**چک لیست-5-چک لیست پایش از مرکز خدمات جامع سلامت شهری تاریخ بازدید پایشگر/پایشگران.کارشناس میانسالان**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **امتیاز کسب شده** | **حداکثر امتیاز فعالیت** | **روش ارزیابی** | **استاندارد مورد انتظار** | **فعالیت مورد انتظار** | **برنامه** |
|  | **2.5امتیاز** | **مشاهده و بررسی مستندات** | **1-آیا اطلاعات جمعیت میانسالان و زیر گروه های آن به تفکیک پایگاه سلامت/خانه های بهداشت موجود می باشد؟**  **2-آیا شاخص های پوشش خدمات بصورت فصلی و به تفکیک ارائه دهندگان خدمات وجود دارد ؟**  **3-آیا کارشناس ناظر مرکز از شاخص های تندرستی گروه هدف تحت پوشش خدمات سلامت میانسالان اطلاع دارند؟**  **4-آیا کارشناس ناظر مرکز تعداد و علل مرگ زودرس جمعیت تحت پوشش خود به تفکیک خانه بهداشت را می داند ؟**  **5-آیا کارشناس ناظر مراکز از شاخص های برنامه میانسالان که توسط ماما ارائه می گردداطلاع و نظارت کافی دارد؟** | **اطلاعات جمعیتی و شاخص های برنامه** | **1- مدیریت و برنامه ریزی** |
|  | **1.5امتیاز** |  | **1- موجود بودن برنامه عملیاتی مرکز**  **2- آیا از اهداف برنامه اطلاع دارند؟ به اهداف تعیین شده در برنامه عملیاتی رسیده اند؟ (اجرای حداقل 70%فعالیت ها در موعد مقرر)**  **3- آیا فعالیت های پیش بینی شده در برنامه عملیاتی انجام و ثبت شده است**؟ | **برنامه عملیاتی** |
|  | **5/2 امتیاز** | **مشاهده و بررسی مستندات** | **1- تعیین موضوعات آموزشی برنامه میانسالان برای کارکنان واحد های تحت پوشش**  **2- تعیین موضوعات آموزشی جهت جمعیت تحت پوشش ( گروه هدف میانسالان )بر اساس وضعیت موجودو علل مرگ**  **3- اجرای برنامه های آموزشی برای کارکنان و میانسالان برحسب موضوعات تعیین شده**  **4-اجرای برنامه آموزشی جهت میانسالان تحت پوشش بر اساس موضوعات تعیین شده بویژه در خصوص عوامل خطر در پیشگیری از مرگ و میر 30-70 سال**  **5- برگزاری آزمون یا جلسه باز اموزی بر حسب نیاز** | **برنامه آموزشی میانسالان** |
|  | **1 امتیاز** | **مشاهده و بررسی مستندات** | **1-موجود بودن فایل دستورالعمل ها و فیلم های آموزشی مرتبط با برنامه میانسالان**  **2-موجود بودن فایل بسته خدمتی پزشک /ماما/ غیر پزشک ( بوکلت میانسالان / ایراپن/فعالیت بدنی)** | **موجود بودن مستندات** | **2- دستورالعمل ها و مواد آموزش- تجهیزات** |
|  | **5/1 امتیاز** | **پرسش و پاسخ بررسی سامانه،مصاحبه با خدمت گیرنده** | **1-تسلط بر برنامه های واحد (کمپین ملی سلامت زنان ایرانی / کمپین ملی سلامت مردان**  **ایرانی/کمیته پیشگیری از مرگ و میر زود هنگام)(5/0)**  **2- آگاهی از بسته خدمتی میانسالان و ایراپن(5/0)**  **3- تسلط به سامانه یکپارچه سیب(5/0)** | **دانش و مهارت** |
|  | **1امتیاز** | **مشاهده و بررسی مستندات** | **1-آیا دستگاه فشار سنج سالم ، متر ، وزنه و.... در خانه های بهداشت یا پایگاههای تحت پوشش موجود است ؟ ( در صورت مشکل مکاتبات پیگیری )**  **2-تست فیت به تعداد مورد نیاز در خانه های بهداشت / پایگاههای بهداشتی تحت پوشش موجود می باشد .**  **3-فرم ارجاع به آزمایشگاه / فرم ارجاع ایراپن و کارا مراجعه میانسال در خانه های بهداشت و پایگاههای تحت پوشش موجود می باشد.** | **تجهیزات مورد نیاز برنامه** |
|  | **1 امتیاز** | **سامانه،مشاهده مستندات** | **1-تنظیم فرم درخواست مگادوز ویتامین دی مورد نیاز**  **2- موجودی کافی مگادوز ویتامین دی با توجه به جمعیت میانسالان تحت پوشش**  **3- بررسی ثبت مگادوز در سامانه توسط بهورزان و مراقبین و مصرفی در فرم و جعبه دارویی** | **درخواست مکمل ویتامین د مورد نیاز** | **3- ساماندهی** |
|  | **5/2 امتیاز** | **مشاهده و بررسی مستندات** | **1-تشکیل جلسات با مسئولین و کارکنان ارائه دهنده خدمت**  **2-جلسات برون بخشی با ادارات و سازمان های تحت پوشش خود**  **3-هماهنگی جهت انجام آزمایشات خطر سنجی**  **4-اطلاع ازوضعیت دفع بهداشتی زباله های عفونی**  **5-انجام پیگیری خانه های بهداشت که سامانه ندارند و پیگیری قطع و وصل سامانه سیب** | **هماهنگی درون و برون بخشی** |
|  | **2 امتیاز** | **مشاهده چک لیست تکمیل شده یا گزارش بازدید** | **1-وجود برنامه بازدید**  **2- استفاده از چک لیست استاندارد**  **3-توجه به مشکلات و نواقص بازدید قبلی**  **4- ارسال پس خوراند تا حداکثر ( یک هفته ) بعد از بازدید**  **5-نظارت بر نحوه ثبتیات (سامانه سیب)خانه های بهداشت** | **نظارت و پایش** | **4- پایش و ارزشیابی** |
|  | **1.5امتیاز** | **مشاهده مستندات** | **1-انجام مداخلات موثر جهت رفع نواقص مشاهده شده در بازدید** | **مداخلات موثر و به موقع** |
|  | **2 امتیاز** | **مشاهده و بررسی مستندات** | **1-ارسال عملکرد در خصوص مناسبت های برنامه میانسالان**  **2- ارسال فرم های آماری (غیر پزشک/ ماما)** | **ارسال گزارش عملکرد** | **5- گزارش دهی** |
|  | **1 امتیاز** |  | **1-آیا نامه های ارسال شده از ستاد را در اسرع وقت مشاهده و پاسخ داده است؟**  **2-آیا نامه های مورد نیاز به خانه های بهداشت و پایگاههای سلامت ارجاع داده است و پیگیری نموده است ؟** | **پاسخگویی به موقع** |
|  | **20 امتیاز** |  | **امتیاز کسب شده:** | **جمع امتیاز برنامه / جمع امتیاز کسب شده** | |