چك ليست بازديد خانه بهداشت ................................

(ويژه نظارت گروهي مسوولان وكارشناسان واحدهاي ستادي)شهرستان ......................

**نام مركز بهداشتي درماني مربوطه ................. جمعيت تحت پوشش...........................جمعيت روستاي اصلي ............جمعيت روستاهاي قمر................تعداد روستاي تحت پوشش ..........فاصله خانه بهداشت از مركز بهداشتي درماني به كيلومتر.......تعداد دفعات دهگردشي تيم سلامت مركز از خانه بهداشت درسه ماه گذشته ........ تعداد دفعات دهگردشي پزشك خانواده از خانه بهداشت درسه ماه گذشته ........تعداد افراد بيمه نشده در جمعيت مربوطه: ...... نفر تعداد پرونده سلامت تكميل شده در جمعيت:........ آخرين تاريخ بازديد معاون بهداشتي از اين واحد....................آخرين بازديد تيم نظارت شهرستان از اين واحد:.............................**

**نام بازديد كنندگان: تاريخ بازديد:**

مشخصات بهورزان موجود:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **نام ونام خانوادگي بهورزان** | **جنس** | | **سابقه كارشاغلين** | **رضايت شغلي** | | **دانش آموز بهورزي** | **محل سكونت** | | |
| **مرد** | **زن** |
| **روستاي اصلي** | **روستاي**  **قمر** | **ساير** |
| **دارد** | **ندارد** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**\*علت عدم رضايت شغلي :..........................................................................................**

**مالكيت ساختمان: دولتي ( ) استيجاري ( ) ساختمان دولتي نياز به تعمير دارد( ) ندارد( )**

**ساختمان دولتي نياز به حصاركشي ،محوطه سازي ،بازسازي دارد( ) ندارد( )**

**تابلو راهنما درابتداي جاده اصلي دارد( ) ندارد( ) تابلو سردر خانه بهداشت دارد( ) ندارد( )**

**خانه بهداشت موتورسيكليت آماده به كار دارد( ) ندارد( ) اگر دارد آيا داراي كارت سوخت مي باشد ؟بلي( ) خير( )**

**اگر كسري تجهيزات اساسي دارد نام برده شوند:**

**.......................................................................................................................................................................**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **سوالات واحد** | **سوال** | **نتيجه بازديد** | | | |
| **خوب**  **2** | **متوسط**  **1** | **ضعيف**  **0** | **مورد ندارد**  **2** |
| **1** | **اطلاعات عمومي** | **مشاهده وپرسش:**  **1)پوشيدن اونيفورم توسط بهورزان** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **2)نظم وطبقه بندي تجهيزات ووسائل كار** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **3)وجود كپسول آتش نشاني شارژشده** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **4)وجود كپسول اكسيژن حاوي اكسيژن** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **5) وجود قفسه كتاب** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **6)بايگاني كامل ومرتب بخشنامه ها وسابقه مكاتبات انجام شده به مركز** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **7) وجود وسائل سرمايشي وگرمايشي مناسب** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **8) وجود نقشه يا كروكي منطقه** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **9) پيگيري تيم مركز در جهت رفع مشكلات تجهيزاتي وتداركاتي (دارو ووسائل مصرفي و...)خانه بهداشت** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **10) بازديد تيم مركز بهداشت شهرستان از خانه بهداشت به اتفاق تيم مركز** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **11)ارجاع بيماران مراجعه كننده به خانه بهداشت به پزشك خانواده با طي مراحل ارجاع** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **12)برگزاري جلسات بازآموزي ماهانه بهورزان بطورمنظم با برنامه ريزي شهرستان** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **13 پيگيري بيماريهاي ثبت شده دردفتر ثبت نام بيماران، به موقع توسط بهورز** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **14) توجه به گزارشات ثبت شده بازديدهاي قبلي از خانه بهداشت** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **جمع امتيازات=** | | |  |  |  |  |

چك ليست بازديدبرنامه آموزش سلامت ، خانه بهداشت...............................

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| عنوان برنامه | سئوال نظارتي | خوب  2 | متوسط  1 | ضعيف  0 | مورد ندارد |
| برنامه نياز سنجي آموزش مبتني بر شواهد | **1- آيا شواهد نياز سنجي آموزشي در خانه بهداشت وجود دارد؟(مشاهده مستندات)** | € | € | € | € |
| **2-آيا جدول اولويت بندي نيازهاي آموزشي در تابلو خانه بهداشت نصب شده و بطور صحيح تكميل شده است؟** | € | € | € | € |
| **3- آيا جدول گانت برنامه ريزي آموزشي 10 اولويت به دست آمده در تيم نياز سنجي، به درستي تكميل شده است؟** | € | € | € | € |
| **4- آيا جلسات آموزشي خانه بهداشت با عنوان 10 اولويت آموزشي مذكور، طبق برنامه برگزار مي شود؟** | € | € | € | € |
| برنامه مداخله اي TPS | **1- آيا به ازاي هر اوليت بهداشتي فرم تكميل شده TPS در خانه بهداشت وجود دارد؟(فرمهاي TPS مشاهده گردد.)** | € | € | € | € |
| **2- آيا فعاليتهاي خانه بهداشت در راستاي حل مشكلات بر اساس برنامه TPS مي باشد؟(مقايسه فعاليتهاي انجام شده با فعاليتهاي پيش بيني شده درTPS)** | € | € | € | € |
| **3- آيا بهورزان حداقل 4 جلسه آموزشي در ماه برگزار كرده اند؟(مشاهده مستندات)** | € | € | € | € |
| **4- آيا دفتر برگزاري جلسات آموزشي در گروه كوچك خانه بهداشت به صورت كامل تكميل شده است؟** | € | € | € | € |
| برنامه ارزشيابي مداخلات بهداشتي بر اساس آموزش مبتني بر شواهد | **1- آيا جلسات برگزار شده در گروه كوچك خانه بهداشت در محدوده زماني 6-12 هفته بعد، توسط كاردان منطقه ارزشيابي شده است؟(مشاهده مستندات)** | € | € | € | € |
| **2- آيا نتيجه ارزشيابي در دفتر ثبت جلسات آموزشي و ذيل گزارش جلسه آموزشي برگزار شده ثبت شده است و كاردان ارزشيابي كننده ذيل جلسه ارزشيابي شده را امضاء نموده است؟** | € | € | € | € |
| **3- آيا سئوالات ارزشيابي مداخلات آموزشي كه توسط مركز استان يكسان سازي شده اند بر اساس اولويتهاي آموزشي خانه هاي بهداشت دراختيار خانه بهداشت قرار گرفته است؟** | € | € | € | € |
| **4- آيا بهورز از روش ارزشيابي جلسات آموزشي آگاهي دارد؟** | € | € | € | € |
| **5- آيا بهورز از ميانگين نمرات ارزشيابي شده جلسات آموزشي گروه كوچك خود در فصل گذشته وسواد بهداشتي منطقه تحت پوشش خود اطلاع دارد؟** | € | € | € | € |
| **جمع امتيازات=** | |  |  |  |  |

چك ليست بازديد از برنامه هاي بهداشت خانواده خانه بهداشت ...........

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **عنوان مورد بررسي (سوال )** | **خوب2** | **متوسط1** | **ضعيف0** | **مورد ندارد2** |
| **1-آيا ليست اسامي زنان تحت پوشش پاپ اسمير به صورت ماهيانه در دفتر پاپ اسمير ثبت شده است ؟** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **2- آيا ليست اسامي زنان تحت پوشش معاينه باليني سينه به صورت ماهيانه در دفتر معاينه سينه ثبت شده است ؟** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **3- آيا اسامي سالمندان تحت مراقبت بهداشتي در دفتر مراقبت از سالمندان ثبت گرديده است ؟** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **4 – آيا مراقبتهاي بهداشتي اوليه به جمعيت سالمندان تحت پوشش ارائه شده است ؟ ( ثبت اندازه گيري فشار خون سالمندان به صورت ماهيانه- محاسبه BMI به صورت شش ماهه – انجام آزمايشات غرباگري OB/OP-CBC-FBS-U/A Stool به صورت ساليانه )** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **5-آيا بهورز كارگاه آموزشي شيوه زندگي سالم را گذرانده است ؟** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **6- آيا ارزيابي كودك بيمار بر اساس بوكلت چارت مانا انجام مي گيرد ؟**  **( وجود دفاتر مانا زير 2 ماه و 2ماه تا 5 سال )** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **7- آيا بوكلت چارت كودك سالم وجود دارد ؟** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **8- آيا مراقبت كودكان زير 8 سال بر اساس برنامه كودك سالم انجام مي شود ؟ ( استفاده از فرمهاي كودك سالم و دفتر مراقبت كودك سالم )** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **9- آيا بهورز از تعداد شير خشكيهاي منطقه تحت پوشش مطلع است ؟** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **10- آيا بهورز از تعداد مرگ نوازدي منطقه تحت پوشش مطلع است ؟** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **11 – آيا بهورز موارد مرگ كودكان 59-1 ماهه را به مسئول مرگ خارج بيمارستاني اطلاع مي دهد ؟** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **12- آيا بهورز از تعداد مرگ كودكان 59-1 ماهه منطقه تحت پوشش خود مطلع است ؟** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **13- آيا در 6 ماه اخير در مورد برنامه تنظيم خانواده آموزش ديده است ؟ در صورت بلي تاريخ .....** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **14- آيا وسايل پيشگيري موجود با دفتر همخواني دارد ؟ ( با شمارش اقلام موجود و مطابقت با دفتر )** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **15- آيا در يك سال گذشته موجودي وسايل پيشگيري از بارداري صفر شده است ؟**  **( اگر بلي ) كدام يك .............. چه مدت .....................** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **16- آيا تاريخ مراجعه دفتر تنظيم خانواده و پرونده همخواني دارد ؟ ( حداقل سه پرونده مشاهده شود )**  **در صورتي كه 2 پرونده يا بيشترهمخواني داشت2امتياز، 1پرونده 1امتياز،هيچكدام صفرامتيازداده شود.** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **17- آيا فرم فاصله گذاري براي هر فرد واجد شرايط بدرستي تكميل شده است ؟ ( سه پرونده )** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **18-آيا معاينات مربوط انجام شده است ؟ ( سه پرونده )** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **19- آيا مراجعه كننده پس از مشاوره و انتخاب روش در اولين مراجعه ،‌به پزشك ارجاع شده است؟** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **20- ارائه دهنده خدمت نحوه مصرف صحيح قرص ( LYN-TPH- LD ) مي داند ؟ بيش از نيمي از بهورزان اگر كامل بدانند صحيح است.** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **21- بهورز فراموشي مصرف قرص ها را مي داند ؟ بيش از نيمي ازبهورزان اگر كامل بدانند صحيح است.** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **22- بهورز اورژانس پيشگيري از بارداري را مي داند ؟ بيش از نيمي ازبهورزان اگر كامل بدانند صحيح است.** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **23-آيا مورد حاملگي ناخواسته در يكسال اخير داشته ايد ؟** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **24-اگر بلي همزمان با استفاده از روش بوده است ؟** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **25-آيا موارد ثبت شده درزيج حيانتي با دفتر تنظيم خانواده همخواني دارد؟** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **26- آيا زوج ناقلين تالاسمي و والدين بيمار تالاسمي و pku تحت پوشش تنظيم خانواده هستند ؟** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **27- آيا مادرباردار بطور مرتب مراقبت شده است ؟ ( در هر بار مراجعه اندازه گيري وزن ، تعيين فشار خون ، شنيدن صداي قلب جنين ) حداقل سه پرونده زن باردار چك شود.** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **28- آيا BMI مادر قبل از 12 هفتگي تعيين شده است ؟** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **29- آيا جهت مادر آزمايش GCT انجام گرفته است ؟** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **30- آيا به مادر مكملها بر اساس دستور العمل تجويز توصيه شده است ؟ ( استفاده از اسيد فوليك از ابتداي بارداري تا پايان بارداري و استفاده از مولتي ويتامين و آهن از پايان 4 ماهگي تا 3 ماه پس از زايمان )** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **31- آيا بهورز علائم خطر دوران بارداري و پس از زايمان را مي داند ؟**  **( دانستن حداقل 5 مورد علائم خطر هر كدام جواب بلي و در غير اينصورت جواب خير )** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **32- آيا زمان مراقبت پس از زايمان دو نوبت و در تاريخهاي معين انجام شده است ؟** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **جمع امتيازات =** |  |  |  |  |

چک لیست بازدید از برنامه های بهداشت محیط خانه بهداشت ......................

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **عنوان مورد بررسی (سوال)** | **نتیجه بررسی وبازدید** | | | |
| **خوب2** | **متوسط1** | **ضعیف0** | **مورد ندارد2** |
| **1** | **آیا بهورز به رعایت اصول بهداشت محیط در خانه بهداشت توجهی دارد؟** |  |  |  |  |
| **2** | **آیا کلر سنجی روزانه در حد استاندارد با رعایت شرایط استاندارد انجام می گیرد؟** |  |  |  |  |
| **3** | **آیا در صورت وجود مشکل ( نامطلوب بودن کلر سنجی ) مکاتبه لازم با مرکز بهداشتی درمانی وآبدار روستا صورت گرفته است؟** |  |  |  |  |
| **4** | **آیا بهورز از مراکز تهیه وتوزیع ونگهداری مواد غذایی واماکن عمومی (مشمول وغیر مشمول ماده سیزده ) بازدید دارد؟** |  |  |  |  |
| **5** | **آیا اطلاعات بهورز در خصوص مسائل بهداشت محیط مناسب است ؟** |  |  |  |  |
| **6** | **آیا فعالیت بهورز در زمینه بهسازی محیط روستا مورد قبول می باشد ؟** |  |  |  |  |
| **7** | **آیا بازدید از خانوار روستایی طبق مقررات صورت می گیرد؟** |  |  |  |  |
| **8** | **آیا جلسات شورای بهداشت طبق مقررات برگزار گردیده است ؟** |  |  |  |  |
| **9** | **آیا زیج بهداشت محیط موجود ونتایج فعالیتها بر روی آن ثبت شده است ؟** |  |  |  |  |
|  | **جمع امتيازات=** |  |  |  |  |

چك ليست بازديد از برنامه بهداشت حرفه اي خانه بهداشت ......................

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **عنوان مورد بررسي (سوال )** | **خوب2** | **متوسط1** | **ضعيف0** | **مورد ندارد2** |
| **1- جمع آوري اطلاعات آماري در فرم شماره 1 و ارسال 6 ماهه به مركزبهداشتي – درماني** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **2- همخواني فرم ارسالي شماره 1 بازيج با عنوان ( كارگاهها / شاغلين ) در رابطه با موجود ، شناسايي شده ، تحت پوشش** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **3- آيا بهورز تعريف صحيح واژه تحت پوشش را مي داند ؟** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **4-آيا تشكيل پرونده كارگاهها مطابق با تعداد كارگاههاي شناسايي شده مي باشد ؟** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **5- آيا بهورز عوامل زيان آور محيط كار را مي شناسد ( عوامل فيزيكي – شيميايي – ارگونوميكي – بيولوژيكي )** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **6- آيا بهورز موازين بهداشت حرفه اي را به شاغلين آموزش داده اند و آموزشهاي داده شده ثبت گرديده است ؟** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **جمع امتيازات=** |  |  |  |  |

**چک لیست بازدید برنامه های بیماریهای واگیر خانه بهداشت...............**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **عنوان مورد بررسی ( سؤال )** | **نتيجه ارزشيابي** | | | |
| **خوب2** | **متوسط1** | **ضعيف0** | **مورد ندارد2** |
| **1** | **آيا شستشوي محل جراحت ناشي از حيوان گزيدگي در اولين مراجعه در خانه بهداشت انجام مي گيرد؟** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **2** | **در صورت بلي محل شستشو و چگونگي شستشو می شود؟** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **3** | **آيا موارد دچار حيوان گزيدگي توسط كاردان يا بهورز جهت دريافت خدمات به مركز درمان پيگيري هاري شهرستان ارجاع مي گردند (بررسي توسط همخواني موارد ارجاع شده و موارد ثبت شده در دفتر ثبت موارد حيوان گزيدگي)** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **4** | **آيا دفعات بعدي دريافت واكسن هاري تا تكميل درمان ، بصورت فعال توسط كاردان يا بهورز انجام مي پذيرد؟** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **5** | **آيا محيط کری بلر وجود دارد يا خير؟** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **6** | **آيا دفتر ثبت نمونه هاي التورموجود است؟** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **7** | **آیا نمونه التور از بیماران اسهالی تهیه و در دفتر نمونه گیری ثبت شده است؟** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **8** | **آیا دفتر ثبت بیماران اسهالی همخوانی با دفتر نمونه گیری التور دارد؟** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **9** | **آيا موارد طغيانهاي بيماريهاي ناشي از آب و غذا گزارش مي شود؟** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **10** | **در مراقبت فلج نمونه مدفوع در چه فاصله ای باید گرفته شود؟جواب صحیح( در دو هفته اول روز شروع فلج) پاسخ صحیح(خوب)** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **11** | **آیا مستندات گزارش صفر هفتگی و ماهیانه فلج شل حاد وجود دارد ؟** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **12** | **آيا چوب خط و يا دفتر ثبت واكسيناسيون وجود دارد؟** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **13** | **آيا ثبت واكسيناسيون به روز مي باشد؟** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **14** | **آيا دفتر ثبت تحويل واكسن موجود مي باشد؟** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **15** | **آیا برگه ثبت دمای یخچال وجود دارد و اطلاعات روی آن به روز ثبت می گردد؟** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **16** | **نحوة چيدن آیس بگ ها در يخچال چگونه است؟ (عمودي)** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **17** | **آیا وضعیت برفک سردخانه واکسن مناسب می باشد؟ ( کمتر از نیم سانتی متر )** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **18** | **آيا در تزريقات از سرنگ A.D استفاده مي شود؟** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **19** | **آيا جعبه ايمن با safety box در خانه بهداشت وجود دارد؟** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **20** | **آيا محل مخصوص براي دفع زباله هاي عفوني مشخص شده است؟** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **21** | **آيا برنامه آموزشي در زمينه ايدز و بيماريهاي آميزشي در سه ماهه اخیر اجرا شده است.**  **در صورت بلي : چه گروهي :**  **🗆دانش آموز 🗆مادران 🗆عموم مردم**  **تعداد: .................. .................. ..................** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **22** | **آيا ملزومات نمونه گيري خلط موجود است؟**  **1) فرم شماره 1 (فرم بيماريابي) 🗆 2) قوطي خلط🗆** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **23** | **آيا فلوچارت تشخيص و درمان سل به ديوار نصب شده است.؟** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **24** | **آيا بهورز مي داند چه وقت در بزرگسالان بايستي به سل شك كرد؟**  **(در صورتيكه فرد دچار سرفه خشك و يا با خلط بيش از 2 هفته باشد)** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **25** | **آيا بهورز مي داند چه وقت دركودكان بايستي به سل شك كرد؟**  **(در صورت تماس كودك با فرد دچار سل ريوي اسميرخلط مثبت و كاهش وزن يا اختلال رشد و سرفه در وي)** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **26** | **آيا بهورز معني داتس (DOTS) را مي داند؟**  **(نظارت مستقيم روزانه برمصرف دارو توسط بيمار)** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **27** | **آيا بهورز نحوه صحيح نمونه گيري خلط را مي تواند توضيح دهد؟**  **( نمونه اول روز اول ، نمونه دوم قبل از برخاستن از بستر در روز دوم و نمونه سوم در روز دوم موقعيكه نمونه دوم را مي آورد، حجم هرنمونه 5-3 سي سي و كيفيت نمونه خلط بايستي چركي باشد و حداكثر 72-48 ساعت وقت است تا نمونه هاي خلط به آزمايشگاه سل و ستاد شود)** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
|  | **جمع امتيازات=** |  |  |  |  |

چک لیست بازدید از برنامه های غیرواگیر در خانه بهداشت........

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **عنوان مورد بررسی ( سؤال )** | **نتیجه بررسی و بازدید** | | | |
| خوب2 | متوسط1 | ضعیف0 | مورد ندارد2 |
| 1 | آیا دفتر مراقبت بیماران غیرواگیر در خانه بهداشت موجود است ؟ |  |  |  |  |
| 2 | آیا بیماران ماهانه توسط بهورز مراقبت می شوند ؟ |  |  |  |  |
| 3 | آیا در مورد استراتژی سه گانه تالاسمی اطلاع کافی دارد ؟ |  |  |  |  |
| 4 | درصد پوشش غربالگری دیابت ؟ |  |  |  |  |
| 5 | عوامل خطر بیماریهای قلب و عروق را می شناسید ؟ |  |  |  |  |
| 6 | علائم هفتگانه بروز سرطان را می داند ؟ |  |  |  |  |
| 7 | راههای پیشگیری از ابتلاء به سرطان می داند ؟ |  |  |  |  |
| 8 | درصد پوشش بازدید ایمنی منزل ( مربوط به آخرین بازدید ) ؟ |  |  |  |  |
| 9 | آیا بیماری PKU و CH در منطقه وجود دارد و نحوه مراقبت چگونه است؟ |  |  |  |  |
| 10 | آیا بهورز بیماری دیابت و پرفشاری خون را می شناسد ؟ |  |  |  |  |
| 11 | آیا به زنان باردار در مورد اهمیت غربالگری نوزادان آموزش داده می شود ؟ |  |  |  |  |
| **جمع امتيازات=** | |  |  |  |  |

چك ليست بازديد از برنامه هاي بهداشت روان در خانه بهداشت ....................

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **عنوان مورد بررسي ( سوال )** | **نتيجه بررسي بازديد** | | | **مورد ندارد2** |
| **خوب2** | **متوسط1** | **ضعيف0** |
| **1** | **آيا بهورز با داروهاي بهداشت روان و عوارض دارويي آن آشنايي دارد ؟** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **2** | **آيا پنج گروه بيماريهاي اعصاب و روان ، علائم و نشانه هاي آن را مي شناسد ؟** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **3** | **آيا ميزان بيماريابي در حد مورد انتظار مي باشد ؟** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **4** | **آيا آمار ماهانه تكميل شده و با فرم ثبت مراجعات بيماران همخواني دارد ؟** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **5** | **آيا بر اساس جدول گانت آموزش بهداشت روان براي جمعيت تحت پوشش برگزار شده است ؟** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **جمع امتيازات=** | |  |  |  |  |

**چك ليست بازديد از برنامه هاي تغذيه خانه بهداشت...............**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **عنوان مورد بررسي (سوال)** | **نتيجه بررسي و بازديد** | | | **مورد ندارد2** |
| **خوب2** | **متوسط1** | **ضعيف0** |
| **1** | **آيا از نوع روغن مصرفي خانوارهاي منطقه خود اطلاع دارد؟** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **2** | **نحوه مقوي و مغذي كردن غذاي كودك را مي داند؟** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **3** | **آيا عوارض كم خوني فقرآهن در گروههاي آسيب پذير را مي داند؟** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **4** | **آيا از دستورالعمل آهن ياري دانش آموزان راهنمايي و دبيرستاني با اطلاع است؟** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **5** | **آيا تفاوت BMIسالمندان با ساير گروههاي سني را مي داند؟** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **6** | **آيا از وضعيت دسترسي فيزيكي به گروههاي اصلي غذايي در منطقه خود آگاه است؟(با ذكر درصد)** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **7** | **از مهمترين اصول تغذيه صحيح در پيشگيري از بيماريهاي قلبي – عروقي، ديابت، چاقي و پرفشاري خون و ... آگاهي دارد؟** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **8** | **مهمترين عوامل موثر بر وضعيت تغذيه كودكان منطقه خود را مي شناسد؟** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **9** | **شناسايي و اقدامات لازم جهت كودكان دچار سوء تغذيه و اختلال رشد چگونه است؟(مشاهدات مستندات)** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **10** | **آيا اقدامات مناسب جهت پيشگيري از كم خوني فقرآهن با توجه به آخرين دستورالعمل انجام شده است؟ (مشاهده مستندات)** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **11** | **آيا كلاسهاي آموزشي نحوه صحيح مصرف روغن جهت زنان خانه دار برگزار شده است؟ (مشاهده در دفتر)** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **12** | **آيا زنان باردار مشكوك به سوء تغذيه به پزشك يا كارشناس تغذيه ارجاع شده اند؟** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **13** | **آيا آمارهاي سنجش يد در نمكهاي مصرفي و مراكز تهيه و توزيع مواد غذايي و خانوارها، مدارس و ... موجود است؟** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **14** | **نحوه رسم منحني زنان باردار و وزن گيري وتجويز مكمل ها با مشاهده (حداقل دو پرونده)** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **15** | **نحوه رسم و تفسير منحني هاي وزن، قد در مورد كودكان زير 8 سال با مشاهده (حداقل دو پرونده)** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **جمع امتيازات=** | |  |  |  |  |

**چك ليست نظارت برنامه هاي بهداشت مدارس خانه بهداشت .....................**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **سوال** | **نتيجه بررسي و بازديد** | | | | |
| **خوب2** | **متوسط1** | **ضعيف0** | | **مورد ندارد2** |
| **1- بهورز مركز اطلاعات جمعيتي دانش آموزان را به تفكيك مقطع تحصيلي و مدارس به ديوار نصب كرده است ؟** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | | **🞏** |
| **2- كليه مدارس داراي پرونده بهداشتي مدرسه تكميل شده ، مي باشد ؟ (تمام فرمها هفت گانه تكميل شده باشد )** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | | **🞏** |
| **3- برنامه نظارت از مدارس موجود مي باشد ؟** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | | **🞏** |
| **4- نظارت از مدارس بصورت ماهيانه يكبار انجام گرفته است ؟** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | | **🞏** |
| **5- نتايج نظارت در پرونده بهداشتي مدرسه ثبت شده است ؟** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | | **🞏** |
| **6- معاينات غربالگري دانش آموزان ابتدايي ، اول راهنمايي ، اول دبيرستان انجام گرفته است و نتايج آن در پرونده بهداشتي مدرسه ثبت شده است .** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | | **🞏** |
| **7- معاينات پزشك عمومي دانش آموزان اول ، سوم ابتدايي ، اول راهنمايي ، اول دبيرستان انجام گرفته است ؟ و در شناسنامه سلامت ثبت شده است ؟** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | | **🞏** |
| **8- افرادي كه نياز به ارجاع پزشك عمومي و متخصص دارند در پرونده ثبت و نتايج آن پيگيري شده است ؟** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | | **🞏** |
| **9- معاينات پديكلوزيس بصورت فصلي انجام گرفته است ؟** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | | **🞏** |
| **10- اسامي افراد آلوده به پديكلوزيس در پرونده ثبت شده و پيگيري درمان دانش آموزو خانواده آن انجام گرفته است ؟** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | | **🞏** |
| **11- واكسيناسيون توام اول دبيرستان انجام گرفته است ؟** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | | **🞏** |
| **12- نظارت طرح شير مدارس انجام گرفته است ؟ ( گزارش به مركز بهداشتي درماني )** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | | **🞏** |
| 1. **آموزش بلوغ بهمراه توزيع كتابچه جهت دانش آموزان اول راهنمايي دختر انجام گرفته است ؟** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | | **🞏** |
| 1. **برنامه آموزشي مدون جهت دانش آموزان مقاطع مختلف موجود مي باشد ؟** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | | **🞏** |
| **15- از همكاري ساير پرسنل مركز در آموزشها استفاده شده است ؟** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | | **🞏** |
| **16-آموزشهاي داده شده در مدارس در فرم آموزشي ثبت شده است ؟** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | |
| **17- اطلاعات بهورز در رابطه با بينايي و شنوايي كافي است ؟** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | |
| **18- شرايط دانش آموزان نيازمند به مراقبت ويژه را مي داند و در پرونده ثبت نموده است ؟** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | |
| **19- نحوه معاينه عمومي را مي داند ؟ ( وزن – قد – BMI- ستون فقرات** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | |
| **20-ارسال به موقع فرم آماري پديكلوز،واكسيناسيون و1/109 بهداشت مدارس** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | |
| **جمع امتيازات=** |  |  |  |  | |

چك لیست بازدید برنامه بهداشت دهان ودندان خانه بهداشت..............

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **عنوان مورد بررسی ( سؤال )** | **نتیجه بررسی و بازدید** | | | |
| **خوب2** | **متوسط1** | **ضعیف0** | **مورد ندارد2** |
| **1** | **آیا آموزش بهداشت دهان و دندان به مادران باردار و زنان شیرده انجام می دهد؟** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **2** | **آیا معاینه و ثبت وضعیت دهان ودندان زنان باردار شیرده در پرونده خانوار انجام می شود و در صورت لزوم ارجاع انجام مي شود ؟** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **3** | **آیا معاینه وضعیت دهان و دندان کودکان زیر 6 سال در پرونده انجام می شود و ارجاع به مراکز بهداشتی درمانی در صورت لزوم ؟** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **4** | **آیا مراجعه به مدارس ، بیمارستان ، ارجاع و آموزش دانش آموزان ابتدایی انجام میدهد؟** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **5** | **آیا نظارت به طرح های ملی مثل دهانشویه فلوراید در سطح مدارس دارند؟** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **6** | **آیا عملکرد خانه بهداشت به صورت ماهانه طی فرمهای مخصوص به شهرستان گزارش می کنند؟** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **7** | **آیا نمونه گیری از آب منطقه و ارسال برای آزمایش میزان فلوراید و ثبت نتایج انجام می شود؟** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **جمع امتيازات=** | |  |  |  |  |

**چك ليست بازديدامور دارويي خانه بهداشت ...............**

......................................................................................................

خوب 2 متوسط1 ضعيف 0 مورد ندارد 2

1. **وجود قفسه دارويي و چيدن مناسب.........................**
2. **نگهداري دارو ها در شرايط مناسب...........................**
3. **وجود دارو بر اساس دارونامه......................................... --**
4. **وجود داروي تاريخ گذشته............................................. --**
5. **وجود دفترو ثبت روزانه دفتر دارويي....................... --**
6. **همخواني قفسه دارويي و دفتر دارويي..................................**
7. **داشتن فرم تاريخ انقضاء و تكميل آن.................................**

**9-وجود برنامه زمان بندي درخواست**

**و توزيع دارو از سوي شبكه.....................................................**

**10-تنظيم فرم درخواست دارويي**

**و بايگاني بك نسخه از آن...........................................................**

**11-وجود دارونامه............................................................................ --**

**12-اطلاعات مناسب دارويي بهورز (دوز مناسب**

**،منع مصرف،توصيه هاي ضروري).............................................**

**14-وجود مقدار كافي از**

**هر قلم دارو...........................................................................................**

**جمع امتياز= ............ .......... ..............**

**شاخص وپوشش كمي مراقبت ها در خانه بهداشت ............................**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **عنوان شاخص** | **نحوه محاسبه** | **اعداد خام** |
| **1** | **درصد واكسيناسيون كودكان زير يكسال ماه قبل** | **تعداد كودك زير يكسال كه واكسيناسيون آنها با توجه به سن تكميل است/ تعداد كل كودكان زير يكسال ماه قبل \*100** |  |
| **2** | **پوشش مراقبت تنظيم خانواده آخرين روز فصل گذشته** | **تعداد زنان شوهر دار استفاده كننده از روشهاي مطمئن پيشگيري از بارداري / تعداد زنان 49-15 ساله شوهردار جمعيت\* 100** |  |
| **3** | **درصد پوشش مراقبت زنان باردار** | **تعداد زنان بارداري كه با توجه به سن بارداري مراقبت هايشان كامل انجام گرفته است /تعداد كل زنان باردار منطقه\*100** |  |
| **4** | **درصد پوشش مراقبت كودكان يكساله** | **تعداد كودكان يكساله اي كه با توجه به سنشان كليه مراقبت ها را دريافت كرده اند / تعداد كل كودكان يكساله\*100** |  |
| **5** | **درصد پوشش تنظيم خانواده زوج ناقلين تالاسمي** | **تعداد زوج ناقلين تحت پوشش برنامه تنظيم خانواده/ تعداد زوج ناقلين واجد شرايط تنظيم خانواده\*100** |  |
| **6** | **درصد پوشش نوزادان غربالگري شده CH(در فصل)** | **تعداد نوزادان غربالگري شده از جهت CH / تعداد نوزادان متولد شده \*100** |  |
| **7** | **درصد مراكز تهيه وتوزيع وفروش مواد غذايي با معيار بهداشتي بهسازي** | **تعداد مراكز با معيار بهسازي+تعداد مراكز با معيار بهداشتي / تعداد كل مراكز تهيه وتوزيع \*100** |  |
| **8** | **ميزان مرگ كودكان زير يكسال** | **تعداد كودكان زير يكسال فوت شده /تعداد كل كودكان زير يكسال ماه قبل\*100** |  |
| **9** | **درصد جلسات آموزشي برگزار شده شش ماهه گذشته** | **تعداد جلسات آموزشي برگزار شده در 6 ماه گذشته / تعد اد جلسات پيش بيني شده براي اجرا در 6 ماه گذشته\*100** |  |

چك ليست بازديد از منازل در روستاي تحت پوشش خانه بهداشت...............

شماره خانوار= نام سرپرست خانوار=

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| رديف | **عنوان مورد بررسي (سوال)** | **نتيجه بررسي و بازديد** | | | **مورد ندارد2** |
| **خوب4** | **متوسط2** | **ضعيف0** |
| 1 | **انجام بازديد بهداشت محيط منزل توسط بهورزان با ذكر تاريخ آخرين بازديد...................** |  |  |  |  |
| 2 | **انجام بازديد ايمني منزل توسط بهورزان با ذكر تاريخ آخرين بازديد...................** |  |  |  |  |
| 3 | **انجام بازديد از كارگاه خانگي توسط بهورزان(در صورت وجود)با ذكر تاريخ آخرين بازديد...................** |  |  |  |  |
| 4 | **انجام مراقبت بارداري طبق برنامه وآموزش و...(با مقايسه پرونده خانوار)** |  |  |  |  |
| 5 | **انجام مراقبت كودك طبق برنامه وآموزش و...(با مقايسه پرونده خانوار)** |  |  |  |  |
| 6 | **انجام مراقبت تنظيم خانواده طبق برنامه وآموزش و...(با مقايسه پرونده خانوار)** |  |  |  |  |
| 7 | **مراقبت بيماري غير واگير(ديابت ،فشارخون و...)در صورت وجد بيمار در خانواده** |  |  |  |  |
| 8 | **آگاهي از موضوعي كه بهورز آموزش داده است** |  |  |  |  |
| 9 | **انجام واكسيناسيون گروه هدف (در مقايسه با كارت واكسن وپرونده)** |  |  |  |  |
| 10 | **همخواني كارت رشد با پرونده وآگاهي مادر از روند رشد كودك** |  |  |  |  |
| **جمع امتيازات=** | |  |  |  |  |

فرم جمع بندي امتيازات عملكردي خانه بهداشت ...................................

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| رديف | برنامه واحد | نمره مورد انتظار | جمع امتيازات كسب شده | | | |
| خوب2 | متوسط1 | ضعيف0 | مورد ندارد2 |
| 1 | **اطلاعات عمومي ستاد** | **28** |  |  |  |  |
| 2 | **آموزش سلامت** | **26** |  |  |  |  |
| 3 | **بهداشت محيط** | **18** |  |  |  |  |
| 4 | **بهداشت حرفه اي** | **12** |  |  |  |  |
| 5 | **بيماريهاي واگير** | **54** |  |  |  |  |
| 6 | **بيماريهاي غيرواگير** | **22** |  |  |  |  |
| 7 | **بهداشت روان** | **10** |  |  |  |  |
| 8 | **بهداشت خانواده** | **62** |  |  |  |  |
| 9 | **تغذيه** | **30** |  |  |  |  |
| 10 | **بهداشت مدارس** | **40** |  |  |  |  |
| 11 | **بهداشت دهان ودندان** | **14** |  |  |  |  |
| 12 | **بازديد عملكرد در محيط** | **40** |  |  |  |  |
| 13 | **امور دارويي** | **28** |  |  |  |  |
|  | - | جمع كل امتيازات=384 |  |  |  |  |