لیست تجهیزات برنامه میانسالان – سالمندان مورد نیازخانه بهداشت یا پایگاه سلامت

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ردیف | لیست تجهیزات و منابع آموزشی مورد نیاز برنامه میانسالان | لیست تجهیزات و منابع آموزشی موردنیاز برنامه سالمندان | توضیحات |
| **دارد** | **ندارد** | **دارد** | **ندارد** |  |
| **سالم** | **نیاز به تعمیر یا تعویض** |  | **نیاز به تعمیر یا تعویض** | **سالم** |  |  |
| **ترازو** |  |  |  |  |  |  |  |
| **متر** |  |  |  |  |  |  | مورد نیاز جهت اندازه گیری قد و دور ساق پا و بازو |
| **قدسنج** |  |  |  |  |  |  |  |
| **کالیپر** |  |  |  |  |  |  | کالیپر، اندازه گیری قد زانو در حالت دراز کش در صورت امکان |
| **فشار سنج** |  |  |  |  |  |  |  |
| **خط کش** |  |  |  |  |  |  | در صورت نبود کالیپر ضروری است |
| **گونیا** |  |  |  |  |  |  | در صورت نبود کالیپر ضروری است |
| **وزنه شاهد** |  |  |  |  |  |  |  |
| **کیت فیت** |  |  |  |  |  |  |  |
| **سطل زباله پدالی** |  |  |  |  |  |  |  |
| **پلاستیک زباله عفونی یا سیفتی باکس** |  |  |  |  |  |  |  |
| **محلول ضد عفونی دست و محیط** |  |  |  |  |  |  |  |
| **دستکش یکبار مصرف** |  |  |  |  |  |  |  |
| **گان یا روپوش یکبار مصرف** |  |  |  |  |  |  |  |
| **میز کار جهت انجام آزمایش فیت** |  |  |  |  |  |  |  |
| **تجهیزات مورد نیاز پاپ اسمیر و HPV( اسپکولوم – اسپچولا - ...)** |  |  |  |  |  |  | در صورت ابلاغ برنامه HPV تجهیزات مربوطه موجود باشد  |
| **بوکلت ویژه پزشک** |  |  |  |  |  |  | پس از نهایی شدن(در حال حاضر وجود فایل ) |
| **بوکلت ویژه غیر پزشک** |  |  |  |  |  |  | پس از نهایی شدن(در حال حاضر وجود فایل) |
| **دستور العملها ی برنامه** |  |  |  |  |  |  | آخرین دستورالعملها و موجود بودن آنها در بایگانی مناسب |
| **کتاب شیوه زندگی سالم**  |  |  |  |  |  |  | **یا 4 جلد کتاب شیوه زندگی سالم** - کتاب ، فایل آموزشی ، cdآموزشی و.... |
| **مکملها** |  |  |  |  |  |
| **یخچال جهت نگهداری کیت فیت** |  |  |  |  | درمناطقی که دمای اتاق به بیش از 30 درجه سلسیوس می رسد |
| **فرم ارجاع جهت انجام آزمایشات** |  |  |  |  |  |
| **فرم ثبت مراقبت** |  |  |  |  | واحدهایی که دسترسی به سامانه ندارند |
| **دفاتر مراقبت سالمندان ومیانسالان** |  |  |  |  | واحدهایی که دسترسی به سامانه ندارند |

**دانشگاه .................. شهرستان ..................... خانه بهداشت یا پایگاه جامع سلامت ...............................**

**نام و نام خانوادگی تکمیل کننده ................................... سمت ................................... تاریخ تکمیل .......................**