|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **چک لیست پايش مراكز بهداشتي درماني (واكسيناسيون ، زنجيره سرماوعوارض پس ازايمنسازي)** | **امتیاز مطلوب**  | **امتیاز كسب شده** | **توضیحات** |
| **1** | **آیا فرم درخواست واکسن ، فرم 105 ایمنسازی و فرم 2 گزارش عوارض ایمنسازی به تعداد کافی (حداقل براي 2 ماه)در واحد موجود است؟** | **1** |  |  |
| **2** | **آیا برآورد میزان واکسن مورد نیاز و فرم درخواست آن توسط مسئول ایمنسازی طبق دستورالعمل انجام شده است؟** | **1** |  |  |
| **3** | **آیا دفتر ایمنسازی مطابق دستورالعمل تکمیل شده است؟** | **2** |  |  |
| **4** | **آیا تاریخ مراجعه بعدی در دفتر واکسیناسیون با مداد ثبت شده است ؟** | **1** |  |  |
| **5** |  **آیا مهمانها و افراد غیرایرانی در دفتر واکسیناسیون مطابق دستورالعمل ثبت شده اند؟** | **1** |  |  |
| **6** | **آیا شماره ردیف دفتر واکسیناسیون در کارت واکسیناسیون گیرنده خدمت ثبت شده است؟** | **1** |  |  |
| **7** | **آیا موارد تاخیر واکسیناسیون در دفتر پیگیری ثبت و نتیجه پیگیری نوشته شده است ؟** | **2** |  |  |
| **8** | **آیا ثبت درجه حرارت یخچال 2بار درروز(صبح وعصر) صحیح بوده و دمای یخچال بین 8-2 درجه می باشد؟** | **1** |  |  |
| **9** | **آیا کارت واکسیناسیون گیرندگان خدمت مطابق دستورالعمل تکمیل می شود؟(حداقل 2 کارت ملاحظه شود)** | **1** |  |  |
| **10** | **آیا در فرم 105 واکسنهای مختلف با هم همخوانی دارد ؟ اگر نه علت توضیح داده شده است ؟** | **2** |  |  |
| **11** | **آیا جدول ارزشیابی پوشش واکسیناسیون بدرستی تکمیل و در محل کار نصب شده است ؟** | **1** |  |  |
| **12** | **آیا دفتر دارویی ثبت واکسن بدرستی تکمیل شده است ؟** | **1** |  |  |
| **13** | **آیا بین دفتر دارویی ثبت واکسن و فرم درخواست واکسن و فرم 105 همخوانی وجود دارد؟** | **1** |  |  |
| **14** | **آیا از سفتی باکس برای جمع آوری سرنگها استفاده می شود؟** | **1** |  |  |
| **15** | **آیا از سرنگ ADجهت واکسیناسیون استفاده می کند؟** | **1** |  |  |
| **16** | **آیا تراکت اطلاع رسانی 30-20 دقیقه تاخیر پس از واکسناسیون در محل مناسب نصب شده و پس از واکسیناسیون به والدین تاکید می گردد؟** | **1** |  |  |
| **17** | **آیا محل استقرار یخچال مناسب است (دور از تماس مستقیم آفتاب و منبع حرارتی ، کوران هوا ، فاصله 10 سانتی متر از دیوار) و برفک جایخی کمتر از 5/0 سانتی متر می باشد؟** | **1** |  |  |
| **18** | **آیا آیس بگ به تعداد مناسب (12-8عدد) در جایخی موجود بوده و بصورت عمودی و بافاصله 1 سانتی متر چیده شده است و تعداد کافی بطری آب و نمک (حداقل 4 بطری) در یخچال موجود است ؟** | **1** |  |  |
| **19** | **آیا چیدمان واکسنها در یخچال طبق دستورالعمل بوده و از نظر فاصله زمانی ترتیب چیدمان مناسب است؟** | **1** |  |  |
| **20** | **آیا در یخچال واکسيناسيون ، مواد غیرواکسن (هرنوع ماده دیگر غذایی ،داروئی و...) نگهداری می شود؟ (در صورت خیر امتیاز داده شود.)** | **1** |  |  |
| **21** | **آیا از نحوه آماده سازی واکسن کریر آگاهی داشته و در زمان تلقیح واکسن از واکسن کریر داراي ترمومتر استفاده می نماید ؟** | **1** |  |  |
| **22** | **آیا واکسیناتور نحوه تشخیص واکسنهای خراب شده را می داند؟** | **2** |  |  |
| **23** | **آیا در صورت مراجعه بموقع افراد و یا عدم مراجعه در وقت مقرر نحوه ادامه واکسیناسیون را طبق جدول ایمنسازی می داند؟** | **2** |  |  |
| **24** | **آیا از عوارض جانبی واکسنها آگاهی داشته و پس از واکسیناسیون آموزش لازم را به والدین ارائه می نماید؟** | **2** |  |  |
| **25** | **آیا عوارض جانبي فوری و غیرفوری را می داند و نحوه گزارش دهی صحیح است ؟** | **2** |  |  |
| **26** | **آیا در جلسات آموزشی ايمنسازي شهرستان شرکت نموده وبراي مردم نيز جلسه آموزشي برگزار كرده است ؟** | **2** |  |  |
| **27** | **آیا پوشش واکسن مناسب است (برای ثلاث 3- پولیو3- هپاتیت 3 و1 MMR محاسبه شود)** | **4** |  |  |
| **28** | **آيا در6ماه گذشته موردي ازخرابي واكسن داشته است؟** | **1** |  |  |
| **29** | **نحوه تهیه پنبه الکل مصرفی روزانه مناسب است ؟**  | **1** |  |  |
| **30** | **فضاي فيزيكي ،نور،دما، نظافت محيط واحد واكسيناسيون براي ارايه خدمت مناسب است** | **2** |  |  |
| **31** | **آیا مراجعه کننده از نحوه ارائه خدمت رضایت داشته و تاریخ مراجعه بعدی جهت واکسیناسیون را می داند ؟** | **2** |  |  |
| **32** | **آیا مراجعه کننده ازمراقبتهاي بعد از ايمنسازي مطلع است؟** | **2** |  |  |
| **33** | **مسئول ايمن ساري تمهيدات لازم را در زمان قطع برق براي رعايت زنجيره سرد انجام داده است.**  | **2** |  |  |
| **34** | **ایمنی تزریقات رعايت ميشود(درپوش گذاری سرنگ قبل وبعداز تزریق انجام نشود.واکسنهای بازسازی شده بعداز6 ساعت دور ریخته شود. پنبه الکل روزانه تهيه شود.محل تزریق ضدعفونی شود.بیش از4/3 حجم safety box پر نشود)** | **2** |  |  |
|  | **جمع امتياز** | **50** |  |  |
| **بيماريهاي قابل پيشگيري با واكسن ومالاريا** |
| **35** | **بيماريهاي قابل گزارش را مي شناسد ودرصورت كشف اقدام به بررسي وگزارش كرده است**  | **2** |  |  |
| **36** | **تعاریف بيماريها در محل کار نصب بوده و پرسنل به خوبی آن را می داند ؟** | **2** |  |  |
| **37** | **مستندات گزارش موارد بيماريهاو یا موارد صفر فلج شل حاد وسرخك موجود است ؟** | **1** |  |  |
| **38** | **از بیماران تب دار مشکوک بویژه مهاجرین افغانی لام خون محیطی تهیه می شود؟**  | **2** |  |  |
| **39** | **دستورالعملها وفرمهاي بررسي بيماريهاي هدف درمركز موجود است** | **1** |  |  |
| **40** | **مراكز ومطبهاي خصوصي محدوده مركز شناسايي وگزارشگيري انجام مي گيرد** | **2** |  |  |
|  | **جمع امتياز** | **10** |  |  |
| **نقاط قوت:** | **نقاط ضعف:** | **پيشنهادات:** |