|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ردیف** | **بخش تحليل وضعيت موجود** | **امتیاز** |
| **1** | **آيا شاخصهای خدمات مربوطه موجود است؟** |  |
| **2** | **آيا مشکلات برنامه ها در منطقه تحت پوشش شناسايي شده است؟** |  |
| **3** | **آيا مشکلات برنامه ها در منطقه تحت پوشش الويت بندی شده است؟** |  |
| **بخش برنامه ريزی** | | |
| **4** | **آيا براي بهبود شاخص های مرکز، طراحی مداخله برای اولويت ها انجام شده است؟** |  |
| **5** | **آيا در تنظيم برنامه مداخله ای، اصول برنامه ريزی (تحليل وضعيت موجود؛ طراحی براساس تحليل؛ جدول گانت؛ و برنامه پايش) رعايت شده است؟** |  |
| **6** | **آيا برنامه ماهانه پايش از خانه های بهداشت طبق استاندارد تدوين گرديده است؟** |  |
| **بخش عملکرد** | | |
| **7** | **آيا برنامه مداخله اي تنظيمی طبق تقويم زمانی تهيه شده، اجرا می شود؟** |  |
| **8** | **آيا پايش ها مطابق با برنامه ماهانه تنظيم شده، اجرا مي شود؟** |  |
| **9** | **آيا پس از پايش، پسخوراند همراه با راهکارهای اجرايي به سطح پايش شونده ارسال مي شود؟** |  |
| **10** | **آيا در پايش ها، پسخوراند های قبلی و راهکارهای ارائه شده پيگيری مي شود؟** |  |
| **11** | **آيا برای بررسی گزارش پايش های انجام شده، درخواست برگزاری جلسه از مسوول مرکز بهداشتی درمانی انجام مي شود؟** |  |
| **بخش قرارداد و دستورالعمل** | | |
| **12** | **آيا ساعت کارحضور ماما ياپرستار طبق قرارداد رعايت مي شود؟** |  |
| **13** | **آيا موردی از نقض ضوابط و دستورات آئين نامه انتظامی رسيدگی به تخلفات صنفی و حرفه ای شاغلان حرف پزشکی وجود ندارد؟** |  |
| **14** | **آيا در صورت ترک محل خدمت براساس دستورعمل، مراتب را يک هفته قبل به مسوول مرکز اعلام كرده اند؟** |  |
| **15** | **آيا کليه اقدامات انجام شده در دفاتر و فرمهای ثبت اطلاعات، درج مي شود؟** |  |
| **16** | **آيا موارد نيازمند به پيگيری بهورز را به خانه بهداشت ابلاغ مي كنند؟** |  |
| **17** | **آيا برای بيماران ارجاع شده از خانه بهداشت، پس خوراند داده مي شود؟** |  |
| **18** | **آيا دستورعملها و بخشنامه های ابلاغی از طرف مرکز بهداشت شهرستان در دسترس مي باشند؟** |  |
| **بخش تجهیزات** | | |
| **19** | **آيا وسايل مورد نياز آيودی گذاری، درخواست مي گردد ؟** |  |
| **20** | **آيا در صورت خرابی و کسری تجهيزات مورد نياز برای ارائه مراقبت های مادران، پيگيری لازم صورت مي گيرد؟** |  |
| **21** | **آيا در نگهداری وسايل و تجهيزات مراقبتی مادران، شرايط استاندارد رعايت می گردد؟** |  |
| **بخش دارویاری** | | |
| **22** | **آيا موجودی دارو در داروخانه کفايت دو ماه آينده را می کند (براساس توزيع شهرستان)؟** |  |
| **23** | **آيا برآوردی مناسب از مصرف دارو در مرکز انجام می شود؟** |  |
| **24** | **آيا شرايط نگهداری دارو در دارو خانه مناسب می باشد (برابر استاندارد)؟** |  |
| **25** | **آيا داروهای موجود به تفکيک در قفسه ها چيده شده اند؟** |  |
| **26** | **آيا از نبود داروهای تاريخ گذشته اطمينان حاصل می شود؟** |  |
| **27** | **آيا نسخه پيچی در مرکز با صحت و دقت انجام می شود؟** |  |
| **28** | **آيا داروهای اورژانسی مطابق استاندارد در ترالی اورژانس وجود دارند؟** |  |
| **29** | **آيا به تاريخ انقضاء داروهای قفسه اورژانس توجه می شود؟** |  |
| **30** | **آيا برنامه ريزی مناسبی براي جلوگيری از انقضا تاريخ مصرف داروها صورت می گيرد؟** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **بخش پرستاری و بهیاری** | | | **امتیاز** |
| **31** | **آيا تجهيزات پانسمان خانه بهداشت توسط مرکز به طور مرتب استريل می گردد؟** | | |  |
| **32** | **آيا وسايل پانسمان در شرايط استاندارد استريل می شوند؟** | | |  |
| **33** | **آيا تجهيزات تزريقات و پانسمان در شرايط استاندارد نگهداری می شوند؟** | | |  |
| **34** | **آيا بسته های استريل و غير استريل جدا از هم و در محيطی خشک نگهداری می شوند؟** | | |  |
| **35** | **آياتخت تزريقات و پانسمان دارای ملحفه و مشمع و پاراوان می باشد؟** | | |  |
| **36** | **آيازباله های عفونی به طور جداگانه دفع می شوند؟** | | |  |
| **37** | **آياپرستار يا ماما از روپوش تميز استفاده می کند؟** | | |  |
| **38** | **آيا پگ پانسمان استريل به تعداد مورد نياز در مرکز موجود می باشد؟** | | |  |
| **39** | **آيا برنامه ريزی براي تامين تجهيزات تزريقات پانسمان و احياء انجام می شود (شامل: فور- اتو کلاو –ECG– قفسه دارويي )؟** | | |  |
| **بخش بازآموزی** | | | | |
| **40** | **آيا در کلاسهای آموزشی بهورزان برای گروه هدف مامايی به صورت موردی شرکت داشته است؟** | | |  |
| **41** | **آيا در جلسات و باز آموزی های ستاد شهرستان در سه ماه گذشته شرکت داشته است؟** | | |  |
| **بخش شاخص های فنی** | | | | |
| **42** | **آيا فرم مربوط به محاسبه شاخصهای فنی برنامه های جاری ومداخله ای تکميل مي شود؟** | | |  |
| **بخش رضایتمندی - رضايت گيرندگان خدمت** | | | | |
| **43** | **آيا مردم از ساعات حضور مامايا پرستار رضايت دارند؟** | | |  |
| **44** | **آيا مردم از نحوه برخورد مامايا پرستار رضايت دارند؟** | | |  |
| **45** | **آيا مردم از نحوه پذيرش مامايا پرستار رضايت دارند؟** | | |  |
| **بخش رضایتمندی - رضايت مسئول مرکز بهداشتی درمانی** | | | | |
| **46** | **آيا مسوول مرکز ازنحوه برخورد و رفتارماما/ پرستار با ارباب رجوع رضايت دارد؟** | | |  |
| **47** | **آيا مسوول مرکز ازنحوه برخورد و رفتارماما/ پرستار با ساير پرسنل رضايت دارد؟** | | |  |
| **48** | **آيا مسوول مرکز از اجرای مقررات اداری (حضوروغياب ،مرخصی ...) ماما/ پرستاررضايت دارد؟** | | |  |
| **49** | **آيا مسوول مرکز از اجرای برنامه های پايش ودهگردشی ماما/ پرستاررضايت دارد؟** | | |  |
| **50** | **آيا مسوول مرکز از نحوه پيگيری پسخوراند ها توسط ماما/ پرستاررضايت دارد؟** | | |  |
| **51** | **آيا مسوول مرکز از گزارش بموقع اطلاعات خواسته شده توسط ماما/پرستار رضايت دارد ؟** | | |  |
| **52** | **آيا مسوول مرکز از وضعيت برگزاری جلسات آموزشی برای ساير پرسنل توسط ماما/ پرستاررضايت دارد؟** | | |  |
| **53** | **آيا مسوول مرکز از عملکرد خدمتی ماما/ پرستار رضايت دارد ؟** | | |  |
| **امتياز پایش ماما / پرستار برنامه پزشک خانواده** | |  |  | |
| **جمع كل امتياز پایش ماما / پرستار برنامه پزشک خانواده** | | **530** | **100** | |

**نام و نام خانوادگي و سمت فرد پايش کننده و امضا نام و نام خانوادگي پايش شونده و امضا**