**چک لیست شماره 2- پایش خدمات سلامت میانسالان در گام دوم همه گیری کووید 19 در واحدهای ارائه خدمات**

**دانشگاه/ دانشکده ............... مرکز بهداشت شهرستان......................... مرکز/ پایگاه/ خانه بهداشت .......................... نوع بازدید: حضوری🗆 غیر حضوری🗆 تاریخ بازدید......./......./........**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **موضوع** | **انتظارات** | **بلی کامل/ بلی ناقص )موارد****نقص(/ خیر/ مورد ندارد** | **توضیحات** |
| **شاخصها /****استخراج /****تحلیل** | **-1** آیا اطلاعات مربوط به میانسالان به تفکیک جنس به شرح زیر موجود است؟ )در صورت وجود ارقام مربوط به هر مورد ، پاسخ بلی در نظر گرفته و ارقام ثبت شود( |  |  |
| **1.1** غیر پزشک بر اساس سامانه سیب: غربالگری شده، فاقد مشکل، نیازمند استراحت در منزل، ارجاع شده به مراکز منتخب، خود اظهاری، پیگیری ها، بیماران دارای دیابت و فشار خون بالا غربالگری شده و مبتلا به کووید 19 |  |  |
| **1.2** پزشک بر اساس سامانه سیب: مراقبت شده، فاقد مشکل، نیازمند مراقبت در منزل، دریافت دارو، ارجاع به بیمارستان، بیماران دارای دیابت و فشار خون بالا غربالگری شده و مبتلا به کووید 19 |  |  |
| **-2** آیا ارائه دهندگان خدمات به استخراج، بررسی و تحلیل اطلاعات سامانه تسلط دارند؟ |  |  |
| **مستندات** | -3 آیا مکاتبات مربوط به خدمات گروه های سنی، دستور عمل های کشوری و دستور عمل های برنامه سلامت میانسالان دراپیدمی کووید موجود است؟ )در صورت پاسخ بلی ، دستور عمل ها ی موجود نام برده شود...........................................................................................................................(. |  |  |
| **آموزش کارکنان** | 4- آیا پزشک/ مراقب سلامت/ ماما/ بهورز در برنامه های آموزشی شرکت کرده اند؟ )مستندات شرکت ارایه دهندگان خدمات در برنامه های آموزشی ستاد( |  |  |
| 5- آیا عناوین آموزشی برگزار شده برای کارکنان متناسب با برنامه بوده است؟ |  |  |
| **آموزش****میانسالان** | -6 آیا به جمعیت میانسالان گروه های هدف آموزش داده شده است؟ در صورت بلی، گروه ها نام برده شود. |  |  |
| -7 آیا موضوعات اموزش داده شده بر اساس مستندات مشخص است؟ در صورت بلی، کدام موضوعات آموزش داده شده است )نام برده شود(؟ |  |  |
| -8 آیا نحوه آموزش و نوع رسانه آموزشی برای هر یک از گروهها مناسب بوده است؟ رسانه ها نام برده شود. |  |  |
| **اطلاعات و****نحوه****ارائه****خدمت****کارکنان** | -9 آیا ارائه دهندگان خدمات از نحوه مراقبت میانسالان )خدمات فعال، غیر فعال/ حضوری و غیر حضوری( اطلاع دارند؟ بررسی نحوه اجرا در یک ماه اخیر |  |  |
| -10 آیا کارکنان از اولویتهای خدمات سلامت میانسالان )افراد پرخطر کرونا، سایر گروههای پرخطر و بیمار، خدمات سلامت روان( اطلاع دارند؟ نحوه اجرا ؟ |  |  |
| -11 آیا ارائه دهندگان از نحوه ارایه خدمات سلامت روانی در دوره اپیدمی کرونا اطلاع دارند؟ )بررسی فرایند و نحوه ارایه خدمات سلامت روان در یک ماه اخیر( |  |  |
| -12 آیا ماما نحوه ارایه خدمات سلامت زنان و غربالگری سرطانهای زنان در دوره اپیدمی کرونا را به درستی بیان می کند؟ بررسی نحوه انجام در یک ماه اخیر |  |  |
| -13 آیا ارائه دهندگان خدمات به درستی موارد ارجاع کرونا به پزشک را بیان می کنند؟ |  |  |
| -14 آیا کارکنان تعریف مشکوک و مبتلا، نحوه پیگیری تماسهای نزدیک میانسالان مبتلا در خانواده و کارو شرایط بازگشت به کار را به درستی بیان می کنند؟ |  |  |
| -15 آیا پیگیری خدمات مختلف برنامه سلامت میانسالان به صورت تلفنی انجام می شود؟ در صورت بلی آیا لیست پیگیری روزانه، انجام خدمات غیرحضوری و نوبت دهی برای موارد خطر مشخص است؟ |  |  |
| **نظر مراجعه****کننده** | -16 آیا گیرنده خدمت میانسال از مجموعه خدمات ارایه شده رضایت دارد ؟ ) پرسش تلفنی یا حضوری از 3 مراجعه کننده به صورت تصادفی( اگر خیر چه مواردی؟................ |  |  |
| **پایش** | 17- آیا بازخورد پایش و رصد اطلاعات حضوری/ غیر حضوری کارشناس و مدیر برنامه از مرکز ارایه خدمت وجود دارد؟ اگر بلی تاریخ اخرین بازخورد .../ ... / ... |  |  |
| **پشتیبانی** | 18- آیا شرایط محل کار با دستور عمل های وزارت بهداشت تطابق دارد؟ در صورت خیر، چه اقدامی انجام شده است؟ توضیح داده شود.\_\_ |  |  |