**مستند شماره 3 پایش پرونده الکترونیک**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| فرایند (بررسی موارد ثبت شده در سامانه) | بله | خیر | توضیحات |
| انجام مراقبت های بارداری متناسب با هفته بارداری |  |  |  |
| تکمیل فرم ارجاع موارد نیازمند ارجاع |  |  |  |
| دریافت پسخوراند موارد ارجاع شده با توجه به زمان ارجاع |  |  |  |
| پیگیری مادرانی که به موقع مراجعه نکرده اند |  |  |  |
| ارجاع مادر به ماما/ پزشک برای درخواست آزمایش و معاینه فیزیکی و تکمیل فرم شرح حال مادر **توسط مراقبت سلامت - ماما یا بهورز** |  |  |  |
| متناسب بودن تعداد مادران مراقبت شده و جمعیت مورد نظر (تعداد زنان باردار تقریبا 2% جمعیت) |  |  |  |
| مراقبت (بررسی موارد ثبت شده در سامانه) |  |  |  |
| انجام کامل مراقبت پیش از بارداری |  |  |  |
| تکمیل فرم مراقبت و شرح حال اولیه بارداری قبل از ارائه سایر مراقبت ها |  |  |  |
| ثبت نتیجه آزمایش های بارداری |  |  |  |
| تکمیل وضعیت ایمن سازی |  |  |  |
| ثبت غربالگری تغذیه در مراقبت مادر |  |  |  |
| انجام معاینه فیزیکی مادر باردار **توسط پزشک** |  |  |  |
| ثبت بیماری ها و ناهنجاری ها در زبانه ثبت وقایع (در صورت نیاز) |  |  |  |
| انجام غربالگری تغذیه برای مادر باردار |  |  |  |
| ثبت کامل هر مراقبت با توجه به بسته خدمت (هفته های بارداری) |  |  |  |
| ثبت وزن مادر و تحلیل آن نسبت به وزن های قبلی |  |  |  |
| ثبت فشار خون مادر و تحلیل آن نسبت به میزان فشار خون های قبلی |  |  |  |
| تکمیل فرم های مراقبت های پس از زایمان |  |  |  |
| ثبت و اقدام بر اساس پسخوراند دریافتی |  |  |  |
| ارجاع مادران جهت شرکت در کلاسهای آمادگی برای زایمان و ثبت در توضیحات سامانه سیب مراقبتها (شاخص مادران شرکت کننده در کلاس ها محاسبه شود.) |  |  |  |
| وضعیت شاخص کلاسهای آمادگی برای زایمان برگزار شده توسط مربی (که دوره 60 ساعته را گذرانده است) |  |  |  |
| مهارت ارائه دهنده خدمت (مشاهده) |  |  |  |
| استفاده از بسته خدمت (کتاب) و بکارگیری آن در موارد لزوم |  |  |  |
| مهارت در یافتن مسیر و ثبت الکترونیک فرم ها |  |  |  |
| توانایی اخذ گزارش از موارد ثبت شده |  |  |  |
| اطلاع از تعداد و وضعیت مادران پر خطر و داشتن لیست اسامی |  |  |  |
| توجه به موارد خطر در زمان تکمیل فرم ها و ارائه توصیه مناسب به مادر |  |  |  |
| مناسب بودن شرایط نگهداری داروهای مکمل و واکسن |  |  |  |
| سالم بودن و موجود بودن وسایل فنی مورد نیاز برنامه مادران |  |  |  |
| داشتن دانش کافی برای آموزش به مادر و ارائه راهکار |  |  |  |
| برقراری ارتباط صحیح با مادر |  |  |  |
| رضایت گیرنده خدمت (مصاحبه) |  |  |  |
| قابل قبول بودن زمان انتظار تا دریافت خدمت |  |  |  |
| رعایت حریم خصوصی و امکان پاسخ دهی به سئوالات |  |  |  |
| قابل قبول بودن نحوه برقراری ارتباط ارائه دهنده خدمت |  |  |  |
| کفایت آموزش های ارائه شده |  |  |  |

**نام و نام خانوادگی بازدید کننده : نام و نام خانوادگی پایش شونده: تاریخ : نمره پایش :**

|  |  |
| --- | --- |
| **نام و نام خانوادگی مادر** | **کد ملی** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |