ما همه ویزیت‌های اورژانس را که شامل کودکان (کمتر یا مساوی 18 سال) می‌شود، شناسایی کردیم. ویزیت‌هایی که اطلاعات مربوط به سطح طبقه‌بندی تریاژ را در هنگام ویزیت اورژانس نداشتند یا در هنگام ورود به اورژانس فوت نمودند، قبل از ویزیت یا دریافت مشاوره پزشکی اورژانس را ترک کردند یا عدم انطباق داده داشتند (یعنی فشارخون سیستولیک> 300mmHg، فشارخون دیاستولیک> 200mmHg، ضربان قلب> 300 / دقیقه، میزان تنفس> 80 / دقیقه یا اشباع اکسیژن> 100٪) را از مجموعه داده خارج کردیم. ما بر روی‌داده‌های 2007 تا 2015 بر اساس دسترسی به اطلاعات علامت حیاتی در طول این سال‌ها تمرکز کردیم.

3-7-1- **پیش‌بینی کننده‌ها(ویژگی ها1)**

پیش‌بینی کننده‌ها برای مدل‌های یادگیری ماشین از داده‌های به‌طورمعمول در دسترس تریاژ اورژانس با استفاده از دانش پیشین انتخاب شدند. پیش‌بینی کننده شامل سن بیمار، جنس، حالت رسیدن (آمبولانس یا با پای خود بیمار)، علائم حیاتی (دما، ضربان قلب، فشارخون سیستولیک و دیاستولیک، میزان تنفس و اشباع اکسیژن)، علت مراجعه، محل اقامت بیمار (خانه یا مرکز مراقبت طولانی)، ویزیت اورژانس در 72 ساعت قبل و همبودی (comorbidities) بیماری است. علت مراجعه بر اساس طبقه‌بندی علت‌های مراجعه مراقبت‌های آماری ارائه‌شده توسط CDC گروه‌بندی شدند. همبودی بیماری به 12 طبقه تقسیم شدند:

که شامل عصبی عضلانی، قلب و عروق، تنفسی، کلیوی، دستگاه گوارش، هماتولوژیک، ایمونولوژیک، متابولیسم، نقص مادرزادی یا ژنتیکی دیگر، بدخیمی و نارسایی کلیوی و نارسایی همراه است.

3-7-2- **نتیجه بیماری(ویژگی ها2 یا اوت کام)**

نتیجه اصلی، مراقبت‌های حیاتی مطابق با مطالعات قبلی بود. مراقبت‌های حیاتی به‌عنوان یک شاخص برای نیازهای شدید پزشکی، به‌عنوان ورود مستقیم به ICU یا مرگ در بیمارستان تعریف شدند. مدیریت بهنگام اورژانس برای بیمارانی که نیازمند پذیرش ICU است، به‌طور پیوسته به بهبود نتایج بیماران مرتبط است.

نتیجه ثانویه بستری شدن در بیمارستان بود که به‌عنوان پذیرش در یک بخش بستری یا انتقال مستقیم به بیمارستان مراقبت‌های حاد تعریف‌شده است.

نتیجه

از 64042 رکورد= 10792 بدون سطح بندی+2 مرگ قبل ورود+1138 ترک بدون ویزیت+73 عدم تطابق داده+52037 باقیمانده

53250 با سطح بندی-3 فوت قبل ورود-