinces, national hospital and relevant national programs/Departments.
Permanent Members	• Hospital Director • Technical bureau in the hospital • Chief of nursing care • Chief maternity ward • Chief NICU/NCU ward • Chief of ICU ward • Chief of Anesthesia • Hospital forensic committee • Additional clinicians: midwives, obstetrician, neonatologist/pediatrician, nursing care, physician, anesthetist • Hospital Administrator • Data Manager/Health Information Specialist • Representative from QI teams	○ Director/Vice Director, PHD (Chairman) ○ Chief /Vice Chief, Technical Bureau (Vice chairman) ○ PHD, a person in charge of Quality Improvement ○ Provincial MCH ○ Representative from Forensic Committee ○ OD Director (all Ods) ○ OD MCH Chief (all Ods) ○ RH/Pro RH Directors ○ Pro RH chief of nursing care ○ RH Chief maternity ward ○ RH Chief NCU/NICU ward ○ A person in charge of	• Representative from Reproductive health program • Representative from NMCHC • Representative from DPHI • Representative from QAO/DHS • Bureau of Nursing and Midwifery/DHS • Representative of National Hospitals • Secretariat of Forensic Committee • An representative of Cambodia OBGYN Society • A representative of professional association

	• MPDSR with in-depth review should NOT be implemented during this phase
Recovery	• Establish a simplified MPDSR system focused on health facilities, using minimalistic data collection tools • Include members from the disaster risk management for health and response team in reviews • Implement remote reviews when traveling is restricted • Prioritize actions for supply shortages (e.g., blood, antibiotics, sterile equipment), staffing, infrastructure • Collaborate with local authorities to rapidly mobilize resources

7.5 Monitoring MPDSR implementation and improvements in quality of care

Effective implementation of the Maternal and Perinatal Death Surveillance and Response (MPDSR) system requires close and continuous monitoring to ensure that improvements in quality of care are realized. A robust monitoring process helps to track progress and address challenges in a timely manner. Monitoring should focus on the following key elements:

- Implementation of recommendations: Assess whether the recommendations for action that were identified during the death reviews are being put into practice as planned.
- Adherence to timelines: Evaluate whether the recommendations are being implemented within the proposed timeframe, ensuring that delays are identified and addressed promptly.
- Effectiveness of actions: Determine whether the implemented recommendations are leading to the desired outcomes, such as reductions in maternal and perinatal mortality or improvements in clinical practices.
- Identifying challenges: If the desired results are not being achieved, monitor for potential barriers or gaps in the implementation process. This may involve examining factors such as resource constraints, staff training, coordination among different levels of the health system, or the appropriateness of the interventions.

In addition to these elements, regular feedback loops, data review meetings, and the involvement of key stakeholders—including healthcare providers, facility leadership, and community representatives—are essential to ensure that monitoring is not only reactive but proactive in driving improvements. Monitoring data should be analyzed and used to refine strategies, ensuring that continuous learning and adaptation are built into the MPDSR process.

8. MPDSR During Disaster

Purpose

During disasters, the burden of maternal and perinatal mortality increases due to disruption in healthcare services, lack of infrastructure, and additional strain on already vulnerable populations. This protocol outlines the specific adaptations needed to maintain effective MPDSR processes in disaster settings in line with National Strategic Plan on Disaster Risk Management for Health (Preventive Medicine Department 2020-2024).

Key considerations:

- Increase mortality and potential underreporting: Disasters may result in a rise in maternal and perinatal deaths, with a higher likelihood of underreporting.
- Rapid feedback loop for response: It is crucial that healthcare workers and local authorities are vigilant in collecting data on deaths to inform immediate response measures.

Key Adaptations for Disaster Settings

Using the framework based on the National Strategic Plan on Disaster Risk Management for Health (Preventive Medicine Department 2020-2024).

Phase	Strategy
Preventing exposure and reducing susceptibility	• Strengthen Disaster Management Mechanisms in the health sector • Identify high-risk areas for risk reduction support in collaboration with communities, NGOs and the private sector
Preparedness	• Prepare the Standard of Procedures for communication • Strengthen the Early Warning System (EWS) on Hazard in the Health Sector • Update training on data on Disaster Risk Management
Response	• Counting maternal deaths/perinatal deaths • Conduct rapid assessment and establish pre-defined critical health services

d Agenda of the meeting

- **a.** Review the minutes of the previous meeting (review recommendation and implementation)
- **b.** Review of maternal deaths: cause of death, contributory factors, remediable factors.
- **c.** Review of perinatal deaths: cause of death, contributory factors, remediable factors.
- **d.** Reviewing indicators for routine monitoring
- **e.** Identify modifiable factors
- f. Recommendation for actions including review of aggregate response plan.

Secretary shall take meeting minutes and fill out all forms as the review proceeds (MPDSR review meeting minutes & action items form is in Annex 7: MPDSR Integrated Review Meeting Minutes and Action Items Form.

e Analysing and presenting information

Quantitative and qualitative data shall be analysed and presented in a way that identifies patterns and trends, that illuminates potential solutions.

As part of review process, routine monitoring of facility indicators must be conducted to gain insight into the hospital's overall performance and the status of quality of care.

A quality-of-care monitoring dashboard will be a valuable tool for understanding these indicators, including current values and chronological trends. A Facility Monthly Summary Form (Annex 8: Facility Monthly Summary Form) should be completed and attached to the meeting minutes.

f **Making recommendations for action to be taken**:

The committee will make recommendations for actions aimed at preventing further deaths.
The recommendation will relate to remediable factors that have been identified and needs to be "SMART" (Specific, Measurable, Appropriate, Relevant, and Time-bound). A format for action plan is provided in Annex 7: MPDSR Integrated Review Meeting Minutes and Action Items Form.

7.4 Implementing change

Identifying avoidable problems and possible solutions is not an end in itself. The MPDSR team needs to agree on the strategy for disseminating the findings and stimulating action. Dissemination will need to occur at several levels and to several different audiences. The MPDSR team should target the key messages they wish to make to each audience. The responsible officer for each action needs to translate the plan into action by integrated activities into annual operation plan or mobilize resource to implement it.

At least four main groups should receive the overall findings:

- the local communities from which the cases originated
- the staff at the facilities where the deaths took place
- the operational district / provincial MPDSR team
- the decision-makers and authorities at provincial or national levels.

Feedback should also include appropriate acknowledgements to people who co-operated, and the views of local communities.

At the level of health facilities, the coordinators may identify specific actions, such as changes in assignments or in-service training in obstetric life-saving skills. Here the district representative, who participated in the MPDSR team, should undertake to raise these points with the appropriate authorities. Feedback should aim to be constructive rather than destructive, with an emphasis on ways to improve services for future. Staff at the facility should be given an opportunity to comment on the findings and offer suggestions on how any future MPDSR could be enhanced.

regular meeting. If no death is reported within the month, hospital committee shall still report zero reporting.

Death happening in Health centers, private clinics, and hospitals without Hospital Committee or death in community.

Provincial MPDSR Committee shall conduct a review as soon as information collection is complete and within one month of death. Cause assignment, identification of modifiable factors, and formulation of response plans for each maternal death are completed in the review.

a . Selecting cases for review

Maternal deaths: All maternal death cases must be reviewed without exception.

Perinatal deaths: In larger hospitals with higher caseloads, a sample cases may be selected for review. For example, an in-depth review of 2-3 cases per meeting may be appropriate. The selection should focus on the deaths who can be saved by interventions with available resources for example, it is hard to address the low birth weight < 1500g.

The following are priority cases that should be considered for review.

- Intrapartum stillbirth: Cases where a fetal heartbeat was confirmed upon arrival at the hospital shall be included in a review
- Early neonatal death: Deaths occurring within the first 7 days of life shall be included in a review
- Antepartum stillbirth: Cases where fetal death happened before the onset of labour shall be reviewed if the case load allows.

b Code of practice

All members of the MPDSR Committee have to respect the following code of practice. To this end every member of the MPDSR Committee shall make **a written** commitment (Annex 6: Meeting Code of Practice).

- All members of the MPDSR Committee must maintain confidentiality regarding patient information and sensitive data discussed during reviews.
- Arrive on time to the audit meetings.
- Participate actively in discussions.
- Respect everyone's ideas and ways of expressing them.
- Accept discussion and disagreement without resorting to verbal abuse.
- Respect the confidentiality of the discussions that take place during the meetings.
- Agree not to hide useful information or falsify information that could provide insight into the case(s) under review.
- Try as much as possible (recognising that it is not easy) to accept that your own actions can be questioned.

c Meeting Frequency

- Hospital committee: At least once per month, with additional meeting when maternal death happens
- Provincial Committee: At least once per month, with additional meeting when community death happens.
- National Committee: At least once per month, with additional meeting when community death happens.

The data collection team will interview family and community persons using death case review forms (Annex 3: Maternal Death Case Review Form & Annex 4: Perinatal Death Case Review Form). A brief written summary along with the filled forms will be prepared.

Composition of data collection team

- A member of provincial MPDSR committee (staff or provincial MCH)
- An obstetrician and/or pediatrician from provincial/referral hospital
- Other as necessary (e.g OD officer or health center midwife)

Term of Reference for Data Collection Team

1. Data collection: Conduct systematic data collection into what happened from the home to a HC or other health facilities as relevant.
   The information is obtained by
   - interview of family members and other member of the community,
   - interview with relevant medical staff and
   - review of all medical records.

   This information is entered into the relevant death case review forms (Annex 3 and 4).

   The interviews with family members must be conducted with empathy and sensitivity, ensuring the family's emotions are respected. If necessary, psychological support should be offered and arranged. It is essential to clearly communicate the purpose of the MPDSR process, emphasizing that it seeks to identify system gaps to prevent future deaths.

   General principles for completing forms

   - Avoid Assumptions: If any information is missing, such as the results of a standard test, mark it as "unknown" rather than assuming or leaving it blank.
   - Consider the Source: For certain data, like gestational age, it is crucial to specify the source of the information (e.g., mother's estimate of the last menstrual period, early or late ultrasound, etc.).
   - Resolve Contradictions: Information in charts and registers may sometimes be contradictory. It is important to flag these discrepancies during the review process and attempt to correct or clarify them before reporting data to higher levels of the health system.
2. Summarizing the data

Data collection team will have a meeting to compile information to create a clear understanding of the events leading to the death. Before the meeting of provincial or hospital committee meeting, the main data collector should prepare a short, written summary for each death, including all relevant data.

The summary should highlight:

- Key points from the checklists
- Avoidable factors and their classification
- Relevant quotes from interviews
- Inconsistencies between data sources.

The pre-review assessment will suggest the cause of death, contributory factors and remediable factors.

7.3 Conducting joint maternal and perinatal death review, analyze information, and recommendations

Death at health facilities with hospital MPDSR committee

Hospital Committee shall conduct a review within 72 hours of maternal death within the hospital. Cause assignment, identification of modifiable factors, and formulation of response plans for each maternal death are completed in the review. Perinatal death shall be reviewed every month at the

Death occurred in health centers, private hospitals/clinics and public hospitals without Hospital Committee

Health centers, private hospital/clinic and public hospitals without hospital committee input/enter the data in NCOD. The Provincial Committee Secretariat need review NCOD daily and screening for maternal and perinatal death to verify all death case happened in their catchment area and report to provincial committee.

Death outside of health facilities

The Provincial Committee Secretariat need review NCOD daily and screen to identify maternal and perinatal death cases occurred outside of health facilities in its provincial catchment area and report to provincial committee.

7.2 Collecting data/information

Death occurred in hospitals with MPDSR committee

Upon all maternal or perinatal death has been identified (see the selection criteria in the later section), the secretariat team will organize team for data collection as soon as possible for all maternal and selected perinatal death. The data collection will be conducted in the hospital only but if needed the team may go to collect additional information from the community. Team will gather information using death case review forms (Annex 3: Maternal Death Case Review Form & Annex 4: Perinatal Death Case Review Form) from the medical records, and interview staff at the facility who involved in care of deceased. It is also important to interview family of the deceased to complement information, to check if there is any discrepancy, and to capture their concerns and questions. A complete death case review form with brief written summary will be prepared.

Death occurred in health centers, private hospitals/clinics, and hospitals without Hospital Committee.

Up on all maternal or perinatal death (see the selection criteria in the later section) has been identified, the Secretariat of the Provincial MPDSR Committee will organize a data collection team for all maternal and selected perinatal death cases. This data collection process should conduct after seven days and no more than 30 days of the death. Health facilities where woman received care shall collaborate and provide necessary information during data collection. The data collection team will gather information using death case review forms (Annex 3: Maternal Death Case Review Form & Annex 4: Perinatal Death Case Review Form) from the medical records and interview staff at facilities including private facilities who involved with care of the deceased. It is also important to interview family of the deceased to complement information, to check if there is any discrepancy, and to capture their concerns and questions. A complete death case review form with brief written summary will be prepared.

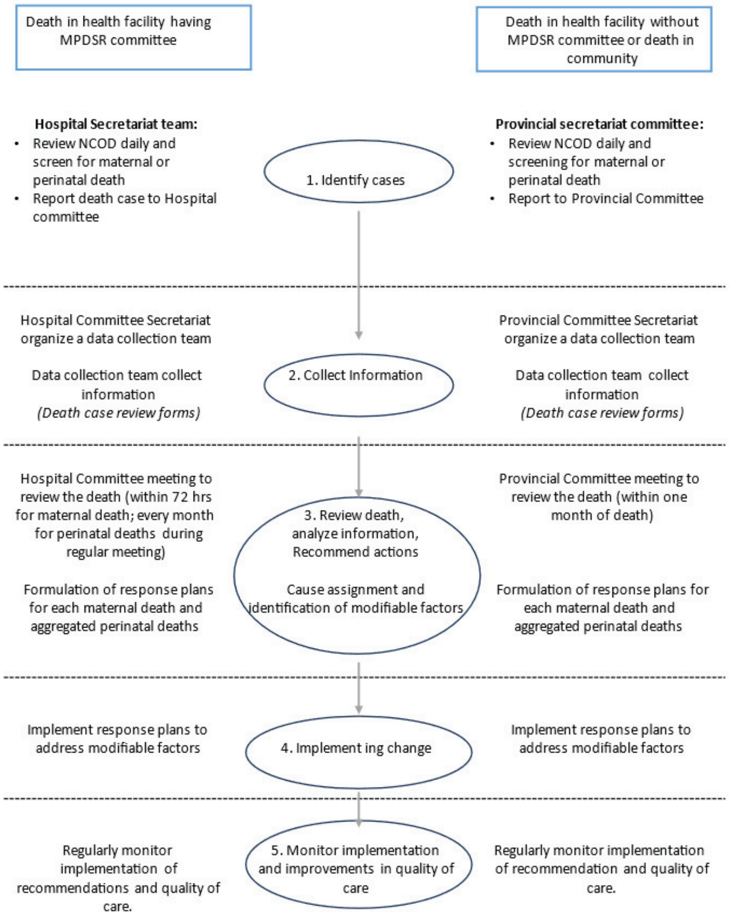
For effective data collection of deaths occurring outside health facilities, collaboration with the local health center and local authorities is crucial. Without their support, gathering comprehensive information on these deaths is not feasible.

Death outside of health facilities (in community)

Similar to the death occurred in health facilities without hospital committee as above, upon all maternal or perinatal death has been identified (see the selection criteria in the later section), the Secretariate of the Provincial MPDSR Committee will organize a data collection team for all maternal and selected perinatal death cases. This process should conduct after seven days of the death and no more than 30 days of death. The team will interview the family and others with knowledge of the circumstances surrounding the death.

For effective data collection of deaths occurring outside health facilities, collaboration with the local health center and local authorities is crucial. Without their support, gathering comprehensive information on these deaths is not feasible.

Figure 4. Steps of MPDSR



7.1 Identifying cases

Death occurred in hospitals which have Hospital MPDSR Committee

Secretariat team responsible for daily review NCOD and screen for maternal or perinatal death then identify case and report maternal and perinatal deaths hospital MPDSR Committee immediately. While many maternal and perinatal deaths occur in labor and postnatal wards, it is essential to capture deaths that happen at other wards, such as general inpatient ward or emergency units. etc. The hospital committee must raise awareness and ensure that all maternal and perinatal deaths must be identified and reported, regardless of where they occur within the facility.

6.3.3 Composition of the Committee

The MPDSR Committee will include a multidisciplinary team of professionals with expertise in maternal and perinatal health. However, to ensure both practicality and consistency in attendance, it is important to carefully consider the nomination of committee members. To achieve this, the committee will consist of both "permanent" members and "ad hoc" members, who will be invited as needed based on relevance to specific cases.

- **Permanent members:**
  - Hospital Director
  - Technical bureau in the hospital
  - Chief of nursing care
  - Chief of maternity ward
  - Chief of NICU/NCU ward
  - Chief of ICU ward
  - Chief of Anesthesia
  - Hospital forensic committee
  - Obstetricians
  - Midwives
  - Neonatologists/Pediatricians
  - Nursing care
  - Anesthetists
  - Hospital Administrator
  - Data Manager/Health Information Specialist
  - Representatives from Quality Improvement (QI) teams

  Ad hoc member:
  - Representative from Provincial MPDSR Committee
  - Representatives from medical, midwife, nurse council at provincial level

- **Secretariat**

Composition: The Secretariat team should consist of chief of maternity ward and chief of NCU/NICU ward and chief of midwife.

Responsibilities:

- Review NCOD and screen for maternal or perinatal death
- Reporting to the Hospital Committee
- Arranging the data collection team
- Convening the Pre-Review process and facilitating the MPDSR meeting
- Processing the recommendations and Action Plan of the MPDSR meeting
- Ensure that no identifiable information is included in the reports.
- Submitting reports to Provincial Committee

○ The Secretariat reports to the Chairman of the Committee

7. Steps of MPDSR

1. Identifying cases
2. Collecting information
3. Conducting joint maternal and perinatal death review, analysing and presenting information, recommending actions
4. Implementing change
5. Monitoring MPDSR implementation and improvements in quality of care

capacity of the hospital to form up the committee especially the national hospital and provincial hospital and from time to time can be scaling up to other district hospitals based on their capacity and need.

6.3.1 Purpose

The purpose of the MPDSR Committee is to:

- Monitor and review all maternal and perinatal deaths occurring in the hospital.
- Regularly monitor quality of care and to implement improvement to avoid further preventable death.
- Promote a culture of accountability, continuous learning, and quality improvement in maternal and newborn health services.

6.3.2 Role & Responsibility

- **Scope of Work**

The MPDSR Committee shall:

- Conduct reviews of all maternal deaths, stillbirths, and neonatal deaths within the hospital.
- Collect and analyze data to identify patterns and trends in maternal and perinatal mortality.
- Prepare and present findings to hospital leadership and relevant stakeholders.
- Develop and implement action plans based on findings, and monitor the progress of interventions.
- Routinely monitor quality of care and outcome indicators.
- Provide feedback to health centers
- Ensure the confidentiality and protection of patient data during the review process.

- **Meeting Frequency**
  The Committee will review maternal and perinatal death within 72 hours of death. However, there may be higher number of perinatal death and it may not be possible to conduct meeting so often. In that case, perinatal death review can be done in the regular monthly meeting along with monitoring quality of care and implementation of action plan.

- **Reporting and Accountability**
  - The MPDSR Committee will provide quarterly reports, outlining key findings, recommendations, and progress on action plans, and submit to the Provincial Committee.
  - Feedback of death case review shall be shared with families.

- **Confidentiality**
  - All members of the MPDSR Committee must maintain confidentiality regarding patient information and sensitive data discussed during reviews.
  - To reinforce this, confidentiality and the principle of a no-blame approach should be emphasized at the start of each committee meeting.
  - Findings and recommendations shall be anonymized before being shared outside the committee.

- **Resources and Support**

The hospital administration shall ensure that the MPDSR Committee has adequate resources to carry out its activities, including:

- Access to patient records and clinical data.
- Administrative support for organizing meetings and maintaining documentation.
- Financial support for training committee members and implementing action plans.

- **Monitoring and Evaluation**
  - The Committee will regularly assess its effectiveness by reviewing the implementation of action plans and their impact on reducing maternal and perinatal mortality.

- **Resources and Support**
  The PHD shall ensure that the Committee has adequate resources to carry out its activities, including:
  - Administrative support for organizing meetings and maintaining documentation.
  - Financial support for training committee members and implementing action plans.
- **Monitoring and Evaluation**
  The Committee will regularly assess its effectiveness by reviewing the implementation of action plans and their impact on reducing maternal and perinatal mortality.

6.2.3 Composition of the Committee

The MPDSR Committee will include a multidisciplinary team of professionals with expertise in maternal and perinatal health. However, to ensure both practicality and consistency in attendance, it is important to carefully consider the nomination of committee members. To achieve this, the committee will consist of both "permanent" members and "ad hoc" members, who will be invited as needed based on relevance to specific cases.

- **Permanent members**:
  - Director/Vice Director, PHD (Chairman)
  - Chief /Vice Chief, Technical Bureau (Vice chairman)
  - PHD, a person in charge of Quality Improvement
  - Provincial MCH
  - Representative from Forensic Committee
  - OD Director (all Ods)
  - OD MCH Chief (all Ods)
  - RH/Pro RH Directors
  - Pro RH chief of nursing care
  - Pro RH Chief maternity ward
  - Pro RH Chief NCU/NICU ward
  - A person in charge of health information system and planning
- **Ad hoc members: following members can be added according to the need**
  - Local authority and community representatives
  - Internist
  - Others
- **Secretariat**
  Composition: The Secretariat team should consist of three members: the Chief of Provincial MCH, a representative responsible for Quality Improvement (QI) from the Provincial Health Department (PHD), and a member from the Provincial Hospital. The team will be chaired by the Chief of Provincial MCH.
  Responsibilities:
  - Receiving notification of maternal or perinatal death
  - Reporting to the Hospital Committee
  - Arranging the data collection team
  - Convening the Pre-Review process and facilitating the MPDSR meeting
  - Processing the recommendations and Action Plan of the MPDSR meeting
  - Ensure that no identifiable information is included in the reports
  - Submitting reports to the National Committee.
  - The Secretariat reports to the Chairman of the Committee

6.3. Terms of Reference for Hospital Committee

To allow timing response and action, each hospital should form up MPDSR committee to review maternal and perinatal death that happened in their facilities and for continuous monitor quality of maternal and newborn care practice. Anyway, this will also depend on the human resource and

- Coordinate the various training programmes at National, Provincial and District levels. Assist in the development of appropriate courses and modules.
- Identify personnel and financial needs and resources.
- Coordinate Operational Research.
- Any coordinate other MPDSR-related activity that the Head of the committee request.

6.2. Terms of Reference for Provincial Committee

6.2.1 Purpose

The purpose of the MPDSR Committee is to:

- Monitor and review maternal and perinatal deaths occurring in hospital without hospital MPDSR committee, in health center, on the ambulance, private clinic and in community within the province.
- Review aggregate maternal and perinatal deaths occurring in the province.
- Identify gaps and implement recommendation at provincial level
- Promote a culture of accountability, continuous learning, and quality improvement in maternal and newborn health services.

6.2.2. Role & Responsibility

- **Scope of the committee**
    - Conduct reviews of maternal deaths and perinatal deaths in community within the province.
    - Analyze data from hospital committees to identify patterns and trends in maternal and perinatal mortality.
    - Develop and implement action plans based on findings, and monitor the progress of interventions.
    - Routinely monitor quality of care and outcome indicators within the province.
    - Prepare a report to the national level committee.
    - Provide feedback to PHD, ODs, district and provincial hospitals, health centers and community or national level as needed.
    - Ensure the confidentiality and protection of patient data during the review process.
- **Meeting Frequency**
    - The Committee will review maternal and perinatal deaths as soon as information collection is complete, normally between 7 days to one month of death.
    - In addition, the Committee will meet regularly to monitor quality of care and implementation of action plan at least every month.
- **Reporting and Accountability**
    - The MPDSR Committee will provide biannual reports, outlining key findings, recommendations, and progress on action plans to the National Committee.
    - Feedback of death case review shall be shared with families.
    - In case there is a legal process, the PHD director report to Deputy Provincial Governor responsible for health sector after the technical review at the Provincial Committee is completed.
- **Confidentiality**
    - All members of the MPDSR Committee must maintain confidentiality regarding patient information and sensitive data discussed during reviews.
    - To reinforce this, confidentiality and the principle of a no-blame approach should be emphasized at the start of each committee meeting.
    - Findings and recommendations shall be anonymized before being shared outside the committee.

- The Committee will meet quarterly to review the reports from provincial level and from national hospitals; and to monitor quality of care and implementation of action plan
- Ad hoc meeting shall be held if necessary

- **Reporting and Accountability**
  - The MPDSR Committee will provide annual reports, outlining key findings, recommendations, and progress on action plans.
- **Confidentiality**
  - All members of the MPDSR Committee must maintain confidentiality regarding patient information and sensitive data discussed during reviews.
  - To reinforce this, confidentiality and the principle of a no-blame approach should be emphasized at the start of each committee meeting.
- **Monitoring and Evaluation**
  - The Committee will regularly assess its effectiveness by reviewing the implementation of action plans and their impact on reducing maternal and perinatal mortality.

6.1.3 Composition of the Committee

The MPDSR Committee will include a multidisciplinary team of professionals with expertise in maternal and perinatal health. However, to ensure both practicality and consistency in attendance, it is important to carefully consider the nomination of committee members. To achieve this, the committee will consist of both "permanent" members and "ad hoc" members, who will be invited as needed based on relevance to specific cases.

- **Permanent members**:
  - Representative from Reproductive health program
  - Representative from National Maternal and Child Health Center (NMCHC)
  - Representative from Department of Planning and Health Information (DPHI)
  - Representative from Quality Assurance Office QAO/Department of Hospital Service (DHS)
  - Bureau of Nursing and Midwifery/DHS
  - Representative of National Hospitals
  - Secretariat of Forensic Committee
  - A representative of Cambodia OBGYN Society
  - A representative of professional association of neonatology/pediatrics
  - A representative of anesthetist association
  - A representative of Cambodia Midwife Association
- **Ad hoc members:**
  - Representative from Associations for Private Clinic
  - Representative from Midwife council
  - Representative from Nurse council
  - Representative from Medical council
  - others such as pathologist – if available
- **Secretariat**

  The Secretariat should have two to three coordinators (one from maternal health and another from newborn health) preferably a public-health doctor or other suitable person, reporting to the Head of the National Reproductive Health Programme. The person appointed as Coordinator must be motivated, knowledgeable and willing to learn. The Secretariat will be assisted by additional back-up staff to monitor and assist in the MPDSR process. The chair should be vice chair of the National Committee

  Responsibilities:
  - Monitor and assist in conducting the National MPDSR meetings to ensure that meetings are held in time and reports are submitted in timely fashion.

Figure 3. MPDSR Organizational Structure

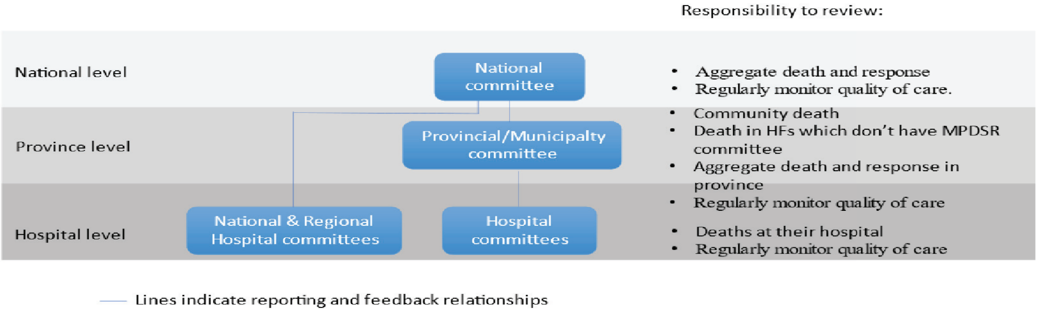


Table. Place of death and committee in charge of review

Place of death		Reviewed by
Health facility	• Public Hospitals with Hospital MPDSR Committees	Hospital committee
	• Public Hospitals without Hospital MPDSR Committees	Provincial committee
	• Health center	
	• Ambulance	
	• Private hospitals/clinics	
Outside of health facility	Community	

6.1 Terms of Reference for National Committee

6.1.1. Purpose

The purpose of the MPDSR Committee is to:

- Monitor and review maternal and perinatal deaths in the country.
- Make recommendations for policy development and strategies
- Coordinate trainings at National and sub-national levels
- Promote a culture of accountability, continuous learning, and quality improvement in maternal and perinatal health services.

As mentioned above, for some particular cases, the national committee will go to the field and join hospital committee and provincial committee; involved in data collection and review the death cases.

6.1.2. Role & Responsibility

- **Scope of Work**

The MPDSR Committee shall:

- Review all the provincial reports
- Analyze data to identify patterns and trends in maternal and perinatal mortality.
- Provide feedback to Provinces and national hospital and relevant national programs or MOH Department. Regularly monitor quality of care and implementation of action plan
- Coordinate trainings at National and sub-national levels.
- Prepare annual report for general circulation
- Make recommendations for policy development and for strategies to reduce maternal and perinatal deaths
- Ensure the confidentiality and protection of patient data during the review process.

- **Meeting Frequency**

- Left Loop, Routine Care Improvement: The left side of the double-loop represents the continuous systems improvement cycle during "usual time," focusing on improving routine care. It follows the Plan-Do-Standardize-Act cycle.
- Right Loop, Event Response: The right side of the double-loop represents the response cycle when a special event occurs, such as a maternal or perinatal death, indicated here by MPDSR (Maternal and Perinatal Death Surveillance and Response). This loop follows a similar Plan-Do-Standardize-Act approach but is focused on responding to specific incidents.

The two loops are interconnected, showing that learning from event responses (right loop) should inform and enhance the overall quality improvement process in routine care (left loop). This connection is important for the system to evolve not only through planned improvements but also by learning from unplanned events, leading to a dynamic and resilient quality improvement system.

Therefore, MPDSR should be link to the broader quality improvement work. This allows for a more systematic monitoring and improvement process at national and subnational levels. MPDSR recommendations will have greater support for follow-up actions when incorporated into broader quality improvement efforts at facility or province level.

6. Structure of MPDSR

The MPDSR organizational structure consists of three levels: National, Provincial, and Hospital committee. Deaths occurring within hospitals are reviewed by the respective Hospital-level committees, while community deaths, deaths in health centres and private hospitals/clinics, and deaths in hospitals without Hospital Committees are reviewed by the Provincial committee. For some particular cases, the national committee will go to the field and join hospital committee and provincial committee; involved in data collection and review the death cases.

Hospital-level committees report to the Provincial committee, which reviews the aggregate maternal and perinatal deaths within the province. The Provincial committees then submit their reports to the National committee, which oversees and reviews the aggregated deaths at the national level. National hospital committees directly report to the national level.

Hospital committees make recommendations to their respective hospitals and implement actions within their facilities to address clinical factors contributing to maternal and perinatal deaths and bring the recommendations that are involved with other stakeholders outside of health facilities through provincial committee. Provincial committees, in addition to providing recommendations to hospitals and health centers for addressing clinical modifiable factors, also contribute to provincial-level planning to address in particular **delays 1 and 2** (decision to seek care and reaching a health facility). This structure ensures that both clinical and systemic issues are addressed at the appropriate levels. Feedback of reviews shall be shared with families as well.

The Terms of Reference (TOR) for each level (National, Provincial, and Hospital) are provided in the following sections. These TORs outline the responsibilities and composition of each committee. The secretariats at each level are responsible for coordinating activities, organizing meetings, ensuring proper documentation and reporting of maternal and perinatal deaths, and facilitating feedback and action implementation processes. Annex1 provides Comparison Table for Roles and Responsibilities of MPDSR Committees at Hospital, Provincial, and National levels.

registration link starts with the MOH's NCOD system, which records live birth and death notifications, Medical Certification of Cause of Death (MCCDs) Mortality coding and fetal deaths at all public and private health facilities. The NCOD was formally launched in May 2024 and fully implemented in all Health Facilities in Cambodia.

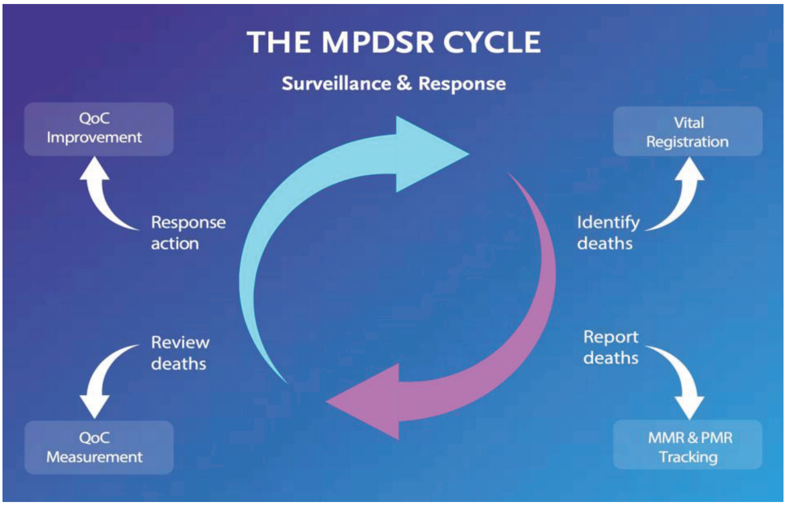


Figure 1. MPDSR Cycle

5- Link with Quality Improvement (QI)

The primary purpose of MPDSR is to drive action for quality improvement (QI), and while MPDSR plays a critical role, it is just one part of a broader, ongoing QI framework that includes planning, implementation, and routine monitoring.

This relationship is best represented through a double-loop model that illustrates continuous systems improvement, with two interconnected cycles working in tandem. This model highlights how routine quality improvement processes should be informed and enriched by specific responses to events such as maternal or perinatal deaths.

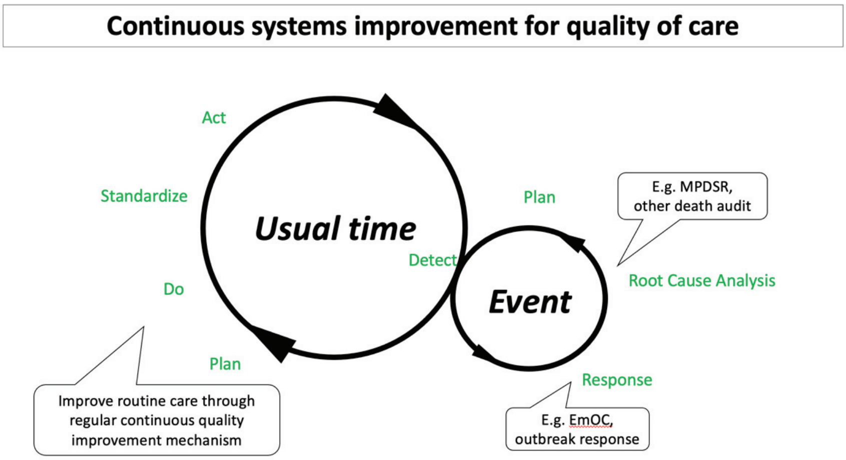


Figure 2. Continuous systems improvement for quality of care: double-loop model

For example, a delay in administering oxytocin, or not having blood products available, could be a contributing or modifiable factor in a maternal death due to postpartum haemorrhage that occurred at a health facility.
Modifiable factors can be described as delays in care (1st – a delay in a decision to seek care, 2nd – a delay in reaching care, or 3rd – a delay in receiving adequate care), and in levels of system failure. A root-cause analysis can help to identify all the problems that led to or contributed to the system failure and the resulting stillbirth or neonatal death under review.

3. Guiding principles of MPDSR

The implementation of MPDSR is guided by a set of core principles that ensure the effectiveness, integrity, and positive impact of the system. These principles serve as the foundation for all MPDSR activities, from data collection to the development and execution of response actions.

- Confidentiality
- No blame

3.1 Confidentiality

Confidentiality and a "culture of learning and improvement" are essential for a well-functioning MPDSR system.

- All information collected during the MPDSR process, including case reviews and discussions, must remain strictly confidential.
- Personal identifiers (both of the patient and healthcare providers involved) must not be disclosed or discussed outside the MPDSR committee.
- Confidentiality is critical to maintaining trust among healthcare providers, families, and communities, ensuring honest reporting and participation in the MPDSR process.
- Data are anonymized and cannot be used for disciplinary purposes.
- Only aggregate, anonymized data will be shared at the national, provincial, and hospital levels to ensure the privacy of those involved in the reviewed cases.
- All members of the MPDSR Committee have to recognize that information and the discussions during MPDSR process must remain strictly confidential. To this end every member of the MPDSR Committee shall make a written commitment (a signed document).

3.2 No blame: "No blame" is NOT " no accountability"

- The primary purpose of MPDSR is to learn from maternal and perinatal deaths to prevent future occurrences, not to assign blame.
- MPDSR reviews are not fault-finding exercises and should not be used for punitive action against healthcare providers, facilities, or staff involved in the case.
- The focus is on identifying systemic gaps in care, understanding root causes, and developing practical solutions to improve the quality of care.
- A non-punitive environment encourages open dialogue, honest reporting, and active participation in the MPDSR process without fear of retribution.

4. Link with information systems

Functional MPDSR process involves data collection and review, linked to information systems such as digital Notification and Cause of Death (NCOD), Health Management Information System (HMIS), District Health Information System (DHIS2), and Civil Registration system. Civil Registration and Vital Statistics (CRVS) systems consists all births deaths and marriage data, cause of death, to be compiles for vital statistics. By harmonizing MPDSR with CRVS reporting, these systems can complement each other, strengthening both to create a robust framework for monitoring and improving maternal and child health care, ultimately enhancing health outcomes.
In Cambodia, CRVS systems include the MOH's NCOD system, MOI's Civil Registration Systems, and the interoperability between MOH, MOI and NIS systems. The Health and civil

improvement, ensuring that MPDSR recommendations are better supported and the follow-up actions are implemented within broader quality improvement efforts at facility, provincial and the national levels. Consequently, the hospital-based Quality Improvement team will be a key member of MPDSR committees, particularly at the hospital level.

To achieve the goal of reducing maternal and perinatal deaths, coordinated efforts are required at every level—from the community and health centers to the provincial and national levels.

2. Definitions

2.1 Maternal Death

The death of a women while pregnant or within 42 days of the termination of pregnancy irrespective of the duration and site of the pregnancy, from any cause related to or aggravated by the pregnancy or its management, but not from accidental or incidental causes.
Maternal deaths are subdivided into two groups:

- **Direct obstetric deaths:**

Death resulting from obstetric complications of the pregnant state (pregnancy, labor, and the puerperium), from interventions, omissions, incorrect treatment, or from a chain of events resulting from any of the above.

Indirect obstetric deaths:

Those resulting from previous existing disease or disease that developed during pregnancy and which was not due to direct obstetric causes, but which was aggravated by physiological effects of pregnancy.

2.2 Late maternal death:

The death of a woman from direct or indirect causes more than 42 days but less than one year after termination of pregnancy.

2.3 Death during pregnancy, childbirth and the puerperium

All deaths during pregnancy, childbirth and the puerperium including coincidental cause of death (deaths due to external causes such as traffic accident, accidental injury, assault, etc).

2.4 Stillbirth:

Stillbirth is the complete expulsion or extraction from a woman of a fetus, following its death prior to the complete expulsion or extraction, at 28 or more completed weeks of gestation. Stillbirths are distinct from cases of induced abortion. When information on gestational age is unavailable use birthweight 1000 grams and more as the criteria.
Stillbirths can be grouped into two major categories:

- **Antepartum stillbirths**
  is the complete expulsion or extraction from a woman of a fetus following a fetal death before the onset of labour.
- **Intrapartum stillbirths**
  is the complete expulsion or extraction from a woman of a fetus following a fetal death during labour.

2.5 Neonatal death:

Death after birth and within the first 28 days of life. The “early neonatal period” refers to the first seven days after birth (Days 1 through 7 after birth). The “late neonatal period” refers to the remainder of that first month of life (Days 8 through 28 after birth).

2.6 Perinatal mortality:

The number of fetal deaths of at least 28 weeks of gestation and/or 1000 g in weight and newborn deaths (up to and including the first seven days after birth).

2.7 Modifiable factors

A modifiable factor is something that may have prevented the death if a different course of action had been taken.

1. Introduction

Cambodia has made significant achievements in improvements newborn health over the past decade. Under five and neonatal mortality have more than halved between 2014 to 2021/22 from 35 to 16 and 18 to 8 per 1000 live births respectively[1] and nearly all women now given birth with a skilled health provider and most of these in a health facility. Anyway, Cambodia's maternal mortality rate (MMR) has stagnated over the past decade, remaining at 154 per 100, 000 live births according to DHS 2021-2022, placing Cambodia among the countries with the highest MMR in the region despite a significant increase in skilled birth attendance and facility deliveries - from 10% in 2000 to 97.5% in 2021-2022. Women continue to die from preventable causes and stillbirth rate is at 11.4 per 1000 births based on Global Health Observatory Data in WHO. These underscores the urgent need to improve the quality of care to reduce preventable maternal deaths and to further reduce stillbirth and neonatal mortality in Cambodia.

The **Maternal and Perinatal Death Surveillance and Response (MPDSR)** involves qualitative, in-depth investigations of the causes and circumstances surrounding maternal and perinatal deaths, whether in health facilities or the community. This process is an integral part of quality improvement efforts aimed at reducing preventable maternal deaths, stillbirths and neonatal deaths.

The MPDSR process relies on the accurate identification and review of deaths to inform development of specific actionable plans. These plans assign tasks to relevant groups or individuals, set timelines for task completion, and includes follow-up mechanisms to ensure the actions are effectively implemented.

Cambodia has made significant effort in strengthening maternal death surveillance and response since the previous protocol was introduced in 2004. However, with the shift to more facility-based deliveries and the majority of maternal deaths now occurring in health facilities, increased efforts are required to review and implement quality of care improvement in these settings. Additionally, perinatal deaths have not been systematically reviewed, limiting opportunities to prevent future deaths.

In the updated protocol, several major changes have been introduced to enhance the effectiveness of the MPDSR process:

First, we have introduced a three-tiered structure: **National, Provincial, and Hospital Committees**. Hospital Committees will now be responsible for reviewing deaths occurring within their facilities and implementing action plans to ensure patient receiving quality of care. Provincial Committees will focus on reviewing aggregated deaths within their jurisdictions, including public and private facilities, and addressing broader healthcare delivery issues related in particular to delays in seeking care and delays in reaching care, as well as other determinants of maternal mortality. Maternal deaths not happening in health facilities, but at home, in communities or during transport will also be reviewed by Provincial Committees. Finally, the National Committee will provide overall monitoring and oversight of the MPDSR process happening at subnational level and at the national hospitals, and will be tasked with monitoring the quality of the review process as well as of the action plans and their implementation, to ensure corrective actions are implemented to prevent further deaths.

Second, the new protocol includes **perinatal death surveillance and response**, broadening the scope to address perinatal mortality and enabling timely, effective improvement actions to reduce these deaths.

Third, we have expanded the protocol to ensure that **deaths in private sectors** are now included in the MPDSR process, creating a more comprehensive review system that captures maternal and perinatal deaths across both public and private health facilities.

Finally, the updated protocol emphasizes a stronger focus on implementation by integrating maternal and perinatal review and response into broader **Maternal and Child Health (MCH) quality improvement activities**. This integration fosters a more systematic approach to monitoring and

[1] Cambodia Demographic and Health Surveys 2014 & 2021/22.

List of abbreviation

CRVS	Civil registration and vital statistics
DHIS-2	District health information system
DHS	Demographic and health survey
DHS	Department of Hospital Service
DPHI	Department of Planning and Health Information
EmONC	Emergency obstetric and newborn care
HC	Health center
HMIS	Health management information system
ICU	Intensive care unit
MCCDs	Medical certification of cause of death
MCH	Maternal and child health
MMR	Maternal mortality rate
MOH	Ministry of Health
MOI	Ministry of Interior
MPDSR	Maternal perinatal death surveillance and response
NCOD	Notification and cause of death
NCU	Neonatal care unit
NGO	Non-governmental organization
NICU	Neonatal intensive care unit
NIS	National Institute of Statistics
NMCHC	National Maternal and Child Health Center
NRHP	National Reproductive Health Program
OBGY	Obstetric and Gynecology
OD	Operational District
PHD	Provincial Health Department
QAO	Quality assurance office
QI	Quality Improvement
QoC	Quality of Care
RH	Referral hospital
ToR	Term of reference
WHO	World health organization

- Coordinate training programs at the national, provincial and district levels and assist in the development of appropriate training courses and modules.
- Facilitate review and implementation process.
- Coordinate other MPDSR-related activities as requested by the Chairman of the Committee.

- Facilitate training at the national and sub-national levels.
- Prepare annual report for distribution with technical working group members.
- Provide recommendations for the development of policies and strategies to reduce maternal and perinatal mortality.
- Ensure the confidentiality and protection of patient's data during the review process.

Frequency of meetings:

- The National MPDSR committee will have quarterly meeting to review provincial and national hospital reports and monitor the quality of service delivery, planning and implementation of actions.
- If necessary, an ad hoc meeting will be held.

Reporting and Accountability

- The MPDSR committee will develop annual report outlining key findings, recommendations, and progress on the implementation of the action plan.

Confidential

- All members of the MPDSR committee need to keep confidentiality of any information related to mortality and sensitive data discussed during the mortality review.
- To strengthen this work, confidentiality and no-blame culture must be reaffirmed at the beginning of each committee meeting.

Monitoring and evaluation

- The Committee will regularly evaluate its effectiveness by reviewing the implementation of action plans and their impact on reducing maternal and perinatal mortality.

Article 2

Appointed the Secretariat for the National Committee for Maternal and Perinatal Death Surveillance and Response, which consists of the following:

1.	Asst. Prof. Koy Virya	Deputy Director, Department of Hospital Services	Chair
2.	Dr. Ros Saphath	Chief of Training Unit, NMCHC	Vice President
3.	Asst. Prof. Chuong Sokneth	Deputy of Maternity, Calmette Hospital	Member
4.	Dr. Bin Sakviseth	NICU, Calmette Hospital	Member
5.	Ms. Chhin Soknay	Vice-chair of Nursing Care Committee, NMCHC	Member
6.	Representative of UNFPA, WHO, UNICEF		Member

Roles and responsibilities of the Secretariat include:

- The Secretariat will be supported by assisted by additional officers to monitor data and assist in the review process of MPDSR.
- Monitor and assist in arranging National MPDSR Committee meetings to ensure that meetings are convinced timely and reports are submitted appropriately and in timely manner.

National Committee for Maternal and Perinatal Death Surveillance and Response
Minister of Health Cambodia

Article 1

Established of National Committee for Maternal and Perinatal Death Surveillance and Response (MPDSR) which as following members:

1.	H.E Prof. Im Sethikar	Secretary of State, Ministry of Health	Chairman
2.	H.E. Prof. Kruy Leang Sim	Under Secretary of State, Ministry of Health	Vice President
3.	Asst. Prof. Kim Rattana	Director of the National Maternal and Child Health Center	Vice President
4.	H.E. Prof. Tung Rathavy	Advisor to Ministry of Health	Member
5.	H.E Prof. Sann Chan Soeung	Advisor to Ministry of Health	Member
6.	Asst. Prof. Suy Sovan Thida	Deputy of Director Genernal	Member
7.	Asst. Prof. Koy Virya	Deputy Director, Department of Hospital Services	Member
8.	Prof. Ngoun Yaneth	Deputy Director, Kantha Bopha Hospital	Member
9.	Dr. Ros Saphath	Chief of Training Unit, NMCHC	Member
10.	Dr. Uy Kyna	Chief of Gynecology and Maternity Ward, Khmer Soviet-Friendship Hospital	Member
11.	Asst. Prof. Chuong Sokneth	Deputy of Maternity, Calmette Hospital	Member
12.	Dr. Chob Keo Samnang	Chief of Gynecology and Maternity Ward, Preah Ang Duong Hospital	Member
13.	Dr. Bin Sakviseth	NICU Calmette Hospital	Member
14.	Dr. Pen Daly	NICU, Calmette Hospital	Member
15.	Dr.Sieng Lum Ang Kunthea	National Reproductive Health Program Manager, National Maternal and Child Health Center	Member
16.	Ms Ngoun Sopheap	President of Cambodian Midwives Council	Member
17.	Mr.Chea SopheakMonyroth	President of Cambodian Nurse Council	Member
18.	Ms. Chhin Soknay	Vice-chair of Nursing Care Committee, NMCHC	Member
19.	Dr. Nget Pathy	Chief of Anethesia Unit, Calmette Hospital	Member
20.	Dr. Say Sarith	Assistant Chief of Anesthesia Unit, Calmette Hospital	Member
21.	Representative of UNFPA, WHO, UNICEF		Member

National Committee have the following roles and responsibilities:

- Review all provincial reports.
- Analyze data to identify maternal and perinatal mortality patterns and trends and provide feedback to provincial and national hospitals, national programs, various departments of the Ministry of Health, take action for quality of care on a regular basis.

List of core group who manages and lead the finalization of MPDSR protocol

1.	**H.E Prof. Im Sethikar**	**Secretary of State, Ministry of Health**
2.	H.E. Prof. Kruy Leang Sim	Under Secretary of State, Ministry of Health
3.	H.E. Prof. Tung Rathavy	Advisor to Ministry of Health
4.	Asst. Prof. Kim Rattana	Director of the National Maternal and Child Health Center
5.	Dr. Cheang Kannitha	WHO
6.	Dr. Sok Sokun	UNFPA
7.	Mr Nguon Pros	UNFPA
8.	Ms Channa Sam OL	FHI-360
9.	Ms Kreal Dara	FHI-360
10.	Dr Mean Ratanak Sambath	Vital Strategies
11.	Dr YOKOBORI Yuta	JICA

Annex 7: MPDSR Integrated Review Meeting Minutes and Action Items Form 52

Annex 8: Facility Monthly Summary Form 54

Annex 9: Modifiable Contributing Factors (organized within the Three Delays Model)....................56

Annex 10: Medical Certificate of Cause of Death 57

Annex 11: List name of participant's joint consultation workshop to review draft MPDSR.................... 58

Contents

Preface 2

Acknowledgemen 3

List of core group who manages and lead the finalization of MPDSR protocol 6

List of abbreviation 10

1. Introduction 11

3. Guiding principles of MPDSR 13

3.1 Confidentiality 13

3.2 No blame: "No blame" is NOT " no accountability" 13

4. Link with information systems 13

5- Link with Quality Improvement (QI) 14

6. Structure of MPDSR 15

6.1 Terms of Reference for National Committee 16

6.2. Terms of Reference for Provincial Committee 18

6.3. Terms of Reference for Hospital Committee 19

7. Steps of MPDSR 21

7.1 Identifying cases 22

7.2 Collecting data/information 23

7.3 Conducting joint maternal and perinatal death review, analyze information, and recommendations 24

7.4 Implementing change 26

7.5 Monitoring MPDSR implementation and improvements in quality of care 27

8. MPDSR During Disaster 27

Annexes 29

Annex 1: Roles and Responsibilities of MPDSR Committees at Hospital, Provincial, and National Levels 29

Annex 2: Notice of Death and MCCD Form 31

Annex 3: Maternal Death Case Review Form 35

Annex 4: Perinatal Death Case Review Form 41

Annex 5: Definitions of Cause Groups 46

Annex 6: Meeting Code of Practice 51

Acknowledgements

The Ministry of Health Cambodia would like to sincerely thank **H.E Prof Im Sethikar**, Secretary of State and Chair of the Coordination Committee for Strengthening Quality of Care, Management, Well-being of Maternal Newborn Child and Gynecology for her strong leadership in development process of this protocol.

With sincere appreciation to the Maternal and Perinatal Death Surveillance and Response (MPDSR) Working Group, which comprises of relevant Departments of the Ministry of Health, Provincial Health Department of Battambang, Kampong Cham, Siem Reap, Pursat, and Rattanakiri provinces, representatives from private hospitals, the Health Profession Committees, the Health Professional Associations, and health development partners, who have provided priceless inputs into this comprehensive National Protocol.

Furthermore, the Ministry extends its deepest appreciation to the United Nations Population Fund (UNFPA) and the World Health Organization (WHO) Regional and Cambodia Offices for their technical and financial support throughout the development process and for the publication of this important protocol. This vital document will be instrumental in our collective efforts to reduce preventable maternal deaths and improve health outcomes for women and children across Cambodia.

PREFACE

Cambodia has made significant achievements in maternal and child health over the past decade. Under five and neonatal mortality have more than halved between 2014 to 2021-2022 from 35 to 16 and 18 to 8 per 1000 live births respectively. 97.5% women now give birth with a skilled health provider and at a health facility. However, Cambodia's maternal mortality ratio (MMR) has stagnated over the past decade, remaining at 154 per 100, 000 live births according to the CDHS 2021-2022, placing Cambodia among the countries with the highest MMR in the region despite a significant increase in skilled birth attendance.

With significant improvements in health care coverage, additional efforts are now needed to enhance the quality of care to further reduce MMR and sustain progress in newborn and child health. This requires strengthening quality improvement (QI) mechanisms with enhanced monitoring, as well as supporting improvement actions.

The Maternal and Perinatal Death Surveillance and Response (MPDSR) involves qualitative, in-depth investigations of the causes and circumstances surrounding maternal and perinatal deaths, whether occurring in health facilities or in the communities. This process is an integral part of quality improvement efforts aimed at reducing preventable maternal deaths, stillbirths and neonatal deaths through the review of death cases to inform the development of specific actionable plans to address gap in the provision of quality of care.

The implementation of MPDSR is guided by a set of core principles that ensure the effectiveness, integrity, and positive impact of the system. With strong collaboration and shared learning, we can reduce duplicative processes and strengthen our collective efforts to prevent avoidable maternal and perinatal deaths.

Phnom Penh, 30 April 2025

Minister of Health

Prof. CHHEANG RA

KINGDOM OF CAMBODIA

NATION-RELIGION-KING

MINISTRY OF HEALTH

NATIONAL PROTOCOL

ON

MATERNAL AND PERINATAL DEATH SURVEILLANCE AND RESPONSE

2025