|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| حیطه | ردیف | نوع فعالیت | توضیح موارد | نمره مطلوب | 3 ماهه اول | 3 ماهه دوم | 3 ماهه سوم | 3 ماهه چهارم |
| **شناسایی جمعیت گروه هدف** | 1 | آیا جمعیت گروه هدف شناسایی و فراخوان شده است؟ | حدود یک درصد جمعیت تحت پوشش را زنان باردار تشکیل می دهند. | 2 |  |  |  |  |
| 2 | آیا برای گروه هدف، پرونده ی الکترونیکی تشکیل شده است؟ |  | 1 |  |  |  |  |
| جمع: | | | **3** |  |  |  |  |
| **هماهنگی** | 3 | آیا در جلسات هماهنگی پایگاه/مرکز سلامت شرکت و موارد آن پی گیری شده است؟ | شرکت در جلسه- پیگیری موارد | 1 |  |  |  |  |
| 4 | آیا جهت رفع نواقص اعلام شده در فیدبک بازدید ستاد شهرستان اقدام شده است؟ |  | 2 |  |  |  |  |
| جمع: | | | **3** |  |  |  |  |
| **پشتیبانی** | 5 | آیا مستندات بطور مطلوب نگهداری و بایگانی شده اند؟ | دستورعمل- مکاتبات- کتب و مواد کمک  آموزشی | 1 |  |  |  |  |
| 6 | آیا وضعیت تجهیزات مورد نیاز، مطلوب می باشد؟ | فشارسنج- ترازو -قدسنج- سونی کید- تخت معاینه- پاراوان | 1 |  |  |  |  |
| 7 | آیا پیگیری کمبود و تعمیر تجهیزات انجام و مستندات آن موجود می باشد؟ |  | 1 |  |  |  |  |
| 8 | آیا دفاتر و لوازم مصرفی به میزان لازم موجود است؟ | دفترچه ارجاع و پسخوراند -دفترچه مراقبت مادر - لوازم مصرفی (کیت تست HPV، سیتوبراش و ...(HPV و پاپ اسمیر) | 1 |  |  |  |  |
| 9 | آیا برآورد مکمل های غذایی، آی یودی و محلول HPVو سیتوبراش براساس دستورعمل انجام و به میزان لازم موجود می باشد؟ | برآورد صحیح- موجود بودن به میزان کافی | 1 |  |  |  |  |
| 10 | آيا شرايط نگهداري مكمل های غذایی، آی یودی و نمونه های HPV مناسب است؟ |  | 1 |  |  |  |  |
| 11 | آيا رسانه های آموزشي بر اساس گروه هدف، توزیع شده است؟ |  | 1 |  |  |  |  |
| 12 | آیا اطلاعات مرتبط با واحد مامایی در پانل مراقب سلامت به درستی ثبت، تحلیل و مداخله لازم انجام شده است؟ |  | 3 |  |  |  |  |
| جمع: | | | **10** |  |  |  |  |
| **نحوه ارائه خدمت از طریق مشاهده عملکرد/ سامانه سیب** | برنامه سلامت مادران | | | | | | | |
| 13 | آیا مراقب سلامت ماما در کار با سامانه سیب تبحر لازم را دارد؟ | گزارش گیری، پیگیری روزانه موارد تاخیر در مراجعه | 2 |  |  |  |  |
| 14 | آيا با گیرنده خدمت ارتباط مناسب برقرار و در مورد علت مراجعه، سوال می نماید و نوع خدمت و .... را به مراجعه کننده توضیح می دهد؟ | سلام و احوالپرسی- تعارف به نشستن-پرسیدن علت مراجعه- توضیح نوع خدمت | 1 |  |  |  |  |
| 15 | آیا مراقبت های لازم طبق سامانه سیب انجام و بر اساس نتایج اقدام مناسب انجام می شود؟ | اقدامات مراقبتی لازم با توجه به شرح حال مدنظر می باشد. همچنین مراقبت سلامت روان در هفته 20- 16 و غربالگری اعتیاد و سلامت اجتماعی براساس بوکلت بررسی گردد. تاکید می گردد که در صورت مثبت شدن آزمایش اولیه HIV و یا HIV مثبت اقدامات صحیح انجام شده باشد. | 2 |  |  |  |  |
| 16 | آیا شرح حال به طور کامل اخذ می گردد؟ | شرح حال کامل مدنظر می باشد. | 1 |  |  |  |  |
| 17 | آیا مراقبت متناسب با هفته بارداری انجام می شود؟ |  | 2 |  |  |  |  |
| 18 | آیا مادر آزمایش و سونوگرافی را انجام داده و یا در صورت عدم انجام پیگیری می شود؟ |  | 2 |  |  |  |  |
| 19 | آیا معاینات فیزیکی به طور صحیح انجام می شود؟ | این سوالات از طریق مشاهده نحوه ارائه خدمت بررسی می شود. در صورت کسب نمره کامل، بررسی این سوالات یک بار در سال برای هر مراقب سلامت ماما کافی است. | 2 |  |  |  |  |
| 20 | آیا فشارخون را به طور صحیح اندازه گيري مي نمايد؟ | 2 |  |  |  |  |
| 21 | آیا معاینه شکمی زن باردار براساس سن حاملگی (مانورهای لئوپولد- سمع قلب جنین) به طور صحیح انجام می شود؟ | 2 |  |  |  |  |
| 22 | آیا نتیجه معاینه فیزیکی مادر توسط پزشک یا ماما به طور کامل در سامانه وارد می شود؟ |  | 2 |  |  |  |  |
| 23 | آیا وضعیت ایمن سازی مادر را بررسی و اقدام لازم انجام می شود؟ |  | 2 |  |  |  |  |
| 24 | آیا سنجش BMI به طور صحیح انجام و توصیه ها و اقدامات لازم بر اساس روند وزن گیری انجام می شود؟ |  | 2 |  |  |  |  |
| 25 | آیا مراجعه کننده در صورت لزوم براساس راهنمای اجرایی و بالینی به سطح 2 و 3 ارجاع شده است؟ | کنترل سامانه- وجود ته برگ ارجاع  موارد مورد تاکید:  - در صورت مثبت شدن آزمایش اولیه HIV و یا HIV مثبت ارجاع به مرکز مشاوره بیماری های رفتاری بررسی گردد.  - وضعیت ارجاعات سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد بر اساس فلوچارت های مربوطه بررسی گردد.  - ارجاع 2 مادر باردار به پزشک و کارشناس تغذیه بررسی گردد. | 2 |  |  |  |  |
| 26 | آیا پیگیری موارد ارجاع و دریافت پسخوراند از سطوح پذیرنده ارجاع مطابق دستورعمل مربوطه انجام شده است؟ | یاداوری می گردد که ضمن بررسی کلیه موارد ارجاع فوری و غیر فوری، در بعد سلامت روان، سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد بررسی گردد.  - پی گیری 2 مادر باردار به پزشک و کارشناس تغذیه بررسی گردد. | 2 |  |  |  |  |
| 27 | آیا دستورات مندرج در پسخوراند در سامانه وارد و اقدام لازم انجام شده است؟ | بررسی پسخوراند | 2 |  |  |  |  |
| 28 | آیا به مادر آموزش و توصیه های لازم، ارائه و پسخوراند گرفته می شود؟ |  | 2 |  |  |  |  |
| 29 | آیا خانم باردار جهت شرکت در کلاس آمادگی زایمان ارجاع می گردد؟ |  | 1 |  |  |  |  |
| 30 | آیا نظام نوبت دهی اجرا می گردد؟ | تعیین تاریخ و ساعت مراجعه بعدی- ثبت در تقویم | 1 |  |  |  |  |
| 31 | آیا پی گیری مداخلات ابلاغ شده در مکاتبات (تحلیل مرگ) صورت گرفته است؟ |  | 2 |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | برنامه سلامت میانسالان  به پروتکل های سقف استاندارد برای پایش کامل خدمات ماما و پروتکل پایش اتاق مامایی در بخش پیوست نیز توجه کنید. | | | | | | | |
| 32 | آیا از جمعیت هدف برنامه یائسگی، غربالگری سرطان دهانه رحم و تشخیص زودهنگام سرطان پستان اطلاع دارد؟ | جمعیت زنان 59-45 سال، جمعیت زنان 49-30 سال و جمعیت زنان 70-30 سال | 1 |  |  |  |  |
| 33 | آیا از شاخص های تندرستی گروه هدف تحت پوشش خدمات نوین اطلاع دارد؟ | حداقل موارد ستاره دار زیر را بداند: تعداد افراد شناسایی شده مبتلا به پیش بدخیمی و بدخیمی سرویکس\* و پستان\*، تعداد زنان مبتلا به عفونت آمیزشی تحت پیگیری\*، تعداد افراد تحت پیگیری مبتلا به خونریزی غیرطبیعی، تعداد افراد تحت پیگیری مبتلا به اختلال عملکرد جنسی، تعداد زنان در معرض همسرآزاری | 2 |  |  |  |  |
| 34 | آیا برای خدمات سلامت زنان میانسال دوره آموزشی گذرانده است؟ | حداقل برنامه یائسگی، غربالگری سرطان دهانه رحم و پستان (عملی و تئوری) را گذرانده باشد. | 1 |  |  |  |  |
| 35 | آیا ماما از خدماتی که باید به مراجعه کننده ارائه دهد، اطلاع دارد؟ | بیان حداقل 3 خدمت ستاره دار از خدمات زیر: بررسی عفونت آمیزشی\*، اختلال عملکرد جنسی، یائسگی\*، خونریزی غیرطبیعی، غربالگری سرطان سرویکس\*، معاینه پستان و آموزش همزمان خودآزمایی پستان ها\*، آموزش کگل\* | 2 |  |  |  |  |
| 36 | آیا ماما معاینه پستان را به درستی انجام و خودآزمایی را همزمان توضیح می دهد؟ مشاهده کنید. (طبق چک لیست پیوست) | از چک لیست غربالگری سرطان پستان (پیوست) حداقل موارد زیر را به درستی انجام دهد: برخورد محترمانه، درستی لمس پستان ها، معاینه نشسته و خوابیده، لمس زیر بغل و فوق ترقوه، آموزش همزمان خودآزمایی، آموزش علائم مشکوک به مراجعه کننده  در صورت اکتساب نمره لازم مطابق چک لیست، نکمیل این چک لیست یک بار در سال کافی است. | 2 |  |  |  |  |
| 37 | آیا نحوه انجام معاینه ژنیکولوژی و غربالگری سرطان سرویکس را می داند و به نحو صحیح انجام می دهد؟ (مشاهده و سوال کنید.) | از چک لیست غربالگری سرطان دهانه رحم (پیوست) حداقل موارد زیر را به درستی انجام دهد: بررسی شرایط فرد از نظر انجام تست، ثبت مشخصات روی لام و ویال، تهیه نمونه پاپ اسمیر، تهیه نمونه اچ پی وی، ارسال صحیح نمونه | 2 |  |  |  |  |
| 38 | آیا ماما موارد ارجاع به سطح تخصصی را برای تشخیص زودهنگام سرطان سرویکس/سرطان پستان به درستی انجام می دهد؟ | بیان موارد زیر و کنترل ثبت ارجاعیات: افراد علامت دار با سابقه سرطان یا ضایعه پیش بدخیم دهانه رحم یا توده یا ضایعه در معاینه یا دارای آزمایش مثبت  پیگیری موارد ارجاعی مشکوک به سرطان پستان تا حصول نتیجه نهایی | 2 |  |  |  |  |
| 39 | آیا علائم عفونت های آمیزشی و عوامل خطر و درمان آنها را به درستی توضیح می دهد؟ | حداقل کلامیدیا و گونوکوک پرسش شود. چگونه دارو را انتخاب و در کجا ثبت می کند. (سامانه)  - در صورت مثبت شدن آزمایش اولیه HIV و یا HIV مثبت اقدامات صحیح انجام شده باشد. درمان سندرومیک بیماری های آمیزشی بررسی گردد.  - آمار نمونه گیری HPV را بداند. | 2 |  |  |  |  |
| 40 | آیا خدمات یک زن 59-45 سال را صحیح و کامل ارائه می دهد؟ | یک زن 59-45 سال را به صورت تصادفی انتخاب و بررسی نمایید که آیا ثبت اطلاعات و نتیجه گیری ها، ارجاعات، آزمایش ها، بازخورد ارجاعات و پیگیری مراقبت ها به درستی انجام شده و زمان مراجعه بعدی مشخص است. | 2 |  |  |  |  |
| 41 | تعداد زنان مراجعه کننده در یک روز کاری (انتخاب تصادفی) و علت مراجعه آنان بررسی گردد. | تطبیق موارد بررسی شده با زنانی که توسط مراقب سلامت، ارزیابی دوره ای شده اند و در سامانه به ثبت رسیده است. | 1 |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | برنامه باروری سالم | | | | | | | | | | | | | | | |
| 42 | | آیا بررسی سطح دوم موارد منع مصرف مطلق و نسبی روش های پیشگیری از بارداری های پرخطر انجام و در سامانه سیب به درستی ثبت می شود؟ | |  | | 2 | |  | |  | |  | |  | |
| 43 | | آیا هشدارها و عوارض احتمالی روش ها، بررسی و اقدامات لازم در سامانه ثبت می گردد؟ | |  | | 2 | |  | |  | |  | |  | |
| 44 | | آیا معاینات دوره ای آی یودی انجام و در سامانه سیب ثبت می شود؟ | |  | | 1 | |  | |  | |  | |  | |
| 45 | | آیا در صورت نیاز به گذاشتن و برداشتن آی یودی، اقدام لازم در سامانه سیب ثبت می شود؟ | |  | | 1 | |  | |  | |  | |  | |
| 46 | | آیا بررسی سطح اول در متقاضیان عمل توبکتومی انجام و در سامانه سیب ثبت می شود؟ | |  | | 1 | |  | |  | |  | |  | |
| 47 | | آیا بررسی شکایات تا چهار هفته بعد از عمل، در افرادی که عمل توبکتومی انجام داده اند، انجام و در سامانه ثبت می شود؟ | |  | | 1 | |  | |  | |  | |  | |
| 48 | | آیا برای انجام آزمایشات لازم، فرد را به پزشک ارجاع داده و نتایج آن بررسی و در سامانه سیب ثبت می شود؟ | |  | | 2 | |  | |  | |  | |  | |
| 49 | | آیا ارجاعات سطح یک در برنامه باروری سالم، بررسی و پس خوراند در سامانه سیب ثبت می گردد؟ | |  | | 2 | |  | |  | |  | |  | |
| 50 | | آیا در صورت نیاز، ارجاع انجام و در سامانه سیب ثبت می شود؟ | | افراد متقاضی آی یودی- بررسی عوارض و مشکلات در حین مصرف روش های پیشگیری از بارداری- ارجاعات مشاوره باروری سالم و ... | | 2 | |  | |  | |  | |  | |
| 51 | | آیا آموزش های لازم در برنامه باروری سالم متناسب با گروه هدف ارائه و پس خوراند گرفته می شود؟ | |  | | 2 | |  | |  | |  | |  | |
| جمع: | | | | | | **67** | |  | |  | |  | |  | |
| **آموزش به جامعه** | | 52 | | آیا تعیین موضوع و اطلاع رسانی زمان برنامه ی آموزش گروهی به شکل صحیح انجام شده است؟ | | وجود عنوان آموزشی مرتبط- نصب برنامه آموزشی ماهیانه در اتاق کار ماما و در برد سالن انتظار- دعوت تلفنی | | 2 | |  | |  | |  | |  | |
| 53 | | آیا دفتر طرح درس آموزش های گروهی (جامعه) به طور صحیح تکمیل شده است؟ | |  | | 2 | |  | |  | |  | |  | |
| 54 | | آیا برنامه آموزشی بر اساس زمانبندی و در موعد مقرر اجرا شده است؟ | | حد انتظار یک جلسه آموزشی در ماه | | 2 | |  | |  | |  | |  | |
| جمع: | | | | | | **6** | |  | |  | |  | |  | |
| **مصاحبه با گیرنده خدمت و**  **بررسی آگاهی**  **مصاحبه با گیرنده خدمت** | | 55 | | آیا از وضعیت اتاق یا محل انتظار رضایت دارید؟ | | نور- دما- تهویه- تمیزی- رعایت حریم خصوصی در محل معاینه | | 1 | |  | |  | |  | |  | |
| 56 | | آیا از زمان انتظار برای دریافت خدمت رضایت دارید؟ | |  | | 1 | |  | |  | |  | |  | |
| 57 | | آیا از نحوه برخورد و شیوه ارائه خدمت ماما رضایت دارید؟ | |  | | 1 | |  | |  | |  | |  | |
| 58 | | آیا در هنگام صحبت با ماما احساس امنیت و راحتی از نظر محفوظ بودن محل معاینه و اینکه کسی متوجه صحبت های شما نیست، دارید؟ | |  | | 1 | |  | |  | |  | |  | |
| 59 | | آیا در مجموع از خدماتی که به شما ارائه شده راضی هستید و مجدداً به این پایگاه مراجعه می نمایید؟ | |  | | 1 | |  | |  | |  | |  | |
| 60 | | آیا خانم باردار در زمینه آموزش های ارائه شده آگاهی لازم را دارد؟ | | علائم خطر و نحوه برخورد با آن- شکایات شایع- مکمل های غذایی- تغذیه- کلاس های آمادگی زایمان و مزایای زایمان طبیعی | | 2 | |  | |  | |  | |  | |
| 61 | | آیا گیرنده خدمت باروری سالم، آگاهی لازم را دارد؟ | | فرزندآوری سالم و به موقع- پیشگیری از ناباروری-روش های پیشگیری از بارداری در افراد پرخطر | | 2 | |  | |  | |  | |  | |
| 62 | | آیا گیرنده خدمت سلامت میانسالان، آگاهی لازم را دارد؟ | | علائم خطر و نحوه پیشگیری از سرطان پستان- علائم خطر و نحوه پیشگیری از سرطان دهانه رحم (پاپ اسمیر)- پیشگیری از عوارض یائسگی و نحوه ورزش کگل- خودآزمایی پستان- شناخت علائم اختلالات روانپزشکی شایع در بارداری | | 2 | |  | |  | |  | |  | |
| جمع: | | | | | | **11** | |  | |  | |  | |  | |
| جمع کل نمره: | | | | | | | | **100** | |  | |  | |  | |  | |

توضیحات:

پایش نحوه ارائه خدمت از طریق مشاهده عملکرد در برنامه سلامت مادران، بررسی نحوه انجام مراقبت از گیرنده خدمت می باشد و بررسی وضعیت ثبت می تواند در هر یک از مقاطع قبل بارداری، بارداری و پس از زایمان بر اساس سامانه سیب صورت گیرد.

تکمیل بخش سلامت میانسالان و باروری سالم توسط کارشناس ستادی آموزش دیده در همان برنامه صورت گیرد.

نمره ی هر سوال در ستون نمره ی مطلوب مشخص شده است. موارد نامطلوب در هر سه ماه در ذیل نمره کسب شده هر سوال درج گردد. بدیهی است در صورتی که پاسخ سوالی مورد ندارد باشد، نمره آن سوال جهت درصدگیری از کل نمره کسر گردد.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **درصد کل** | **نمره کسب شده** | | | | | | | | **جمع نمره مطلوب** | **حیطه پایش** | **ردیف** |
| **سه ماهه چهارم**  **تاریخ: .....................**  **ناظر: ......................** | | **سه ماهه سوم**  **تاریخ: ...................**  **ناظر: .....................** | | **سه ماهه دوم**  **تاریخ: .....................**  **ناظر: .....................** | | **سه ماهه اول**  **تاریخ: ...................**  **ناظر: ..................** | |
| **درصد** | **نمره** | **درصد** | **نمره** | **درصد** | **نمره** | **درصد** | **نمره** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 3 | شناسایی جمعیت گروه هدف | 1 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 3 | هماهنگی | 2 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 10 | پشتیبانی | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 67 | نحوه ارائه خدمت | 4 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 6 | آموزش به جامعه | 5 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 11 | بررسی آگاهی و مصاحبه با گیرنده خدمت | 6 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 100 | جمع کل نمرات | |