چك ليست بازديد خانه بهداشت وفيلدكاري بهورزان در روستا

**نام مركز بهداشتي درماني مربوطه ............... جمعيت تحت پوشش...............تعداد روستاي تحت پوشش خانه بهداشت: ..........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: ...... تعداد پرونده سلامت تشكيل شده در جمعيت:........**

 **آخرين 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 موتورسيكلت 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** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |

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

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

 خوب متوسط ضعيف 0 مورد ندارد

1. **وجود قفسه دارويي و چيدن مناسب داروها در آن .....**
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. **ثبت روزانه دفتر داروئي**
7. **همخواني قفسه دارويي و دفتر دارويي**
8. **داشتن فرم تاريخ انقضاء و تكميل آن**

**9-وجود برنامه زمان بندي درخواست و توزيع دارو از شبكه**

**10-وجود ئاروي خارج از ليست دارويي (غير مجاز )**

**11-تنظيم فرم درخواست دارويي و بايگاني بك نسخه از آن**

**12-اولويت مصرف دارو بر اساس تاريخ انقضاء**

**13-وجود دارونامه خانه بهداشت --**

**14--اطلاعات مناسب دارويي بهورز**

**15آموزش هاي لازم به بيمار توسط بهورز**

**16-وجود بايگاني مناسب براي حواله ها و درخواست هاي داروئي**

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

**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 اول 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 ابتدائي ، 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 ؟**
 | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **14- از همكاري ساير پرسنل مركز در آموزشها استفاده شده است ؟**  | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **15 –آيا برنامه هاي آموزشي منظم در مدارس اجرا مي شود؟** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| **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=** |  |  |  |  |

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **عنوان شاخص** | **نحوه محاسبه** | **موجود** | **مورد انتظار** | **حد اكثر امتياز** | **امتياز كسب شده** |
| **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** |  | **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** |  | **68% به بالا** |  |  |
| **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** |  | **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** |  | **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** |  | **100%** |  |  |
| **6** | **درصد پوشش نوزادان غربالگري شده CH(در فصل)** | **تعداد نوزادان غربالگري شده از جهت CH / تعداد نوزادان متولد شده \*100** |  | **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** |  | **100%** |  |  |
| **8** | **ميزان مرگ كودكان زير يكسال**  | **تعداد كودكان زير يكسال فوت شده به علل قابل پيشگيري توسط بهورز/تعداد كل كودكان زير يكسال \*100** |  | **صفر** |  |  |
| **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** |  | **100%** |  |  |
| **10** | **درصد بازديد از كارگاههاي خانگي وغير خانگي**  | **تعداد كارگاههاي بازديد شده / تعداد كل كارگاهها \*100** |  | **100%** |  |  |
| **11** | **درصد پوشش مراقبت سالمندان**  | **تعداد سالمنداني كه تحت مراقبت قرار دارند/تعداد كل سالمندان منطقه\*100** |  | **100%** |  |  |
| **12** | **در صد مراقبت از دانش آموزان** | **تعداد دانش آموزاني كه تحت مراقبت قرار دارند/تعداد كل دانش آموزان منطقه\*100** |  | **50%در هر سه ماه سال تحصيلي** |  |  |
| **13** | **ميزان مرگ مادران باردار**  | **تعداد مادران باردار فوت شده به علت قابل پيشگيري توسط بهورز /تعداد كل مادران باردار منطقه\*100** |  | **صفر** |  |  |