باسمه تعالی

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

معاونت بهداشت/ دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس/ اداره سلامت کودکان

چك ليست پایش برنامه سلامت كودكان (پایلوت بسته جدید) خانه بهداشت/ پایگاه سلامت: .................... شهرستان ........... دانشگاه ...................

تاریخ پایش : ...................... تاریخ شروع پایلوت بسته جدید درخانه بهداشت/ پایگاه سلامت:..............

نام و نام خانوادگی بهورز/ مراقب سلامت: پایش کننده:

|  |
| --- |
| شناسایی جمعیت**\* نحوه امتیاز دهی: 0= عدم انجام 1= انجام بدون مستندات (اظهار شفاهی) 2= انجام همراه مستندات ناقص 3= انجام همراه مستندات کامل یا مورد ندارد** |
| ردیف | نوع فعا لیت | استاندارد ارزیابی | امتیاز \* |
| 1 | آمار جمعيتي گروه هدف کودکان (موالید، کودکان زیر یکسال، زیر 6 سال و مرگ و میر نوزادان ، زیر یکسال، یک تا 59 ماهه) در ابتداي سال را به طور صحيح استخراج و ثبت نموده است؟ |  |  |
| 2 | آیا پانل مدیریتی در پایگاه بهداشتی/ خانه بهداشت تکمیل شده است؟ |  |  |
| 3 | آیا از وضعیت شاخص های سلامت کودکان مطابق با پانل اطلاع دارد ؟ | سوال از شاخصهای پانل |  |
| 5 | بر اساس فرم گزارش تلفنی، اطلاعات مرگ نوزادی و کودکان 59-1 ماهه حداکثر 24 ساعت پس از اطلاع از وقوع مرگ به ستاد شهرستان گزارش شده است؟ |  |  |
| 6 | علل ثبت شده مرگ کودکان زیر 5 سال در زيج حياتي با موارد تأیید شده کمیته مرگ کودکان شهرستان مطابقت دارد؟ |  |  |
| 7 | آیا تعداد شیر مصنوعی خواران و بیشترین علت مصرف شیر مصنوعی اطلاع دارد؟ |  |  |
| **جمع (درصد) امتیاز :**  |
|  | سازماندهی**\* نحوه امتیاز دهی: 0= عدم انجام 1= انجام بدون مستندات (اظهار شفاهی) 2= انجام همراه مستندات ناقص 3= انجام همراه مستندات کامل یا مورد ندارد** |
| ردیف | نوع فعا لیت | استاندارد ارزیابی | امتیاز \* |
| 1 | ا یا بهورز/ مراقب سلامت در دوره‌هاي آموزشي بسته جدید خدمتی سلامت کودکان منطبق با استاندارد شرکت کرده است؟تعداد ساعات آموزشی ؟ ........... ساعت |  |  |
| 2 | آیا بسته های آموزشی، کمک آموزشی بسته جدید خدمت سلامت کودکان موجود است؟ | (بوكلت چارت کودک سالم وبیمار ویژه غیر پزشک، راهنماي بوكلت چارت و ....) |  |
| 3 | آیا ملزومات مراقبتی بسته جدید خدمت سلامت کودکان موجود است؟ | (کارت فرم ASQ سنین مختلف، پمفلت، تراکت، بروشور تکامل و .... توزیع شده از دانشگاه یا وزارت) |  |
| 5 | آیا درخواست مکمل ها و داروهای بسته جدید خدمت سلامت کودکان به طور صحیح محاسبه شده است؟ | مشاهده لیست درخواست دارویی |  |
| 6 | آیا دارو و مکمل های (سه ماهه ) بسته جدید خدمت سلامت کودکان بر اساس نیاز و به موقع در اختیار خانه بهداشت / پایگاه سلامت قرار گرفته است؟ |  |  |
| 7 | در صورتیکه پاسخ سوال قبل بلی می باشد، مقدار مکمل دریافت شده چه مقدار بوده است؟قطره آهن: ........ شیشه قطره قطره A+D : ............ شیشه قطرهقطره مولتی ویتامین:..........شیشه قطره شربت روی: .................. شیشه | مقدار مکمل دریافت شده با توجه به آمار جمعیت کودکان و پوشش مراقبت محاسبه و بررسی شود |  |
| 8 | آیا سامانه سیب(ناب یا سینا) در خانه بهداشت / پایگاه سلامت راه اندازی شده و به اینترنت پر سرعت دسترسی دارند؟ |  |  |
| 9 | آیا بهورز/ مراقب سلامت در خصوص نرم افزار سیب (زبانه پایلوت مراقبتهای ادغام یافته کودکان) آموزش دیده اند؟ اگر بله تاریخ : |  |  |
| **جمع (درصد) امتیاز :**  |
| بررسی آگاهی و عملکرد ارائه دهنده خدمت(کودک سالم)اگر مراقب سلامت/بهورز خدمت را به طور کامل و صحیح ارائه داد نیازی به سنجش آگاهی نیست. در غیر اینصورت آگاهی ایشان باید مورد پرسش قرار گرفته شود\* نحوه امتیاز دهی: 0= عدم ارائه خدمت و عدم داشتن آگاهی 1=عدم ارائه خدمت، داشتن آکاهی 2= ارائه خدمت به صورت ناقص و داشتن آگاهی 3= ارائه خدمت به صورت کامل و داشتن آگاهی |
| ردیف | نوع فعا لیت  | استاندارد ارزیابی | امتیاز \* |
| ***مراقبت*** |
| 1 | آیا بهورز/ مراقب سلامت، جهت ویزیت های مراقبت سلامت کودکان در 6 ماهگی، 12 ماهگی، 2 سالگی، 3 سالگی، 5 سالگی (معاینه پزشک) ارجاع و پیگیری های لازم را انجام داده است؟ |  |  |
| 2 |  آیا ارزیابي كودك كمتراز 2 ماه ازنظرعلائم و نشانه های خطر توسط بهورز/ مراقب سلامت بدرستی انجام می گیرد؟  | ( کاهش قدرت مکیدن، استفراغ مکرر ، تشنج ، تنفس تند(60 بار در دقیقه یا بیشتر) ، تو کشیده شدن قسمت پایینی قفسه سینه در هنگام دم، پرش پره های بيني، ناله كردن، برآمدگي ملاج،زردی، اختلال هوشیاری، بي قراري و تحریک پذيري، بي حالي ،درجه حرارت زیر بغل) |  |
| 3 | آیا ارزیابي كودك 2 ماهه تا 6 سال ازنظرعلائم و نشانه های خطر توسط بهورز/ مراقب سلامت بدرستی انجام می گیرد؟ | ( قادر به نوشیدن یا شیر خوردن نبودن ، استفراغ بلافاصله پس از خوردن ، تشنج، خواب آلودگی غیر عادی) |  |
| 4 | آیا مراحل ارزیابی توزین کودک بدرستی انجام می دهد؟ | (بیان هدف ازتوزین کودک، کم کردن لباس های کودک متناسب باشرایط جوی ،کنترل نمودن ترازو با وزنه شاهد، صفر کردن ترازو قبل از توزین، قرار دادن کودک بر روی ترازو، قرار دادن کودک روی ترازو (کمتر از 7 ماه به صورت خوابیده- از 7 ماه تا 2 سال به صورت خوابیده یا نشسته بر روی ترازو-کودک بالاتر از 2 سال به صورت ایستاده)، قرائت وزن کودک از رو به رو، کم کردن وزن تقریبی لباس های کودک از وزن خوانده شده، یادداشت وزن کودک، صفر نمودن ترازو پس از توزین، قفل کردن ترازو پس از توزین، ثبت وزن کودک، ترسیم منحنی وزن بر روی کارت پایش رشد، تفسیر منحنی وزن برای مادر) |  |
| 5 | آیا مراحل ارزیابی قد کودک کمتر از 2 سال را بدرستی انجام می دهد؟  | (بیان هدف از اندازه گیری، در آوردن کلاه، تل یا گل سر کودک، در آوردن کفش کودک، خواباندن کودک بر روی میز قد سنج، قرار گرفتن سر در مجاورت دیواره ثابت میز قد سنج، قرار گرفتن چشم های کودک به صورت مستقیم به سمت بالا، مماس بودن کف پا بر صفحه متحرک پایین قد سنج، قرار گرفتن انگشت شست پا به صورت صاف و به سمت بالا، قرائت اندازه قد، یادداشت قد کودک، ثبت قد کودک، ترسیم منحنی قد به طور صحیح در کارت پایش رشد، تفسیر منحنی قد برای مادر) |  |
| 6 | آیا مراحل ارزیابی قد کودک بالاتر از 2 سال را بدرستی انجام می دهد؟ | (بیان هدف از اندازه گیری، در آوردن کلاه، تل یا گل سر کودک، در آوردن کفش کودک، قرار گرفتن کودک در کنار صفحه عمودی قد سنج، مماس بودن نقاط بر صفحه عمودی قد سنج (پشت سر، شانه ها، بر آمدگی باسن ، ماهیچه های ساق پا، پاشنه ها)، قرار گرفتن سر کودک به سمت رو به رو، قرائت اندازه قد، یادداشت قد کودک، ثبت قد کودک، ترسیم منحنی قد به طور صحیح در کارت پایش رشد، تفسیر منحنی قد برای مادر) |  |
| 7 | آیا مراحل ارزیابی دور سر کودک زیر 2 سال را بدرستی انجام می دهد؟  | (بیان هدف از اندازه گیری دور سر، در آوردن کلاه، روسری و گیره سر کودک، قرار گرفتن متر در برجسته ترین نقطه پشت سر تا برجسته ترین نقطه روی پیشانی (بر آمدگی ابروها)، قرائت اندازه دور سر، یادداشت دور سر کودک، ترسیم صحیح منحنی دور سر در کارت پایش رشد، تفسیر منحنی دور سر برای مادر) |  |
| 8 | آیا ارزیابی وضعیت تغذیه شیر خوار 3 روز تا 2 ماه را بدرستی انجام می دهد؟ | (بررسی زیاد شدن جریان شیر، بررسی هوشیاری شیرخوار و تقاضای شیر، بررسی تغییرات وزن از تولد تا کنون، دفعات ادرار، بررسی اجابت مزاج کودک و تکمیل فرم مشاهده شیردهی) |  |
| 9 | آیا ارزیابی وضعیت تغذیه شیر خوار تا پایان 6 ماه را بدرستی انجام می دهد؟  | (وضعیت عمومي،وضعیت بغل کردن شیرخوار وضعیت پستان گرفتن ، نحوه مكیدن) |  |
| 10 | آیا ارزیابی و مشاهده سلامت و شیردهی مادر را بدرستی انجام می دهد؟ | شیردهی و مشکلات پستان- بارداری همزمان با شیردهی- مصرف دارو توسط مادر- اعتیاد مادر - بیماریهای جسمی مادر- بیماری روحی روانی یا افسردگی پس از زایمان مادر- سوء تغذیه مادر- تغذیه با شیر مادر در شرایط خاص شیرخوار) |  |
| 11 | آیا جهت شیر خوار6 تا 24 ماه، مشاوره های لازم را (مطابق بخش مشاوره شیردهی بوکلت چارت) انجام می دهد؟ | (تداوم تغذیه با شیر مادر تا 2 سالگی، استفاده از شیر مادر به عنوان غذای اصلی تا یکسالگی، آموزش از شیر گرفتن شیرخوار بعد از 24 ماهگی) |  |
| 12 | آیا ارزیابی تغذیه تکمیلی شیر خوار از آغاز 7 ماهگی تا 12 ماهگی را مطابق با بوکلت انجام می دهد؟ | (زمان شروع تغذیه تکمیلی- غلظت غذای کودک- استفاده از گروههای متنوع غذایی-2 تا3 وعده غذا (6 تا 8 ماه) 3 تا 4 وعده غذا (9 تا 12 ماهگی)- 1 تا2 بار میان وعده) |  |
| 13 | آیا ارزیابی وضعیت تغذیه کودک 1 تا 5 سال ماه را مطابق با بوکلت انجام می دهد؟ | (استفاده از تمام گروههای غذایی- 3 تا4 وعده غذای خانواده- 1 تا2 بار میان وعده- دریافت سهم غذای کافی متناسب با سن) |  |
| 14 | آیا موارد تجویز شیر مصنوعی در جمعیت تحت پوشش مطابق با اندیکاسیون تغذیه با شیر مصنوعی انجام شده است؟ |  |  |
| 15 | آیا ارزیابي کودک ازنظر وضعیت دهان و دندان در زمان مناسب و مطابق با بوکلت انجام می دهد ؟ | مراقبت ها طبق بوکلت انجام شود- انجام وارنیش فلوراید ئر 36، 42، 48، 54 و 60 ماهگی- انجام ویزیت دندانپزشک در 36 و 60 ماهگی) |  |
| 16 | آیا ارزیابی بینایی را در زمان مناسب و مطابق با بوکلت انجام می دهد؟  | پیگیری غربالگری به موقع (زیر 2 ماه ، 7 ماهگی ، 4 و 5 سالگی )، بررسی ظاهر چشم و هم راستا بودن ان |  |
| 17 | آیا ارزیابی شنوایی در زمان مناسب و مطابق با بوکلت انجام می دهد؟ | سوالات طبق بوکلت از مادر پرسیده شود- بررسی کودک از نظر تست غربالگري شنوايي دردوران نوزادي-انجام تست غربالگری شنوایی نوبت دوم 3-5 سالگی |  |
| 18 | آیا ارزیابي کودک ازنظر وضعیت تكامل مطابق با دستورالعمل انجام می شود؟ | غربالگری بر اساس RED FLAGS برای سنین2، 9 ، 18 ماهگی و 4 سالگی - انجام غربالگری تکامل بر اساس پرسشنامه ASQ در سن6 و 12، 24ماهگی ، 3 و 5 سالگی |  |
| 19 | آیا ارزیابي ژنتیكی کودک در زمان مناسب و مطابق با دستورالعمل انجام می شود؟  | انجام غربالگری در 3 تا 5 روزگی یا14 تا 15 روزگی و یکسالگی |  |
| 20 |  آیا ارزیابي کودک ازنظر وضعیت واکسیناسیون را بدرستی انجام می دهد؟  | تزریق و تجویز صحیح واکسن ها ، تاریخ مراجعه بعدی ، پیامدهای واکسن |  |
| 21 | آیا ارزیابي کودک از نظر مصرف مكملهاي دارویي بدرستی انجام می دهد؟ | نوزادان ترم- نارس LBW و ELBW |  |
| 22 | آیا ارزیابي وضعیت فرزندآوري مادر در زمان مناسب و مطابق با دستورالعمل انجام می شود؟ | بررسی تعداد و سن کودکان فعلی ، مشاوره |  |
| 23 | آیا رزیابی کودک از نظر کم کاری تیروئید مطابق با دستورالعمل انجام می شود؟ |  |  |
| 24 | آیا ارزیابي کودک از نظر فنیل کتونوري مطابق با دستورالعمل انجام می شود؟ |  |  |
| 25 | آیا در ویزیت مراقبت به علائم و نشانه های بدرفتاری با کودک توجه نموده و ارزیابي بدرفتاري با کودک مطابق با دستورالعمل انجام می شود؟ | عدم تناسب توضيحات مادر با نوع علائم بدني،گريه هاي طولاني و ممتد نوزاد، وجود كبودي، خونمردگي، شكستگي، علايم سوختگي با آب جوش يا سيگار،کبودي يا اثر گاز گرفتگي |  |
| 26 | آیا غربالگري ها به موقغ پیگیری و اجرا شده است؟  |  |  |
| 27 | آیا غربالگري کم خونی مطابق با دستورعمل برای کودکان واجد شرایط و در زمان مناسب انجام میشود؟ | مراقب سلامت یا بهورز باید مطابق با بوکلت از والدین سوالاتی را بپرسد که کودکان در معرض کم خونی را شناسایی کند (نوزادان نارس-LBW- شروع زودرس شیرگاو-نیاز بهداشتی خاص- رژیم غذایی ناکافی-فقر و عدم دسترسی به غذا) |  |
| 28 | آیا غربالگري چربی خون مطابق با دستورعمل برای کودکان واجد شرایط و در زمان مناسب انجام میشود؟ | مراقب سلامت یا بهورز باید مطابق با بوکلت از والدین سوالاتی را بپرسد که کودکان در معرض چربی خون را شناسایی کند(سابقه خانوادگی بیماریهای مرتبط- اضافه وزن کودک) |  |
| 29 | آیا غربالگري فشارخون مطابق با دستورعمل برای کودکان واجد شرایط و در زمان مناسب انجام میشود؟ | اندازه گیری در معاینه فیزیکی سالانه تمام کودکان بالای 3 سال- توصیه به انجام در کودکان در معرض خطر |  |
| ***آموزش و مشاوره*** |
| 30 | در صورت وجود مشکلات شیردهی آیا مطابق با دستورالعمل با مادر مشاوره می کند؟ | وضعیت مطلوب تغذیه با شیرمادر در ۳-۵روزگي، تداوم شیردهی،کفایت شیرمادر، دوشیدن شیر، گریه نوزاد ، امتناع شیرخوار از گرفتن پستان، تغذیه با شیرمادر در شرایط خاص شیرخوار، مشکلات پستانی مادر، تغذیه با شیر مصنوعی |  |
| 31 | آیا مشاوره با مادر براي سلامت چشم کودکان انجام می شود؟ |  |  |
| 32 | آیا مشاوره با مادر براي سلامت گوش کودکان انجام می شود؟ |  |  |
|  | آیا مشاوره با مادر در مورد سلامت دهان و دندان کودک انجام می شود؟  | روشهای صحیح مسواک زدن،اقدامات لازم جهت بیرون افتادن کامل دندان از دهان،زمان های مناسب برای مسواك زدن |  |
| 33 | آیا مشاوره با مادر در مورد عوامل محیطي مؤثر بر سلامت کودک انجام می شود؟  | عوارض مصرف دخانیات توسط والدین، تماشای تلویزیون و استفاده ازتبلت و...، آلودگی هوا، تماس با آفتاب |  |
| 34 | آیا اقدامات مربوط به پیشگیری از سوانح و حوادث بر حسب سن کودک رابه مادر آموزش می دهد؟  | سوختگي،سقوط،غرق شدگی و خفگی ،مسمومیت ،حوادث ترافیكي،صدمات بدني،کودک آزاري |  |
| 36 | آیا نکات مربوط به ارتباط متقابل والدین و کودک را به مادر آموزش می دهد؟ |  |  |
| ***ثبت اطلاعات*** |
| 1 | آیا ثبت کلیه نکات نیازمند ارزیابی در نرم افزار به طور کامل انجام شده است؟ |  |  |
| 2 | آیا پیگیری ها در نرم افزار ثبت و به موقع انجام شده است؟ |  |  |
| درصد امتیاز صفر = .......% ( نشان دهنده عدم ارائه خدمت و عدم داشتن آگاهی بهورز/ مراقب سلامت) درصد امتیاز 1 = .......% ( نشان دهنده عدم ارائه خدمت و داشتن آگاهی بهورز/ مراقب سلامت) درصد امتیاز 2= .......% ( نشان دهنده ارائه خدمت به صورت ناقص و داشتن آگاهی بهورز/ مراقب سلامت)درصد امتیاز 3=.......% ( نشان دهنده ارائه خدمت به صورت کامل و داشتن آگاهی بهورز/ مراقب سلامت) |
| بررسی آگاهی و عملکرد ارائه دهنده خدمت(کودک بیمار)اگر مراقب سلامت/بهورز خدمت را به طور کامل و صحیح ارائه داد نیازی به سنجش آگاهی نیست. در غیر اینصورت آگاهی ایشان باید مورد پرسش قرار گرفته شود\* نحوه امتیاز دهی: 0= عدم ارائه خدمت و عدم داشتن آگاهی 1=عدم ارائه خدمت، داشتن آکاهی 2= ارائه خدمت به صورت ناقص و داشتن آگاهی 3= ارائه خدمت به صورت کامل و داشتن آگاهی |
| امتیاز \* | امتیاز \* | امتیاز \* | امتیاز \* |
| ***مراقبت کودک بیمار توسط غیر پزشک*** |
| 1 |  آیا بهورز/ مراقب سلامت، مراقبت کودک بیمار زیر 2 ماه را بدرستی انجام می دهد؟ (ارزیابی، طبقه بندی و درمان علائم و نشانه های خطر، عفونت های موضعی، زردی، کم آبی، اختلال دمای بدن، تغذیه شیرخوار / واکسیناسیون / مکمل های دارویی) | در صورت وجود کودک بیمار زیر 2 ماه از طریق مشاهده خدمت، در غیر اینصورت مشاهده مستندات ثبت آخرین کودک بیمار زیر 2ماه و پرسش و پاسخ و سنجش آگاهی بهورز/مراقب سلامت |  |
| 2 |  آیا بهورز/ مراقب سلامت، مراقبت کودک بیمار 2 ماهه تا 5 ساله را بدرستی انجام می دهد؟( ارزیابی، طبقه بندی و درمان علائم خطر فوری، علائم و نشانه های خطر، سرفه یا تنفس مشکل، اسهال و کم آبی، تب، مشکل گوش / گلو درد، اختلال رشد / واکسیناسیون / مکمل های دارویی ) | در صورت وجود کودک بیمار زیر 2 ماهه تا 5 ساله از طریق مشاهده خدمت، در غیر اینصورت مشاهده مستندات ثبت آخرین کودک بیمار 2ماه تا 5 سال و پرسش و پاسخ و سنجش آگاهی بهورز/مراقب سلامت |  |
| ***ثبت اطلاعات کودک بیمار توسط غیر پزشک*** |
| 1 | آیا ثبت کلیه نکات نیازمند ارزیابی در نرم افزار به طور کامل انجام شده است؟ |  |  |
| 2 | آیا پیگیری ها در نرم افزار ثبت و به موقع انجام شده است؟ |  |  |
| درصد امتیاز صفر = .......% ( نشان دهنده عدم ارائه خدمت و عدم داشتن آگاهی بهورز/ مراقب سلامت) درصد امتیاز 1 = .......% ( نشان دهنده عدم ارائه خدمت و داشتن آگاهی بهورز/ مراقب سلامت) درصد امتیاز 2= .......% ( نشان دهنده ارائه خدمت به صورت ناقص و داشتن آگاهی بهورز/ مراقب سلامت)درصد امتیاز 3=.......% ( نشان دهنده ارائه خدمت به صورت کامل و داشتن آگاهی بهورز/ مراقب سلامت) |
| رضایت مندی گیرنده خدمت**نحوه امتیاز دهی: 0= عدم رضایت 1= رضایت کم 2= رضایت نسبی 3= رضایت کامل** |
| 1 | آیا از نحوه برخورد مراقب سلامت/ بهورز رضایت دارید؟ |  |  |
| 2 | آیا از نحوه مراقبت توسط مراقب سلامت/ بهورز رضایت دارید؟ |  |  |
| 3 | آیا از نحوه آموزش و مشاوره مراقب سلامت/ بهورز رضایت دارید؟ |  |  |
| 4 | آیا از نحوه نوبت دهی جهت مراجعه بعدی/ پیگیری/ ارجاع مراقب سلامت/ بهورز رضایت دارید؟ |  |  |
| **جمع (درصد) امتیاز :**  |
| پیگیری و ارجاع مراقبت ها**نحوه امتیاز دهی: 0= عدم انجام 1= انجام بدون مستندات (اظهار شفاهی) 2= انجام همراه مستندات ناقص 3= انجام همراه مستندات کامل یا مورد ندارد** |
| 1 | آیا پیگیری لازم، جهت معاینه توسط پزشک در دوره نوزادی، 6 ، 12، 24، 36، 60 ماهگی انجام شده است؟ |  |  |
| 2 | آیا کودکان سالم/ بیمارنیازمند به پیگیری مورد پیگیری ومراقبت قرار گرفته اند؟ |  |  |
| 3 | آیا پسخوراند ارجاع (غیرفوری / فوری ) کودکان ارجاع شده توسط بهورز/ مراقب سلامت خانواده تا حصول بهبودی مورد پیگیری قرارگرفته اند؟ |  |  |
| 4 | آیا کودکان سالم نیازمند ارجاع طبق بوکلت شناسایی و به موقع ارجاع شده اند؟ |  |  |
| 5 | آیا کودکان بیمار نیازمند به ارجاع طبق بوکلت ارجاع شده اند؟ |  |  |
| **جمع (درصد) امتیاز :**  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| فرایند | نوع فعالیت | تعداد تجهیزات خانه / پایگاه بهداشت تحت پوشش |  | مشاهده |  | توضیحات |
| کاملا سالم و مطابق استاندارد | وجود دارد ولی سالم یا مطابق استاندارد نیست | خراب است یا وجود ندارد |
| پشتیبانی | بررسی تجهیزات خانه بهداشت / پایگاه سلامت تحت پوشش شهرستان پایلوت | بوکلت و راهنمای کودک سالم موجود است؟ بوکلت پزشک بوکلت غیر پزشک بوکلت و راهنمای کودک بیمار موجود است؟ بوکلت پزشک بوکلت غیر پزشک ترازوي اطفال: تعداد قبل از پایلوت .............. در حال حاضر................ ترازوي بزرگسال: تعداد قبل از پایلوت .............. در حال حاضر................  وزنه شاهد(500گرمی) : تعداد قبل از پایلوت .............. در حال حاضر................ وزنه شاهد(2 و 5 کیلو گرم) : تعداد قبل از پایلوت ......و ....... در حال حاضر.......و....... قدسنج : تعداد قبل از پایلوت .............. در حال حاضر................ متر: تعداد قبل از پایلوت .............. در حال حاضر ترمومتر: تعداد قبل از پایلوت .............. در حال حاضر................  تايمر يا ساعت ثانيه شمار: تعداد قبل از پایلوت .............. در حال حاضر................  فشارسنج اطفال: تعداد قبل از پایلوت .............. در حال حاضر................تابلوي سنجش بینایی: تعداد قبل از پایلوت .............. در حال حاضر................ یک عدد نصب شده  سيني او آراس: تعداد قبل از پایلوت .............. در حال حاضر................ پارچ: تعداد قبل از پایلوت .............. در حال حاضر................ پالس اکسی متر: تعداد قبل از پایلوت .............. در حال حاضر................کپسول اكسيژن: تعداد قبل از پایلوت .............. در حال حاضر................ پر بودن کپسول اكسيژن: بلی خیر آسان نفس(spacer): تعداد قبل از پایلوت .............. در حال حاضر.............................. آمبو بگ اطفال: تعداد قبل از پایلوت .............. در حال حاضر................موجود بودن ترالی اورژانس: تعداد قبل از پایلوت .............. در حال حاضر................کامپیوتر: تعداد قبل از پایلوت .............. در حال حاضر................ |  |  |  |  |

خلاصه جدول امتیازات هر بخش

|  |  |
| --- | --- |
| شناسایی جمعیت  | **درصد امتیاز : .................. (از 100 درصد)** |
| سازماندهی | **درصد امتیاز : .................. (از 100 درصد)** |
| بررسی آگاهی و عملکرد ارائه دهنده خدمت(کودک سالم) | **درصد امتیاز صفر = .................% ( نشان دهنده عدم ارائه خدمت و عدم داشتن آگاهی بهورز/ مراقب سلامت)** **درصد امتیاز 1 = .................% ( نشان دهنده عدم ارائه خدمت و داشتن آگاهی بهورز/ مراقب سلامت)** **درصد امتیاز 2= .................% ( نشان دهنده ارائه خدمت به صورت ناقص و داشتن آگاهی بهورز/ مراقب سلامت)****درصد امتیاز 3=.................% ( نشان دهنده ارائه خدمت به صورت کامل و داشتن آگاهی بهورز/ مراقب سلامت)** |
| بررسی آگاهی و عملکرد ارائه دهنده خدمت(کودک بیمار) | **درصد امتیاز صفر = .................% ( نشان دهنده عدم ارائه خدمت و عدم داشتن آگاهی بهورز/ مراقب سلامت)** **درصد امتیاز 1 = .................% ( نشان دهنده عدم ارائه خدمت و داشتن آگاهی بهورز/ مراقب سلامت)** **درصد امتیاز 2= .................% ( نشان دهنده ارائه خدمت به صورت ناقص و داشتن آگاهی بهورز/ مراقب سلامت)****درصد امتیاز 3=.................% ( نشان دهنده ارائه خدمت به صورت کامل و داشتن آگاهی بهورز/ مراقب سلامت)** |
| رضایت مندی گیرنده خدمت | **درصد امتیاز : .................. (از 100 درصد)** |
| پیگیری و ارجاع مراقبت ها | **درصد امتیاز : .................. (از 100 درصد)** |

جدول امتیازدهی بر اساس وزن هر بخش

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| فعالیت | جمع امتیاز هر بخش | حداکثر امتیازهر بخش | وزنهر بخش | درصد امتیاز کسب شدهدر هر بخش |
| شناسایی جمعیت | A = …………. | 21 | 8 درصد | (A/21)\*8%= ……… |
| سازماندهی | B= …………. | 27 | 12 درصد | (B/27)\*12%= ……… |
| بررسی آگاهی و عملکرد ارائه دهنده خدمت(کودک سالم) | C= …………. | 114 | 45 درصد | (C/114)\*45%= ……… |
| بررسی آگاهی و عملکرد ارائه دهنده خدمت(کودک بیمار) | D= …………. | 12 | 15 درصد | (D/12)\*15%= ……… |
| رضایت مندی گیرنده خدمت | E= …………. | 12 | 8 درصد | (E/12)\*8%= ……… |
| پیگیری و ارجاع مراقبت ها | F= …………. | 15 | 12 درصد | (F/15)\*12%= ……… |
| جمع | **......................** | **201** | **100** | **.............................** |

|  |  |
| --- | --- |
| جمع امتیاز کسب شده از کل فرآیندها در برنامه های سلامت کودکان (**A+B+C+D+E+F**) | **.........................** |
| درصد امتیاز کسب شده از کل برنامه های سلامت کودکان | **......................... درصد** |

خلاصه مداخلات پیش بینی شده پس از بازدید

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| مداخلات | شرح خلاصه مداخله | سطح مداخله | مهلت انجام مداخله |
| مداخله 1 |  |  |  |
| مداخله 2 |  |  |  |
| مداخله 3 |  |  |  |
| مداخله 4 |  |  |  |