هوالحكيم

*دستورالعمل هاي كلي براي پايش كنندگان*

* ايجاد آرامش در کارکنان و تاكيد بر اينكه براي شناسايي مشكلات آمده ايد و نه براي شناسايي مقصر.

به آنها اطمينان خاطر دهيد كه به منظور شناسايي و برطرف كردن مشكلاتِ و بهبود كيفيت خدمات ارايه شده به مردم به واحد آمده ايد و تلاش خواهيد كرد با استفاده از نقطه نظرات آنان نسبت به برطرف كردن مشكلات اقدام نماييد. به آنان اطمينان دهيد كه اطلاعات حاصل از پايش موجب ايجاد مشكلات اداري و كسر حقوق براي آنها نخواهد شد و اين ادعا را در عمل نيز ثابت كنيد.

* + کاردانان و کارشناسان را سردرگم نكنيد.
* بهيچوجه در حضور کارشناس یا کاردان و در حين جمع آوري اطلاعات، نتيجه گيري و قضاوت نكنيد. اجازه دهيد جريان اطلاعات مسيرطبيعي خود را طي كند.

بطور قطع در جريان جمع آوري اطلاعات مشكلات را خواهيد فهميد. تلاش كنيد كه از قضاوت كردن و شناسايي مقصر در حضور پرسنل خودداري كنيد. بهيچوجه رفتاري از خود بروز ندهيد كه نشاندهنده زيرسوال بردن آنان باشد.

* + مسئول مرکز را از قبل در جريان حضورتان در روز پايش قرار دهيد.

اين حق کارکنان است كه بدانند مورد پايش واقع خواهند شد. نگران غير واقعي نشان دادن مسايل در صورت اطلاع قبلی از حضور شما نباشيد. چنانچه رفتار شما تداعي كننده مچ گيري، تهديد و ارعاب نباشد، حقايق و مشكلات را به راحتي كشف خواهيد كرد.

.

1- اطلاعات عمومی

*\* مرکز بهداشت شهرستان ..............................*

*\* مرکز بهداشتی درمانی ..................................پایگاه:..................................*

*\* تاریخ پرسشگری: ....../ ....../ ......13*

*\* پایش کننده:*

*نام و نام خانوادگی سمت امضا*

*1. ................................................................................. ............................................................................. .......................................................................*

*2. ................................................................................. ............................................................................ .......................................................................*

*3. ................................................................................. ............................................................................. .......................................................................*

*4. ................................................................................. ............................................................................ ........................................................................*

*\* نام کارکنان پایش شونده :مدرک تحصیلی :*

*1. ................................................................................. ...............................................................................*

*2. ................................................................................. ...............................................................................*

*3. ................................................................................. ...............................................................................*

*4. ................................................................................. ...............................................................................*

2 ـ چك ليست مشاهده مرکزیا پایگاه

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| * به منظور اطمینان از حضور حداقل یک مادر باردار در مرکز روز مراجعه را با پرسنل بهداشت خانواده قبلا هماهنگ کنید. * . مشاهده ارايه خدمت يك مورد از موارد فوق كفايت مي كند. بقیه سوالات را با بررسی و مشاهده مرکز پاسخ دهید. * معيار پاسخ مثبت و نمره 1 ـ چنانچه كليه شرايط مطرح در سوال حاصل گرديد، به پاسخآن سوال تیک مثبت تعلق گرفته و دور نمره 1 را دايره بكشيد. توجه داشته باشيد براي سوالات چند قسمتي در صورت تحقق همه موارد، پاسخ مثبت است(قانون همهيا هيچ).   توضیح موارد نامطلوب را مرقوم فرموده و یا در دایره O علامت بزنید. | | | | | | | | |
| رديف | | سوال مشاهده | بازدید اول | بازدید دوم | بازدید سوم | توضيح موارد نامطلوب | نمره بازدید اول | نمره بازدید دوم | نمره بازدید سوم | |
| 1 | | ایا با مادر ارتباط كلامي و یا غيركلامي مناسب (تاييد با تكان دادن سریا توجه و نگاه به صورت مراجعه كننده سلام و احوالپرسی، تعارف به نشستن و.....) برقرار میکند؟ |  |  |  |  | 1 0 | 1 0 | 1 0 | |
| 2 | | ایا يراي اطمينان از دريافت آموزش هاي ارايه شده، مادر را مورد سوال قرارداد؟ |  |  |  |  | 1 0 | 1 0 | 1 0 | |
| 3 | | آيا مواد كمك آموزشي جهت آموزش مادران استفاده می شود؟  \*(موجود بودن ،توزیع مناسب) |  |  |  | موجود بودن O توزیع بر اساس دستورالعمل O | 1 0 | 1 0 | 1 0 | |
| 4 | | آيا شرايط نگهداري داروهاي مكمل مناسب است؟  ( دور از نور ، گرما ، برودت ، رطوبت و با تاریخ مصرف معتبر ) |  |  |  | نورOگرما Oبرودت O رطوبت O تاریخ مصرف معتبرO | 1 0 | 1 0 | 1 0 | |
| 5 | | آيا شرايط نگهداري واكسن مناسب است؟\* |  |  |  | درجه برودت یخچال O نگهداری در طبقه مناسب O ثبت در برگه O | 1 0 | 1 0 | 1 0 | |

نظرات يا پيشنهادهاي مشاهده كننده:

\* توضيح سوالات:

* سوال 3. با توجه به مواد كمك آموزشي كه از طرف مركز بهداشت شهرستان یا استان در اختيار مرکز قرار گرفته است.
* سوال 5. شرايط نگهداري واكسن با توجه به استانداردهاي موجود در ویرایشهفتم برنامه و راهنماي ايمن سازي صفحه 19،20و21

3 ـ چك ليست های بررسي مدارك ثبتي

|  |
| --- |
| * بررسي مدارك ثبتي شامل چند قسمت است:   1ـ بررسي فرمهای مراقبت قبل از بارداری و بارداری 2 ـ بررسي دفتر مراقبت ممتد مادران و مقايسه اطلاعات آن با فرمها  3ـ بررسي ساير قسمت هاي نظام ثبت، مانند دفتر یا فرم های دارويي، 4 ـ محاسبه شاخص هاي پوشش، 5 ـ تكميل جداول استمرار خدمت و محاسبه شاخص هاي آن  در برنامه مراقبتمادران ( قبل و حین بارداری و پساز زایمان )6 پرونده از پرونده های مادران زایمان کرده بصورت تصادفي مورد ارزيابي قرار مي گيرد. بدين منظوركل پرونده هاي مادران را از روي دفاتر مراقبت ممتد شناسايي كرده و به آنها از نفر اول تا آخرين نفر شماره رديف مي دهيم. شماره رديف آخرين نفر را برعدد 6 تقسيم می کنیم. بدين ترتيب فاصله نمونه ها مشخص مي گردد. سپس يك عدد تصادفي بين 1 تا شماره رديف آخرين نفر را انتخاب كرده وآن فرد اولين پرونده مورد ارزيابي شما خواهد بود. با توجه به فاصله نمونه ها كه تعيين كرده ايد، بقيه پرونده هايي را كه بايد ارزيابي شوند، با اضافه كردن عدد فاصله به شماره رديف اولين نفر و ادامه دادن اين كار مشخص نماييد تا به آخرین شماره ردیف برسید درصورتی که تعداد نمونه مورد نیاز شناسایی نشد مجدداً از ابتدای لیست شمارش را ادامه دهید (برای مثال اگر در مجموع200 خانم لیست شده اند و شما باید 10 نفر را انتخاب کنید و به عدد 197 رسیده و فاصله نمونه ها 20 است، نفر بعدی خانم شماره 17 خواهد بود). چنانچه پرونده اي فاقد شرايط لازم بود، شماره پرونده بعد از آن را از روي ليست مورد بررسي قرار دهيد و اینکار را در صورت نیاز تکرار کنید.. |

الف - بررسی مدارک ثبتی مراقبت قبل از بارداری( بررسی پرونده 6 نفر از مادران زایمان کرده طی یک سال گذشته بصورت تصادفی ): معیار پاسخ مثبت و نمره 1- چنانچه کلیه شرایط مطرح در سوال حاصل گردید ، درپاسخ تیک مثبت به آن سئوال تعلق می گیرددرغیر اینصورت پاسخ منفی تعلق میگیرد.. چنانچه پاسخ های مثبت بیش از 3 باشد ، به آن سئوال نمره 1 دهید.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| رديف |  | شماره پرونده های بازدید اول | شماره پرونده های بازدید دوم | شماره پرونده های بازدید سوم | نمره بازدید اول | نمره بازدید دوم | نمره بازدید سوم |
| سوال بررسي  تکمیل صحیح اطلاعات مندرج در فرم مراقبت قبل از بارداری: |  |  |  |
| 6 | 1) آیا مشخصات و شرح حال مادر ثبت شده است؟(بخش 1 فرم)................................................................................................. |  |  |  | 1 0 | 1 0 | 1 0 |
| 2) آیا در صورت وجود عارضه ، اقدام شده است ؟ ( دفترچه ارجاع و پسخوراند ، بخش پسخوراند و ویژه فرم )\*....... |  |  |  | 1 0 | 1 0 | 1 0 |
| 3) آیا برای مادر آزمایش های معمول درخواست شده است ؟ (فرم ارجاع ) ............................................................................. |  |  |  | 1 0 | 1 0 | 1 0 |
| 4) آیا مادر آزمایش های معمول را انجام داده است ؟ (ثبتیات بخش 2 فرم)..................................................................................... |  |  |  | 1 0 | 1 0 | 1 0 |
| 5) آیا مادر توسط پزشک معاینه شده است ؟ ( بخش 3 فرم ) ................................. |  |  |  | 1 0 | 1 0 | 1 0 |
| 6) آیا براساس نتیجه معاینه پزشک و آزمایش ها و شرح حال ، اقدام شده است ؟( دفترچه ارجاع و پسخوراند ، بخش پسخوراند و ویژه فرم)\* ................... |  |  |  | 1 0 | 1 0 | 1 0 |
| 7) آیا وضعیت ایمنسازی مادر در دوران قبل از بارداری کامل است ؟ ( بخش 4 فرم) ................................................................ |  |  |  | 1 0 | 1 0 | 1 0 |
| 8) آیا باتوجه به نتایج بدست آمده(براساس شرح حال،معاینه و...)به مادر آموزش هاو توصیه های لازم ارائه شده است ؟ ( بخش 6 فرم مراقبت).............. |  |  |  | 1 0 | 1 0 | 1 0 |

\*توضيح سوالات 2و 6 : در صورتی که به علت عدم نیاز به اقدام ، سئوال بی مورد تلقی شود ، به سئوال پاسخ " بله " تعلق می گیرد .

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | بازدید اول | بازدید دوم | | بازدید سوم |
| موارد نقص یا عدم همخوانی در ثبت و یا عدم پیگیری در موارد پرخطر> |  | |  |  |

ب- محاسبه شاخص پوشش و مراقبت قبل از بارداری

ابتدا جدول زير را براساس انجام مراقبت هاي انجام شدهقبل از بارداری در6 پرونده بررسي شده، تكميل فرماييد. سپس با محاسبه شاخص ، جدول آخر را تكميل نماييد.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| شماره پرونده |  |  |  |  |  |  |  |  |
| بازدید اول | پرونده 1 | پرونده 2 | پرونده 3 | پرونده 4 | پرونده 5 | پرونده 6 | جمع رديف | درصد مراقبت\* |
| مراقبت قبل از بارداری |  |  |  |  |  |  |  |  |
| شماره پرونده |  |  |  |  |  |  |  |  |
| بازدید دوم | پرونده 1 | پرونده 2 | پرونده 3 | پرونده 4 | پرونده 5 | پرونده 6 | جمع رديف | درصد مراقبت\* |
| مراقبت قبل از بارداری |  |  |  |  |  |  |  |  |
| شماره پرونده |  |  |  |  |  |  |  |  |
| بازدید سوم | پرونده 1 | پرونده 2 | پرونده 3 | پرونده 4 | پرونده 5 | پرونده 6 | جمع رديف | درصد مراقبت\* |
| مراقبت قبل از بارداری |  |  |  |  |  |  |  |  |

\* درصد مراقبت ـ مقدار جمع رديف را به عدد 6 تقسيم و نتيجه را در 100 ضرب كنيد.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| رديف | عنوان شاخص | عدد شاخص | نمره |
| 7 | درصد كامل بودن مراقبتقبل از بارداری بازدید اول |  | 1 0 |
| درصد كامل بودن مراقبتقبل از بارداری بازدید دوم |  | 1 0 |
| درصد كامل بودن مراقبتقبل از بارداری بازدید سوم |  | 1 0 |

\* توضيح شاخص ها:

شاخص رديف 7 - چنانچه مقدار شاخص مساوي يا بيشتر از 50 % بود، به آن شاخص نمره 1 تعلق مي گيرد.

پ- بررسي مدارك ثبتي مراقبت بارداری(بررسي پرونده 6 نفر از زنان زايمان كرده طي یک سال گذشته بصورت تصادفي)

معيار پاسخ مثبت و نمره 1 ـ چنانچه كليه شرايط مطرح در سوال حاصل گرديد، پاسخ مثبت به آن سوال تعلق مي گيرد. چنانچه تعداد پاسخ هاي مثبت بيش از 3 باشد، به آن سوال نمره 1 دهيد.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نمره بازدید سوم | نمره بازدید دوم | نمره بازدید اول | شماره پرونده های بازدید سوم | شماره پرونده های بازدید دوم | شماره پرونده های بازدید اول | سوال بررسی | ردیف8 |
|  |  |  | تکمیل صحیح اطلاعات مندرج در فرم مراقبت مادر باردار : | 8 |
| 1 0 | 1 0 | 1 0 |  |  |  | 1)آیا نتیجه مثبت آزمایش تشخیص بارداری ثبت شده است ؟ |
| 1 0 | 1 0 | 1 0 |  |  |  | 2)آیا از مادر شرح حال گرفته شده است ؟ ( بخش 1 فرم ) |
| 1 0 | 1 0 | 1 0 |  |  |  | 3) آیا بر اساس شرح حال مادر ، اقدام شده است ؟ ( دفترچه ارجاع و پسخوراند ، بخش 7 فرم(پسخوراند/مراقبت ویژه))\* |
| 1 0 | 1 0 | 1 0 |  |  |  | 4)آيا در مورد وجود رفتارهاي پرخطر در مادر و همسرش سؤال شده است؟ (بخش 1 فرم) |
| 1 0 | 1 0 | 1 0 |  |  |  | 5) آيا در صورت وجود رفتارهاي پر خطر، اقدام شده است؟ (دفترچه ارجاع و پسخوراند، بخش 7 فرم)\* |
| 1 0 | 1 0 | 1 0 |  |  |  | 6)آيا براي مادر آزمايش هاي معمول درخواست شده است؟ ( فرم ارجاع) |
| 1 0 | 1 0 | 1 0 |  |  |  | 7) آیا مادر آزمایش های معمول را انجام داده است ودر پرونده ثبت شده است ؟ ( بخش 1 فرم ) |
| 1 0 | 1 0 | 1 0 |  |  |  | 8) آیا مادر توسط پزشک، معاینه شده است ؟ ( بخش 3 فرم ) |
| 1 0 | 1 0 | 1 0 |  |  |  | 9) آیا براساس نتیجه شرح حال و معاینه پزشک و آزمایش ها ، اقدام شده است ؟(دفترچه ارجاع و پسخوراند ، بخش 7فرم)\* |
| 1 0 | 1 0 | 1 0 |  |  |  | 10) آیا مادر از نظر علائم خطر فوری بررسی شده است ؟ ( بخش 4 فرم ) |
| 1 0 | 1 0 | 1 0 |  |  |  | 11) آیا در صورت وجود علائم خطر فوری ، اقدام شده است ؟ ( دفترچه ارجاع و پسخوراند ، بخش 7 فرم) \* |
| 1 0 | 1 0 | 1 0 |  |  |  | 12) آیا مادر در مراقبت های معمول ارزیابی شده است ؟ ( بخش 4 فرم ) |
| 1 0 | 1 0 | 1 0 |  |  |  | 13) آیا در صورت وجود علائم خطر ، اقدام شده است ؟ ( دفترچه ارجاع و پسخوراند ، بخش 7 فرم ) \* |
| 1 0 | 1 0 | 1 0 |  |  |  | 14) آیا مادر معاینه دهان و دندان شده است ؟ ( بخش 4 فرم) |
| 1 0 | 1 0 | 1 0 |  |  |  | 15) آیا در صورت وجود عارضه دهان و دندان ، اقدام شده است ؟(دفترچه ارجاع و پسخوراند، بخش7 فرم )\* |
| 1 0 | 1 0 | 1 0 |  |  |  | 16) آیا وضعیت ایمنسازی مادر علیه کزاز در دوران بارداری کامل است ؟ ( بخش 5 فرم) |
| 1 0 | 1 0 | 1 0 |  |  |  | 17) آیا مکمل ها تجویز شده است ؟ ( بخش 4 فرم ) |
| 1 0 | 1 0 | 1 0 |  |  |  | 18) آیا میزان وزن گیری مادر در منحنی و جدول وزن گیری ثبت شده است ؟ ( بخش 6 فرم ) |
| 1 0 | 1 0 | 1 0 |  |  |  | 19) آیا در صورت وجود مشکل وزن گیری ، اقدام شده است ؟ ( دفترچه ارجاع و پسخوراند ، بخش پسخوراند و ویژه فرم)\* |
| 1 0 | 1 0 | 1 0 |  |  |  | 20) آیا به مادر آموزش های لازم ارائه شده است ؟ ( بخش 4 فرم مراقبت) |  |

توضیح سئوالات 3،7،9،11 ، 13، 17، و19: در صورتی که به علت عدم نیاز به اقدام ، سئوال بی مورد تلقی شود ، به سئوال تیک مثبت تعلق می گیرد .

در بررسی سوال 6 دقت شود آیا غربالگری دیابت بارداری برای مادر در هفته 24 تا 28 انجام شده ؟

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| شماره پرونده> | بازدید اول | بازدید دوم | بازدید سوم |
| موارد نقص  یا عدم همخوانی در ثبت > |  |  |  |

ت \_ محاسبه شاخص هاي پوشش و مراقبتهای دوران بارداری

ابتدا جدول زير را براساس تعداد و زمان مراقبت هاي انجام شده دوران بارداری مادران در6 پرونده بررسي شده، تكميل فرماييد. سپس با محاسبه شاخص ها، جدول آخر را تكميل نماييد

\*درصد مراقبت ـ مقدار جمع ردیف را به عدد 6 تقسيم و نتيجه را در 100 ضرب كنيد.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| بازدید دوم | | | | | | | | بازدید اول | | | | | | | | هفته بارداری |
| درصد مراقبت \* | جمع ردیف | پرونده6 | پرونده5 | پرونده4 | پرونده3 | پرونده2 | پرونده1 | درصد مراقبت \* | جمع ردیف | پرونده6 | پرونده5 | پرونده4 | پرونده3 | پرونده2 | پرونده1 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 15-11 یا 10-6 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 20-16 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | (الف)چنانچه حداقل 2بار در 20 هفته اول مراقبت شده، در اين ردیف× بزنيد |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 25-21 یا 30-26 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 34-31 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 37-35 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | (ب)چنانچه مادر درهفته های21 تا 37 ، 3 بار مراقبت شده باشد ، در این ردیف × بزنید |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 38 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 39 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 40 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | (ج)چنانچه حداقل 1 بار در هفته های 38 تا 40 مراقبت شده، در اين ردیف × بزنيد |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | (د)چنانچه هر 3 ردیف الف، ب و ج × دارند، در اين ردیف كلمه (كامل) را بنويسيد |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| بازدید ....... | | | | | | | | بازدید سوم | | | | | | | | هفته بارداری | |
| درصد مراقبت \* | جمع ردیف | پرونده6 | پرونده5 | پرونده4 | پرونده3 | پرونده2 | پرونده1 | درصد مراقبت \* | جمع ردیف | پرونده6 | پرونده5 | پرونده4 | پرونده3 | پرونده2 | پرونده1 | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | 15-11 یا 10-6 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | 20-16 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | (الف)چنانچه حداقل 2بار در 20 هفته اول مراقبت شده، در اين ردیف × بزنيد |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | 25-21 یا 30-26 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | 34-31 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | 37-35 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | (ب)چنانچه مادر درهفته های21 تا 37 ، 3 بار مراقبت شده باشد ، در این ردیف × بزنید |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | 38 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | 39 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | 40 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | (ج)چنانچه حداقل 1 بار در هفته های 38 تا 40 مراقبت شده، در اين ردیف × بزنيد |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | (د)چنانچه هر 3 ردیف الف، ب و ج × دارند، در اين ردیف كلمه (كامل) را بنويسيد |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | عنوان شاخص | بازدید اول | | بازدید دوم | | بازدید سوم | |
| عدد شاخص | نمره\* | عدد شاخص | نمره\* | عدد شاخص | نمره\* |
| 9 | درصد كامل بودن مراقبت دوران بارداري در 20هفته اول بارداري\* |  | 1 0 |  | 1 0 |  | 1 0 |
| 10 | درصد كامل بودن مراقبت دوران بارداري در هفته های37-21 بارداري\* |  | 1 0 |  | 1 0 |  | 1 0 |
| 11 | درصد كامل بودن مراقبت دوران بارداري در هفته های 40-38 بارداري\* |  | 1 0 |  | 1 0 |  | 1 0 |
| 12 | درصد كامل بودن مراقبت هاي دوران بارداري \* |  | 1 0 |  | 1 0 |  | 1 0 |

🟏توضيح شاخص ها:

شاخص هاي رديف 9 تا 12- درصد مراقبت محاسبه شده درردیف هاي (الف)، (ب)، (ج) و (د) را به ترتيب در ستون عدد شاخص رديف هاي 9 تا 12 قرار دهيد. چنانچه مقدار هركدام از شاخصها مساوي يا بيشتر از 80 % بود، به آن شاخص نمره 1 تعلق مي گيرد.

ث - بررسی مدارک ثبتی مراقبت پس از زایمان مادر ( بررسی پرونده 6 نفر از زنان زایمان کرده طی یک سال گذشته بصورت تصادفی )

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| رديف |  | شماره پرونده های بازدید اول | شماره پرونده های بازدید دوم | شماره پرونده های بازدید سوم | نمره بازدید اول | نمره بازدید دوم | نمره بازدید سوم |
| سوال بررسي  تکمیل صحیح اطلاعات مندرج در فرم مراقبت مادر باردار: |  |  |  |
| 13 | 1) آیا مشخصات و شرح حال مادر ثبت شده است ؟..................................................... |  |  |  | 1 0 | 1 0 | 1 0 |
| 2) آیا مادر از نظر علائم خطر فوری بررسی شده است ؟ (بخش 1فرم )..................................... |  |  |  | 1 0 | 1 0 | 1 0 |
| 3) آیا در صورت وجود علائم خطر فوری ، اقدام شده است ؟(دفترچه ارجاع و پسخوراند ، بخش پسخوراند و ویژه فرم )\* |  |  |  | 1 0 | 1 0 | 1 0 |
| 4) آیا مادر در ملاقات های معمول ارزیابی شده است ؟(بخش 1فرم )............................................... |  |  |  | 1 0 | 1 0 | 1 0 |
| 5) آیا در صورت وجود علائم خطر ، اقدام شده است ؟ ( دفترچه ارجاع و پسخوراند ، بخش پسخوراند و ویژه فرم ) \*..... |  |  |  | 1 0 | 1 0 | 1 0 |
| 6) آیا مادر معاینه شده است ؟ ( بخش 1 فرم ) ............................................................... |  |  |  | 1 0 | 1 0 | 1 0 |
| 7)آیا بر اساس نتیجه معاینه ، اقدام شده است؟ ( دفترچه ارجاع و پسخوراند ، بخش پسخوراند و ویژه فرم )\*.. |  |  |  | 1 0 | 1 0 | 1 0 |
| 8) آیا مکمل های غذایی تجویز شده است ؟ ( بخش 1 فرم ) ...... |  |  |  | 1 0 | 1 0 | 1 0 |
| 9) آیا به مادر آموزش های لازم ارائه شده است ؟ ( بخش 1 فرم) ............. |  |  |  | 1 0 | 1 0 | 1 0 |

معیار پاسخ مثبت و نمره 1- چنانچه کلیه شرایط مطرح در سوال حاصل گردید ، پاسخ مثبت به آن سئوال تعلق می گیرد. چنانچه پاسخ های مثبت بیش از 3 باشد ، به آن سئوال نمره 1 دهید.

توضيح سوالات 3، 5 ، 7: در صورتی که به علت نیاز به اقدام ، سئوال بی مورد تلقی شود ، به سئوال پاسخ " بله " تعلق می گیرد .

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| شماره پرونده> | پرونده 1 | پرونده 2 | پرونده 3 | پرونده 4 | پرونده 5 | پرونده 6 |
| موارد نقص یا عدم همخوانی در ثبت > |  |  |  |  |  |  |

ج- محاسبه شاخص هاي پوشش و مراقبتهای پس از زایمان

ابتدا جدول زير را براساس تعداد و زمان مراقبت هاي انجام شده پس از زایمان مادران در6 پرونده بررسي شده، تكميل فرماييد. سپس با محاسبه شاخص ها، جدول آخر را تكميل نماييد.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| شماره پرونده |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *بازدید اول* | پرونده 1 | پرونده 2 | پرونده 3 | پرونده 4 | پرونده 5 | پرونده 6 | جمع رديف | درصد مراقبت\* |
| مراقبت بار اول |  |  |  |  |  |  |  |  |
| مراقبت بار دوم |  |  |  |  |  |  |  |  |
| مراقبت بار سوم |  |  |  |  |  |  |  |  |
| مراقبت کل\*\* |  |  |  |  |  |  |  |  |
| شماره پرونده |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *بازدید دوم* | پرونده 1 | پرونده 2 | پرونده 3 | پرونده 4 | پرونده 5 | پرونده 6 | جمع رديف | درصد مراقبت\* |
| مراقبت بار اول |  |  |  |  |  |  |  |  |
| مراقبت بار دوم |  |  |  |  |  |  |  |  |
| مراقبت بار سوم |  |  |  |  |  |  |  |  |
| مراقبت کل\*\* |  |  |  |  |  |  |  |  |
| شماره پرونده |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *بازدید سوم* | پرونده 1 | پرونده 2 | پرونده 3 | پرونده 4 | پرونده 5 | پرونده 6 | جمع رديف | درصد مراقبت\* |
| مراقبت بار اول |  |  |  |  |  |  |  |  |
| مراقبت بار دوم |  |  |  |  |  |  |  |  |
| مراقبت بار سوم |  |  |  |  |  |  |  |  |
| مراقبت کل\*\* |  |  |  |  |  |  |  |  |

\* درصد مراقبت ـ مقدار جمع رديف را به عدد 6 تقسيم و نتيجه را در 100 ضرب كنيد.

\*\* مراقبت کل- چنانچه مراقبت اول، دوم و سوم انجام شده بود، در این خانه علامت × بگذارید.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | بازدید اول | | بازدید دوم | | بازدید سوم | |
| رديف | عنوان شاخص | عدد شاخص | نمره | عدد شاخص | نمره | عدد شاخص | نمره |
| 14 | درصد مراقبت نوبت اول پس از زایمان\* |  | 1 0 |  | 1 0 |  | 1 0 |
| 15 | درصد مراقبت نوبت دوم پس از زایمان \* |  | 1 0 |  | 1 0 |  | 1 0 |
| 16 | درصد مراقبت نوبت سوم پس از زایمان \* |  | 1 0 |  | 1 0 |  | 1 0 |
| 17 | درصد كامل بودن مراقبت پس از زایمان (3 نوبت) \* |  | 1 0 |  | 1 0 |  | 1 0 |

\* توضيح شاخص ها:

شاخص هاي رديف14 تا 17- درصد مراقبت بار اول ، دوم،سوم و کل که در جدول قبل محاسبه شده را به ترتيب در ستون عدد شاخص رديف هاي14تا 17 قرار دهيد. چنانچه مقدار هركدام از شاخصها مساوي يا بيشتر از 80 % بود، به آن شاخص نمره 1 تعلق مي گيرد.

چ- بررسی دفتر یا فرم های دارویی و وضعیت موجودی داروها

|  |
| --- |
| بررسی دفتر یا فرم دارویی شامل یک دارو به انتخاب اعضای تیم پرسشگری است.  معيار پاسخ مثبت و نمره 1 ـ چنانچه كليه شرايط مطرح در سوال حاصل گرديد، پاسخ مثبت به آن سوال تعلق گرفته و دور نمره 1 را دايره بكشيد. توجه داشته باشيد براي سوالات چند قسمتي در صورت تحقق همه موارد، پاسخ مثبت است (قانون همه يا هيچ). |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | بازدید اول | | بازدید دوم | | بازدید سوم | |
| رديف | سوال | پاسخ | نمره | پاسخ | نمره | پاسخ | نمره |
| 18 | آیا تعداد داروهای مکمل تحویلی براساس حواله های دارویی با اطلاعات دفتریا فرم دارویی همخوانی دارد؟\* |  | 1 0 |  | 1 0 |  | 1 0 |
| 19 | آیا موجودی ثبت شده داروها دردفتر یا فرم دارویی با تعداد داروی موجود در قفسه دارویی همخوانی دارد؟\* |  | 1 0 |  | 1 0 |  | 1 0 |
| 20 | آیا با توجه به متوسط مصرف ماهیانه ، داروی مکمل با در نظر گرفتن تاریخ انقضاء به اندازه حداقل2 ماه مصرف در مرکزموجود است؟\* |  | 1 0 |  | 1 0 |  | 1 0 |
| توضيح موارد نامطلوب: | | | | | | | |

\* توضيح سوالات:

سوال 18. حواله های دارویی که از طرف مرکز بهداشت شهرستان صادر شده را با اطلاعات دفتر دارویی مقایسه نمایید.

سوال19. از کاردان یا کارشناس بخواهيد كه موجوديیک دارو در قفسه را براي شما شمارش كند. از روي دفتر دارويي آخرين عدد موجودي را يادداشت كنيد. سپس ميزان مصرف شده دارو را از آخرين تاريخ ثبت موجودي تا روز پايش از وی بپرسيد. حاصل جمع موجودي قفسه با ميزان مصرف شده ثبت نشده، بايد برابر موجودي ثبت شده دفتر باشد. چنانچه کاردان یا کارشناس در اين مدت محموله جديدي دريافت كرده و در دفتر ثبت نكرده است، آن را نيز در محاسبه منظور كنيد. اين كار را فقط براي 1 دارو به انتخاب خود انجام دهيد.

سوال20. در مورد داروی انتخابی با توجه به نوع دارو، شیوه و مقدار مصرف و گروه هدف دریافت کننده، متوسط مصرف را برآورد نمایید.( بر اساس سیاست اعمال شده در شهرستان می تواند 3 ماهه باشد )

4 ـ چك ليست مصاحبه با مادران

|  |
| --- |
| * *مصاحبه باید با 6 مادر مراجعه کننده به مرکزدر زمانی که خدمت را دریافت کرده و قصد خروج از مرکز را دارند، انجام شود. لازم است از قبل با کارکنان مرکز نسبت به تعیین تاریخ مناسبی که مادران مراجعه می کنند، هماهنگی شود. چنانچه در روز پایش موفق به مصاحبه با تعداد مورد نظر نشدید، با توجه به نشانی مندرج در پرونده ها ، به درب منزل آنها مراجعه کرده ویا به صورت تلفنی پرسشگری را انجام دهید. همچنین اگر پرسشگری در یک روز به اتمام نرسید، در روز بعد پرسشگری ادامه یابد.* * *ابتدا خود را معرفي كرده و هدف از انجام پرسشگري را توضيح دهيد. براي او روشن كنيد كه هدف از پرسشگري شناسايي مشكلات مرکز ، برطرف كردن مشكلات، بهبود شيوه ارايه خدمت و جلب رضايت بيشتر مردم از خدمات است.از او تقاضا كنيد كه چنانچه مايل است، به سوالات شما پاسخ دهد. بهتر است مصاحبه را در محيطي آرام و راحت انجام دهيد. در حين پرسشگري بدقت به سخنان وي گوش دهيد. پس از اتمام پرسشگري از همكاري وي تشكر كنيد.*   *معيار پاسخ مثبت و نمره 1 ـ چنانچه كليه شرايط مطرح در سوال حاصل گرديد، پاسخ مثبت به آن سوال تعلق مي گيرد. چنانچه تعداد پاسخ هاي مثبت بيش از 3 باشد، به آن سوال نمره1 دهيد.* |

* *مصاحبه با 6 مادر (می توانیدمصاحبه را با مادرانی كه پرونده آنها مورد بررسي قرار گرفته، انجام دهید.)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *رديف* | | *سوال از مادر* | *نفر اول* | | *نفر دوم* | *نفر سوم* | | | *نفر چهارم* | *نفر پنجم* | | *نفر ششم* | *نمره* | |
| *21* | | *آيا ساعت كار مرکز و دسترسي به آن بگونه اي است كه بتوانيد از خدمات آن استفاده كنيد؟* | *بله خير* | | *بله خير* | *بله خير* | | | *بله خير* | *بله خير* | | *بله خير* | *1 0* | |
| *22* | | *آيا از نحوه برخورد و شيوه ارايه خدمت کارکنان رضايت داريد؟* | *بله خير* | | *بله خير* | *بله خير* | | | *بله خير* | *بله خير* | | *بله خير* | *1 0* | |
| *23* | | *آيا از مدت زماني كه هر بار منتظر مي شويد تا نوبت به شما برسد، رضايت داريد؟* | *بله خير* | | *بله خير* | *بله خير* | | | *بله خير* | *بله خير* | | *بله خير* | *1 0* | |
| *24* | | *آيا در هنگام صحبت با ارایه دهنده خدمت و يا معاينه توسط وي، احساس امنيت و راحتي از نظر محفوظ بودن محل معاينه و اينكه كسي متوجه صحبت هاي شما نيست، داريد؟* | *بله خير* | | *بله خير* | *بله خير* | | | *بله خير* | *بله خير* | | *بله خير* | *1 0* | |
| *25* | | *آيا متوجه صحبت ها و آموزش هايي كه به شما مي دهد، مي شويد؟* | *بله خير* | | *بله خير* | *بله خير* | | | *بله خير* | *بله خير* | | *بله خير* | *1 0* | |
|  | | *آیا ارایه دهنده خدمت در مورد مسائل زیر تا بحال به شما آموزش داده است؟ (سوال 36 تا 49)* |  | |  |  | | |  |  | |  |  | |
| *26* | | *علائم خطر بارداری\** | *بله خير* | | *بله خير* | *بله خير* | | | *بله خير* | *بله خير* | | *بله خير* | *1 0* | |
| *27* | | *علائم خطر پس از زایمان\** | *بله خير* | | *بله خير* | *بله خير* | | | *بله خير* | *بله خير* | | *بله خير* | *1 0* | |
| *28* | | *علائم خطر نوزادی\** | *بله خير* | | *بله خير* | *بله خير* | | | *بله خير* | *بله خير* | | *بله خير* | *1 0* | |
| *29* | | *بهداشت فردی و روان* | *بله خير* | | *بله خير* | *بله خير* | | | *بله خير* | *بله خير* | | *بله خير* | *1 0* | |
| *30* | | *شکایات شایع* | *بله خير* | | *بله خير* | *بله خير* | | | *بله خير* | *بله خير* | | *بله خير* | *1 0* | |
| *31* | *نحوه استفاده از مکمل های غذایی، تغذیه دوران بارداری و پس از زایمان* | | *بله خير* | *بله خير* | | | *بله خير* | *بله خير* | | | *بله خير* | *بله خير* | | *1 0* |
| *32* | *بهداشت دهان ودندان مادر* | | *بله خير* | *بله خير* | | | *بله خير* | *بله خير* | | | *بله خير* | *بله خير* | | 1. *0* |
| *رديف* | *سوال از مادر* | | *نفر اول* | *نفر دوم* | | | *نفر سوم* | *نفر چهارم* | | | *نفر پنجم* | *نفر ششم* | | *نمره* |
| 33 | رفتارهای پرخطر | | *بله خير* | *بله خير* | | | *بله خير* | *بله خير* | | | *بله خير* | *بله خير* | | 1 0 |
| 34 | آمادگی زایمان ، محل و عامل زایمان | | *بله خير* | *بله خير* | | | *بله خير* | *بله خير* | | | *بله خير* | *بله خير* | | 1 0 |
| 35 | مراقبت از نوزاد | | *بله خير* | *بله خير* | | | *بله خير* | *بله خير* | | | *بله خير* | *بله خير* | | 1 0 |
| 36 | شیردهی | | *بله خير* | *بله خير* | | | *بله خير* | *بله خير* | | | *بله خير* | *بله خير* | | 1 0 |
| 37 | تنظیم خانواده | | *بله خير* | *بله خير* | | | *بله خير* | *بله خير* | | | *بله خير* | *بله خير* | | 1 0 |
| 38 | زمان مراجعه بعدی | | *بله خير* | *بله خير* | | | *بله خير* | *بله خير* | | | *بله خير* | *بله خير* | | 1 0 |
| 39 | آیا آموزش هایی که ارائه دهنده خدمت به شما می دهد را کافی می دانید ؟ | | *بله خير* | *بله خير* | | | *بله خير* | *بله خير* | | | *بله خير* | *بله خير* | | 1 0 |
| 40 | آیا ارائه دهنده خدمت به شما آموزش داده است که در صورت بروز علائم خطر چه کاری باید انجام دهید ؟ \* | | *بله خير* | *بله خير* | | | *بله خير* | *بله خير* | | | *بله خير* | *بله خير* | | 1 0 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *چه پيشنهادي براي بهبود وضعيت ارائه خدمت مرکز داريد؟ (مادر)* | | | | | |
| *مادر اول* | *مادر دوم* | *مادر سوم* | *مادر چهارم* | *مادر پنجم* | *مادر ششم* |
|  |  |  |  |  |  |

*نظرات يا پيشنهادهاي مصاحبه كننده:*

*\* توضيح سوالات*

*سوال26، 27، 28از خانم بخواهيد كه حداقل 2 علامت خطر از هر مورد را نام ببرد.*

*علایم خطر بارداری شاملخونریزی/ لکه بینی،کاهش یا نداشتن حرکت جنین، درد شکم و پهلوها و یا درد سر دل، ، آبریزش یا خیس شدن ناگهانی، تب و لرز،سردرد یا تاری دید،استفراغ شدید ومداوم و.....*

*علایم خطر پس از زایمان مادر شامل، خونریزیبیش از حد قاعدگی یا دفع لخته، سوزش یا درد هنگام ادرار کردن، درد شکم و پهلوها،خروج ترشحات بدبو، تب ولرز،...*

*علایم خطر نوزادی شامل: زردی در 24 ساعت اول، استفراغ مکرر، خوب شیر نخوردن، بی قراری و بی حالی، تب، تشنج،...*

*سوال40. در صورتی که مادر بگوید که باید به مرکز بهداشتی درمانی یا نزدیکترین مرکز مجهز درمانی مراجعه کند، پاسخ «بلی» محسوب می شود.*

چك ليست ارزيابي ارائه دهندگان خدمات مراقبت مادران

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *معيار پاسخ مثبتـ چنانچه كليه شرايط مطرح در سوال حاصل گرديد، به آن سوال پاسخ بله بدهید. اگر پاسخ قسمتی از سوال مثبت و قسمت دیگر منفی بود، پاسخ سوال را خیر دهید و در قسمت توضیح موارد نامطلوب مشکل را بنویسید.* | | | | |
| رديف | سوال ارزیابی کارکنان | پاسخ | توضيح موارد نامطلوب | *0* |
| 41 | آيا دوره آموزشي برنامه مراقبتهای ادغام یافته سلامت مادران گذرانده اید و رضایت دارید؟ |  |  |  |
| 42 | آيا در مورد تکمیل فرمهای مراقبت مادران آموزش ديده ايد؟ |  |  |  |
| 43 | آيا مشكلاتي در ارجاع فوري يا غير فوري موارد نيازمند داريد؟  (پذیرش و بررسی بیمار، ارسال پسخوراند شامل تشخیص، درمان، پیگیری و نیاز به ارجاع مجدد) |  |  |  |
| 44 | آيابا توجه به نيازهاي بهداشتي مادران باردار بصورت دوره اي و مرتب براي آنها، آموزش هاي گروهي يا فردي برگزار مي كنيد؟ |  |  |  |
| 45 | آيا در صورت نياز، تعمير يا جايگزيني تجهيزات به موقع (حداکثر طی 15 روز) انجام مي گيرد؟ |  |  |  |
| 46 | آيا بخاری و پنکه یا کولر سالم دارید؟ |  |  |  |
|  | *آیا وسایل فنی مورد نیاز برنامه مادران در مرکز موجود و سالم است؟ (سوال47تا70)* |  |  |  |
| 47 | ترازوي بزرگسال |  |  |  |
| 48 | گوشي طبی و فشارسنج |  |  |  |
| 49 | قدسنج يا متر نوار*ي* |  |  |  |
| 50 | ترمومتر دهانی |  |  |  |
| 51 | گوشي مامايي/ سونی کیت |  |  |  |
| 52 | ایروی |  |  |  |
| 53 | پاراوان یا پرده |  |  |  |
| 54 | تخت معاينه |  |  |  |
| 55 | ملحفه براي تخت معاينه |  |  |  |
| 56 | تخت ژنیکولوژی |  |  |  |
| 57 | بیکس یا دیش درب دار و اسپکولوم |  |  |  |
| 58 | فور یا اتوکلاو |  |  |  |
| رديف | سوال ارزیابی کارکنان | پاسخ | توضيح موارد نامطلوب |  |
| 59 | ترالی |  |  |  |
| 60 | چیتل فورسپس |  |  |  |
| 61 | کپسول/ مانومتر اکسیژن |  |  |  |
| 62 | چراغ پایه دار |  |  |  |
| 63 | آيا وسایل مصرفی به میزان کافی داريد؟ \* |  |  |  |
| 64 | آیا مواد ضدعفونی به میزان کافی موجود است؟ |  |  |  |
| 65 | آيا فرم هاي جدیدمراقبت مادران را به تعداد كافي داريد؟ |  |  |  |
| 66 | آیا زمان کافی برای استفاده از این کتابچه حین ارایه خدمت دارید؟ |  |  |  |
| 67 | آیا به آسانی قادر به یافتن مطلب مورد نیاز خود در کتابچه هستید؟ |  |  |  |
| 68 | آیا مطالب كتابچهودستورالعمل های تکمیل فرمها قابل فهم و کاربردی است؟ |  |  |  |
| 69 | آیا مفهوم رنگ ها به استفاده از پروتوکل کمک می کند؟ |  |  |  |
| 70 | آیا زمان کافی برای تکمیل فرمها دارید؟ |  |  |  |

* توضيح سوال63. مواد مصرفی شامل: سرنگ و سر سوزن، پنبه، گاز، پد یا نوار بهداشتی، دستکش استریل و یکبار مصرف، کاغذ کاهی برای پوشش زیر بیمار، صابون و.......

*آیاداروهای مورد نیاز برنامه مادران در مرکز موجود است؟ (*با توجه به نکات نامه چک لیست دارویی مادران که قبلا ارسال شده است)

مواردی که با توجه به سیاست شهرستان نیازی به تامین نمی باشد خط تیره و در توضیحات علت ذکر شود.در صورت گذشتن تاریخ انقضاء داروها پاسخ خیر به سوال بدهید.

| رديف | سوالات ارزیابی کارکنان | پاسخ | توضيح موارد نامطلوب |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 71 | قرص آهن |  |  |  |
| 72 | قرص یا کپسول مولتی مینرال یا ساده |  |  |  |
| 73 | قرص فولیک اسید |  |  |  |
| 74 | قرص استامینوفن/مفنامیک اسید |  |  |  |
| 75 | آمپول اکسی توسین |  |  |  |
| 76 | سرمها (رینگر ،قندی،قندی –نمکی،نرمال سالین) |  |  |  |
| 77 | آنتی بیوتیکها |  |  |  |
| 78 | آمپول هیدرولازین |  |  |  |
| 79 | آمپول سولفات منیزیوم |  |  |  |
| 80 | آمپول مترژن |  |  |  |
| 81 | آمپول فنی توئین |  |  |  |
| 82 | آمپول بتامتازون |  |  |  |
| 83 | آمپول هیدروکورتیزون |  |  |  |
| 84 | آمپول پرومتازین |  |  |  |
| 85 | آمپول متوکلوپرامید |  |  |  |
| 86 | قرص و پماد کلوتریمازول |  |  |  |
| 87 | ژل موضعی لیدوکائین |  |  |  |
| 88 | آمپول هپارین |  |  |  |
| 89 | شیاف یا پماد آنتی هموروئید |  |  |  |
| 90 | داروهای ملین |  |  |  |
| 91 | انتی هیستامین خوراکی |  |  |  |
| 92 | آمپول و قرص فنوباربیتال |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| رديف | سوال ارزیابی کارکنان | پاسخ | توضيح موارد نامطلوب |  |
| 93 | داروهای احیاءنوزاد(اپی نفرین،بی کربنات سدیم،نالوکسان،نرمال سالین) |  |  |  |
| 94 | آمپول فروسماید،بی پریدین،هالوپریدول، |  |  |  |
| 95 | کپسول آدالات |  |  |  |
| 96 | آمپول و قرص دیازپام |  |  |  |
| 97 | گلونات کلسیم |  |  |  |
| 98 | آمپول سرم ضد کزاز |  |  |  |
| 99 | سولفامید چشمی/تتراسیکلین چشمی/ |  |  |  |
| 100 | آمپول سفازولین |  |  |  |
|  | الکل سفید یا فیکساتور |  |  |  |

سایر نیازهای بهداشت خانواده مرکز:

پیشنهادها و نظرات کارکنان در مورد بهبود وضعیت واحد بهداشت خانواده:

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:

تاریخ تکمیل و امضاء: تاریخ تکمیل و امضاء: تاریخ تکمیل و امضاء: