**دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني البرز**

**معاونت امور بهداشتي**

**نام مركز بهداشتي درماني: شهرستان: تعداد خانه بهداشت تحت پوشش: تاريخ پايش:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **ساختار** | **حداكثر امتياز** | **امتياز كسب شده** |
| **بهار** | **تابستان** | **پاييز** | **زمستان** |
| 1 | آيا دستورالعمل جامع و متون آموزشي برنامه پيشگيري از بروز بتا تالاسمي ماژور ويژه مركز بهداشتي درماني و خانه بهداشت موجود است؟بلي🞅-كامل🞅 ناقص 🞅 خير🞅 علت نقص و توضيحات :  | **3** |  |  |  |  |
| 2 | آيا نسخه چهارم دستورالعمل برنامه پيشگيري از بروز بتا تالاسمي ماژور درمركز موجود است؟ بلي🞅-كامل🞅 ناقص 🞅 خير🞅  علت نقص و توضيحات :  | **2** |  |  |  |  |
| 3 | آیا آيا الگوريتم كشوري مراحل آزمايشهاي تالاسمي وجود دارد؟ بلي🞅-كامل🞅 ناقص 🞅 خير🞅  علت نقص و توضيحات :  | **1** |  |  |  |  |
| 4 | آیا آيا الگوريتم شناسايي زوجهاي ناقل تالاسمي در استراتژي سوم در دسترس است ؟ بلي🞅-كامل🞅 ناقص 🞅 خير🞅  علت نقص و توضيحات :  | **1** |  |  |  |  |
| 5 | آيا چك ليست پايش برنامه تالاسمي ويژهمركز بهداشتي درماني و خانه بهداشت و وجود دارد ؟ بلي🞅-كامل🞅 ناقص 🞅 خير🞅  علت نقص و توضيحات :  | **2** |  |  |  |  |
| 6 | آيا فرم شماره 6 آمار تيم مراقبت در مركز موجود است؟ بلي🞅-كامل🞅 ناقص 🞅 خير🞅  علت نقص و توضيحات :  | **2** |  |  |  |  |
| 7 | ايا فرم بررسي زنان بارداربدون سابقه انجام غربالگري در زمان ازدواج(فرم شماره 8) موجود است؟ بلي🞅-كامل🞅 ناقص 🞅 خير🞅  علت نقص و توضيحات :  | **2** |  |  |  |  |
| 8 | آيا فرم بررسي اپيدميولوژيك موارد بروز بيماريهاي ژنتيك (فرم شماره11)در مركز موجود است؟ بلي🞅-كامل🞅 ناقص 🞅 خير🞅  علت نقص و توضيحات :  | **3** |  |  |  |  |
| 9 | آيا دفترچه مراقبت زوجهاي ناقل تالاسمي موجود است؟ بلي🞅-كامل🞅 ناقص 🞅 خير🞅  علت نقص و توضيحات :  | **1** |  |  |  |  |
| 10 | آيا پوستر آموزشي 10 پرسش و پاسخ درباره بيماري بتا تالاسمي ماژور و راههاي پيشگيري از آن در مركز موجود است؟ بلي🞅-كامل🞅 ناقص 🞅 خير🞅 علت نقص و توضيحات :  | **1** |  |  |  |  |
| 11 | آيا فرم پيگيري بيماري در مركز موجود است؟ بلي🞅-كامل🞅 ناقص 🞅 خير🞅  علت نقص و توضيحات :  | **1** |  |  |  |  |
| 13 | آيا فرم شماره 10 اعلام مشخصات بيماران بتا تالاسمي شناسايي شده ي جديد و پيگيري موارد غيبت از درمان در مركز موجود است؟ بلي🞅-كامل🞅 ناقص 🞅 خير🞅 علت نقص و توضيحات :  | **1** |  |  |  |  |
| **جمع امتيازات** | **20** |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **فرايند** | **حداكثر امتياز** | **امتياز كسب شده** |
| **بهار** | **تابستان** | **پاييز** | **زمستان** |
| 1 | آيامراقبت زوجهاي ناقل تالاسمي بر اساس فلوچارت مربوطه انجام شده است ؟بلي🞅-كامل🞅 ناقص 🞅 خير🞅  علت نقص و توضيحات :  | **2** |  |  |  |  |
| 2 | آيا زوجهاي ناقل جهت انجام آزمايش PND مرحله اول ارجاع شده اند؟ بلي🞅-كامل🞅 ناقص 🞅 خير🞅  علت نقص و توضيحات :  | **2** |  |  |  |  |
| 3 | آيا زوجهاي ناقل باردار جهت انجام آزمايش PND مرحله دوم ارجاع شده اند؟ بلي🞅-كامل🞅 ناقص 🞅 خير🞅  علت نقص و توضيحات :  | **5/1** |  |  |  |  |
| 4 | آيا فرم بررسي انفرادي بيماران مبتلا به تالاسمي ماژور تكميل شده است؟بلي🞅-كامل🞅 ناقص 🞅 خير🞅  علت نقص و توضيحات :  | **5/1** |  |  |  |  |
| 5 | آيازوجهاي ناقلي كه بر اساس نتيجه كه جنين انها مبتلا به تالاسمي ماژور بوده و بايد سقط كنند پيگيري شده اند؟ بلي🞅-كامل🞅 ناقص 🞅 خير🞅  علت نقص و توضيحات : ) | **5/1** |  |  |  |  |
| 6 | آيا بيمارانيكه غيبت از درمان دارند پيگيري شده اند؟ بلي🞅-كامل🞅 ناقص 🞅 خير🞅  علت نقص و توضيحات :  | **5/1** |  |  |  |  |
| 7 | آيا آيا فرم پيگيري بيماري در پرونده خانوار بيمار قرار دارد و پيگيرها در آن ثبت شده است؟ بلي🞅-كامل🞅 ناقص 🞅 خير🞅  علت نقص و توضيحات :  | **5/1** |  |  |  |  |
| 8 | آيا فرم شماره 6 از خانه هاي بهداشت تحت پوشش جمع آوري مي شود؟ بلي🞅-كامل🞅 ناقص 🞅 خير🞅  علت نقص و توضيحات :  | **5/1** |  |  |  |  |
| 9 | آيا فرم شماره 6 آمار به درستي تكميل و ارسال شده است؟ بلي🞅-كامل🞅 ناقص 🞅 خير🞅  علت نقص و توضيحات :  | **5/1** |  |  |  |  |
| 10 | آيا جداول و نمودارهاي گزارش عملكرد بصورت ماهيانه و فصلي تهيه و نصب شده است؟ | **5/1** |  |  |  |  |
| 11 | آيا مشكلات اجرايي و كمبودها به مركز بهداشت شهرستان اعلام مي‌شود؟ | **5/1** |  |  |  |  |
|  | آيا فرم شماره 7 براي استراتژي سوم به درستي تكميل مي شود؟ بلي🞅-كامل🞅 ناقص 🞅 خير🞅  علت نقص و توضيحات :  | **5/1** |  |  |  |  |
| 13 | آيا بر اساس الگوريتم شناسايي زوجهاي ناقل در تالاسمي در استراتژي سوم افراد واجد الشرايط(زوجيني كه به هردليل در زمان ازدواج آزمايش انجام نداده اند) به مركز بهداشتي درماني ويژه مشاوره تالاسمي ارجاع شده اند؟ بلي🞅-كامل🞅 ناقص 🞅 خير🞅  علت نقص و توضيحات :  | **5/1** |  |  |  |  |
| 14 | آيا گروههاي هدف در برنامه پيشگيري از بروز بتا تالاسمي ماژورآموزش ديده اند . بلي🞅-كامل🞅 ناقص 🞅 خير🞅  علت نقص و توضيحات :  | **2** |  |  |  |  |
| 15 | آيا والدين بيماران تالاسمي كه فرزند آنها فوت كرده است به مركز بهداشتي درماني ويژه مشاوره تالاسمي ارجاع شده اند؟ بلي🞅-كامل🞅 ناقص 🞅 خير🞅  علت نقص و توضيحات :  | **5/1** |  |  |  |  |
| 16 | آيا زوجهاي ناقل پرخطر جهت انجام آزمايشهاي تكميلي پيگيري شده اند؟ بلي🞅-كامل🞅 ناقص 🞅 خير🞅  علت نقص و توضيحات :  | **5/1** |  |  |  |  |
| 17 | آيا طي يكسال گذشته در منطقه تحت پوشش بروز بتا تالاسمي ماژور وجود داشته است؟ بلي🞅- 🞅 خير🞅  علت بروز :  | **5/1** |  |  |  |  |
| 18 | آيا اسامي زوجهاي ناقل بتا تالاسمي ماژور در دفتر تنظيم خانواده با خودكار قرمز نوشته شده و علامت ستاره در جلوي آن گذاشته شده است؟ بلي🞅-كامل🞅 ناقص 🞅 خير🞅  علت نقص و توضيحات :  | **5/1** |  |  |  |  |
| 19 | آيا خانه هاي بهداشت يا پايگاه بهداشتي پايگاه بهداشتي تحت پوشش پايش شده و پسخوراند آن ارسال شده است؟ بلي🞅-كامل🞅 ناقص 🞅 خير🞅  علت نقص و توضيحات :  | **5/1** |  |  |  |  |
| 20 | آيا بهورزان خانه هاي بهداشت و يا كاردانهاي پايگاه بهداشتي تحت پوشش آموزش ديده اند؟ بلي🞅-كامل🞅 ناقص 🞅 خير🞅  علت نقص و توضيحات :  | **5/1** |  |  |  |  |
| 21 | آيا كلاسهاي آموزش براي عموم مردم برگزار شده است؟ بلي🞅-كامل🞅 ناقص 🞅 خير🞅  علت نقص و توضيحات :  | **5/1** |  |  |  |  |
| 22 | آيا بايگاني نامه ومكاتبات منظم مي باشد؟ بلي🞅-كامل🞅 ناقص 🞅 خير🞅  علت نقص و توضيحات :  | **5/1** |  |  |  |  |
| 23 | آيا برنامه ريزي جهت آموزش گروههاي هدف تحت پوشش صورت گرفته است؟ بلي🞅-كامل🞅 ناقص 🞅 خير🞅  علت نقص و توضيحات :  | **5/1** |  |  |  |  |
| **جمع امتيازات** | 36 |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **آگاهي سنجي** | **حداكثر امتياز** | **امتياز كسب شده** |
| **بهار** | **تابستان** | **پاييز** | **زمستان** |
| 1 | آيا كارمند بهداشتي بتا تالاسمي ماژور را مي شناسد؟ | **2** |  |  |  |  |
| 2 | آيا كارمند بهداشتي سالم ناقل (مينور ) را مي شناسد؟ | **2** |  |  |  |  |
| 3 | آيا كارمند بهداشتي علت تولد كودك مبتلا به تالاسمي ماژور را مي داند؟ | **2** |  |  |  |  |
| 4 | آيا كارمند بهداشتي نحوه انتقال بتا تالاسمي ماژور را مي داند؟ | **2** |  |  |  |  |
| 5 | آيا كارمند بهداشتي علائم بتا تالاسمي ماژور را مي شناسد؟ | **2** |  |  |  |  |
| 6 | آيا كارمند بهداشتي راههاي پيشگيري از بتا تالاسمي ماژور را مي داند؟ | **2** |  |  |  |  |
| 7 | آيا كارمند بهداشتي احتمال فرزند مبتلا به تالاسمي ماژور را در هربارداريردر زوج هاي ناقل تالاسمي مي داند؟ | **2** |  |  |  |  |
| 8 | آيا كارمند بهداشتي گروههاي هدف آموزش در برنامه تالاسمي را مي شناسد؟ | **2** |  |  |  |  |
| 9 | آيا كارمند بهداشتي آگاهي لازم در حد متن آموزشي را درخصوص PND دارد؟ | **2** |  |  |  |  |
| 10 | آيا كارمند بهداشتي نحوه ارجاع زوج هاي ناقل را جهت انجام آزمايشهاي PND مي داند؟ | **2** |  |  |  |  |
| 11 | آيا كارمند بهداشتي مركز بهداشتي درماني ويژه مشاوره تالاسمي را مي شناسد؟ | **2** |  |  |  |  |
| 12 | آيا كارمند بهداشتي استراتژي اول را مي شناسد؟ | **2** |  |  |  |  |
| 13 | آيا كارمند بهداشتي استراتژي دوم را مي شناسد؟ | **2** |  |  |  |  |
| 14 | آيا كارمند بهداشتي استراتژيسوم و نحوه ي اجراي را مي شناسد؟ | **2** |  |  |  |  |
| 15 | آيا كارمند بهداشتي از االگوريتم شناسايي زوجهاي ناقل تالاسمي در استراتژي سوم اطلاع كافي دارد؟ | **2** |  |  |  |  |
| **جمع امتيازات** | **30** |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **شاخص هاي مهم** | **حداكثر امتياز** | **امتياز كسب شده** |
| **بهار** | **تابستان** | **پاييز** | **زمستان** |
| 1 | ميزان بروز بتا تالاسمي ماژور(مورد داشته باشد صفر منظور گردد) | **5** |  |  |  |  |
| 3 | درصد زوجهاي ناقل كه1 PND را انجام داده اند(با توجه به تعداد زوج تحت پوشش محابه و نمره منظور گردد) | **2** |  |  |  |  |
| 4 | درصد زوجهاي ناقل بارداركه2 PND را انجام داده اند( با توجه به تعداد زوج تحت پوشش محابه و نمره منظور گردد) | **3** |  |  |  |  |
| 5 | درصد زوجهاي ناقل تحت پوشش برنامه تنظيم خانواده( با توجه به تعداد زوج تحت پوشش محابه و نمره منظور گردد) | **3** |  |  |  |  |
| **جمع امتيازات** | **14** |  |  |  |  |

**نظر پايش شونده:**

**نام و نام خانوادگي پايش شونده: امضا: نام و نام خانوادگي پايش كننده امضا:**