پیوست 1- غربالگری سرطان پستان

چک لیست کامل (سقف استاندارد) برای غربالگری سرطان پستان به شرح زیر می باشد. ماما باید حداقل، همه موارد ستاره دار زیر (بایدها) را به درستی انجام دهد تا امتیاز 1 در چک لیست ماما را دریافت کند. در صورتی که پایشگر زمان کافی برای پایش کامل در اختیار داشته باشد و ارائه دهنده خدمت سایر موارد را نیز به درستی انجام دهد، امتیاز تشویقی خواهد داشت.

|  |
| --- |
| پیوست 2- چک لیست تکمیلی غربالگری سرطان پستان |
| **1. آیا ارائه دهنده خدمت شرایط مقدماتی انجام معاینه را رعایت می کند؟** با مراجعه کننده با احترام و مهربانی خوش آمدگویی می کند. شرایط اتاق معاینه از نظر نور، درجه حرارت و محرمانگی فرد مناسب است (محل معاینه باید دارای در قابل قفل کردن بوده و محیط معاینه طوری باشد که فرد احساس امنیت نماید.) |
| **2. آیا قبل از انجام معاینه در مورد لزوم معاینه پستان و اهداف آن به مراجعه کننده توضیح کافی و مناسب ارائه داده و از او برای معاینه اجازه می گیرد؟** ساده و بدون درد بودن معاینه، قابلیت درمان کامل در صورت تشخیص به موقع، عدم تحمل هزینه گزاف درمانی در صورت تشخیص به موقع، بی ضرر بودن اقدامات تشخیصی از جمله ماموگرافی |
| **3. آیا شرایط فرد را برای انجام غربالگری (سن 70-30 سال، فاصله از غربالگری قبلی، زمان آخرین قاعدگی: بعد از قاعدگی و قبل از اوولاسیون) مشخص می کند؟** بهترین زمان برای معاینه پستان (2 الی 3 روز پس از قطع خونریزی عادت ماهانه است. همه خانم ها باید از سن 20 سالگی شروع به انجام خودآزمایی پستان کند و از سن 30 سالگی علاوه بر خودآزمایی، برای معاینات دوره ای مراجعه کنند. در دوران یائسگی، حاملگی و شیردهی معاینه را در روز اول هر ماه یا هر روز دلخواه دیگر می توانند انجام دهند. |
| **4. آیا شرح حال مراجعه کننده را برای موارد غیرطبیعی به درستی سوال می کند و به سایر عوامل خطر در تاریخچه باروری فرد توجه می کند؟** سابقه خانوادگی مثبت (دست کم دو فامیل با سرطان در یک سمت فامیل با هر سنی که حداقل یکی از آنها سرطان پستان باشد) یا دست کمک یک فامیل با سرطان تخمدان در یک سمت فامیل با هر سنی یا یک فامیل درجه یک، دو یا سه با سرطان پستان یا هر سرطان دیگری در سن زیر 50 سال یا یک مرد مبتلا به سرطان پستان در فامیل درجه یک یا دو  **سایر عوامل خطر** : اگر زایمان نکرده باشد، اگر اولین زایمان او بعد از 30 سالگی باشد. اگر اولین قاعدگی او قبل از 12 سالگی رخ داده باشد. اگر بعد از سن 55 سالگی یاده شده باشد. اگر بعد از یائسگی چاق شده باشد. اگر سابقه برخی از بیماری های خوش خیم پستان را داشته باشد اگر سابقه تابش اشعه زیاد به قفسه سینه را داشته باشد. سابقه قبلی سرطان در سایر قسمت های بدن مانند سرطان تخمدان، رحم، روده بزرگ و ... را داشته باشد. |
| **5. آیا ارائه دهنده خدمت نمای ظاهری پستان ها (اندازه قرینگی) را در حالی که مراجعه کنده روی تخت نشسته و بازوها در کنارش است، بررسی و بین دو پستان مقایسه می کند؟** |
| **6. آیا گام قبلی را در وضعیت های مختلف برای مراجعه کننده تکرار می کند؟** (دستانش را بالای سرش گرفته، دستانش را پشت سرش گره کرده و به جلو فشار می دهد، دستانش رابه کمرش زده و آرنج ها و شانه ها یش را جلو آورده) |
| **7. آیا ارائه دهنده خدمت بررسی های ذیل را در هر دو پستان انجام می دهد**؟ بررسی نیپل ها و پوست پستان(پوست پرتقالی، اریتم، قرمزی، زخم، پوسته پوسته شدن، فرورفتگی)، بررسی ارئول و ترشح از نوک پستان (خودبخودی، سروزی، خونی، چرکی، یک یا دو طرفه، یک یا چند مجرا) |
| **8. آیا زیر بغل و سوپراکلاویکولار (فوق ترقوه) را از نظر غدد لنفاوی یا حساسیت به لمس برای هر دو طرف بررسی می کند؟** |
| **9. آیا با نرمه 2 تا 3 انگشت در حالی شست باز است با یکی از الگوهای دایره ای، خطی یا شعاعی منطقه پستان راست(از زیر کلاویکل (تره قوه) تا زیر چین پستان و از حاشیه خارجی استرنوم تا خط اگزیلاری (زیر بغل)) را از نظر توده یا حساسیت به درستی برای هر دو طرف بررسی می کند؟** |
| **10. آیا معاینه را در هر دو وضعیت نشسته و خوابیده انجام می دهد؟** |
| **11. آیا نتایج معاینه را برای مراجعه کننده توضیح می دهد؟** |
| **12. آیا حین معاینه مراحل SBE (خودآزمایی پستان) را به مراجعه کننده آموزش می دهد؟** |
| **13. آیا برای مراجعه کننده توضیح می دهد که به چه نشانه هایی باید توجه و برای بررسی آن مراجعه کند؟** |
| **14. آیا نتیجه اقدامات پاراکلینیک قبلی مراجعه کننده را بررسی و بر اساس آن اقدام می کند؟** |
| **15. آیا ارجاع به سطح تخصصی را به درستی انجام می دهد یا بیان می کند؟** |

غربالگری سرطان دهانه رحم

در زنان 49-30 ساله به شرط گذشت سه سال از اولین تماس جنسی هر 10 سال یک بار غربالگری انجام می شود. ابتدا بیمار بر روی تخت معاینه خوابانده شده و آماده نمونه برداری می شود. از یک اسپکولوم یک بار مصرف یا استریل برای مشاهده دهانه رحم استفاده می شود.

چک لیست کامل (سقف استاندارد) برای غربالگری سرطان سرویکس به شرح زیر می باشد. ماما باید حداقل، همه موارد ستاره دار (بایدها) را به درستی انجام دهد تا امتیاز 1 دریافت کند. در صورتی که پایشگر زمان کافی برای پایش کامل در اختیار داشته باشد و ارائه دهنده خدمت سایر موارد را نیز به درستی انجام دهد، امتیاز تشویقی خواهد داشت.

|  |
| --- |
| پیوست 2- چک لیست تکمیلی غربالگری و تشخیص زودهنگام سرطان سرویکس ومعاینه واژینال زنان میانسال |
| **1. آیا ارائه دهنده خدمت با مراجعه کننده با احترام و مهربانی خوش آمدگویی و در مورد لزوم و اهمیت غربالگری سرطان سرویکس به مراجعه کننده توضیح کافی و مناسب ارائه و به سوالات مراجعه کننده پاسخ داده و از او برای معاینه اجازه می گیرد؟** |
| **2. آیا در مورد روش انجام کار توضیح کافی ارائه و به سوالات مراجعه کننده پاسخ می دهد؟** (خطرناک نبودن تهیه نمونه، زمان کوتاه انجام آن، احساس ناراحتی اندک، احتمال لکه بینی خفیف بعد از انجام تست) |
| **3. آیا فرد مورد نظر واجد شرایط غربالگری سرطان سرویکس می باشد؟** (سن، فاصله زمانی با غربالگری قبلی، گذشت سه سال از اولین ارتباط جنسی ارتباط جنسی) |
| 4**. آیا پیش از تهیه نمونه، مراجعه کننده را از نظر شرایط تهیه نمونه بررسی می کند؟** (دوره خونریزی عادت ماهانه، فعالیت جنسی، شستشوی واژینال، استفاده از تامپون، کرم های واژینال و دارو) |
| **5. آیا در خصوص شرح حال و علائم سرطان سرویکس سوال و اقدام لازم را انجام می دهد؟** (تشخیص زودهنگام) |
| **6. آیا پاسخ آزمایش های قبلی را بررسی و به مراجعه کننده بازخورد می دهد؟\*** |
| **7. آیا از وجود امکانات استریل یا یکبار مصرف برای انجام غربالگری مطمئن می شود؟** |
| 8**. آیا در حین معاینه به نشانه ها و یافته های خود توجه کرده و اقدامات لازم را انجام می دهد**؟ عفونت آمیزشی، خونریزی غیرطبیعی علائم یائسگی، شلی عضلات کف لگن، وجود توده در معاینه دو دستی و ... |
| **9. آیا در حین معاینه در خصوص تمرین کگل آموزش لازم را ارائه می دهد؟** |
| **10. آیا درج مشخصات بر روی نمونه به درستی و با وضوح انجام می شود؟** ثبت نام، کد ملی یا شماره خانوار، بارکد اچ پی وی\* |
| **11. آیا نمونه پاپ اسمیر به درستی تهیه می شود؟** پس از گذاشتن اسپکولوم و مشاهده دهانه رحم توسط اسپاچولا از محل Transformation zone با حرکت چرخشی 360 درجه، نمونه برداشته می شود. نمونه گرفته شده بر روی لام شیشه ای کشیده و توسط فیکساتور ثابت می گردد. \* |
| **12. آیا نمونه اچ پی وی را به درستی تهیه می کند؟** بلافاصله بعد از تهیه نمونه پاپ اسمیر (در صورتی که امکان انجام اچ پی وی فراهم باشد) اطراف ناحیه اتصال سنگفرشی – ستونی Transformation zone با سیتو براش به صورت دورانی خراشیده می شود. سپس برس را خارج کرده و در درون مایع ویال با حرکت چرخشی شستشو می دهد. سر برس در اخل ویال حاوی ماده محافظ شکسته و در ویال گذاشته  می شود\* |
| **13. آیا از فرآیند نگهداری و ارسال نمونه به آزمایشگاه و زمان انجام آن اطلاع دارد و در این مورد توضیحات لازم را به مراجعه کنده ارائه می دهد؟** |
| **14. چه کسانی را به سطح تخصصی ارجاع می دهد؟\*** شرح حال غیر طبیعی (سابقه سرطان یا ضایعات پیس بدخیم دهانه رحم) شامل هر یک از موارد زیر:  سابقه کولپوسکوپی، جراحی، رادیوتراپی، شیمی درمانی، معاینه غیر طبیعی شامل: توده شکمی یا لگنی یا زخم و برجستگی سرویکس یا هر گونه ضایعه مشکوک به بدخیمی در ولو، واژن، سرویکس، رحم و  اندکس ها در معاینه، پاپ اسمیر غیر طبیعی (دیس پلازی، نئوپلازی) (HSIL/LSIL/AGUS/ASCUS2) بدون اچ پی وی منفی یا اچ پی وی مثبت + پاپ اسمیر غیر طبیعی LSIL / AGUS / ASCUS / HSIL در غربالگری، خونریزی واژینال همراه با اچ آر تی یا تاموکسیفن یا پس از یائسگی قطعی |
| **15. آیا نتیجه اقدامات سطح تخصصی برای افراد ارجاع شده را پیگیری می کند؟** |

پیوست 3- چک لیست اصول استریلیزاسیون اتاق مامایی مرکز خدمات جامع سلامت

دانشگاه ............................................... مرکز بهداشت شهرستان ................................................ مرکز ارائه خدمات .......................................... تاریخ بازدید ....................................

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| عنوان فعالیت | | تاریخ بازدید اول | | تاریخ بازدید دوم | |
| بلی | خیر | بلی | خیر |
| وضعیت پرسنل | آیا پرسنل از روپوش فرم سفید و تمیز استفاده کرده اند؟ |  |  |  |  |
| آیا پرسنل بر علیه بیماری هپاتیت واکسینه شده اند؟ |  |  |  |  |
| آیا پرسنل دوره کنترل عفونت و استریلیزاسیون را گذرانده اند؟ |  |  |  |  |
| شرایط فیزیکی اتاق مامایی | آیا اتاق تمیز و منظم بوده و وسایل اضافی در آن وجود ندارد و عاری از گرد و غبار است؟ |  |  |  |  |
| آیا روی تخت ژینکولوژی، کف اتاق، دیوار یا پاراوان عاری از لکه های خون یا ترشحات است؟ |  |  |  |  |
| آیا در اتاق هواکش و یا پنجره جهت تهویه هوا وجود دارد؟ |  |  |  |  |
| آیا فضای اتاق معاینه از امنیت لازم برخوردار است؟ (عدم دید از بیرون و محفوظ بودن پنجره ها) |  |  |  |  |
| آیا در اتاق سینک جهت شستن وسایل وجود دارد؟ |  |  |  |  |
| آیا کاشی اطراف دستشویی (در صورتی که کل اتاق کاشی نباشد) وجود دارد؟ |  |  |  |  |
| آیا صابون مایع و ظرف مخصوص آن در دستشویی ها وجود دارد؟ |  |  |  |  |
| چیدمان | آیا سطل در فاصله مناسب (50-30 سانتی متری) از تخت ژینکولوژی قرار دارد؟ |  |  |  |  |
| آیا لگن وسایل مصرفی در محل مناسب (50-30 سانتی متری تخت ژینکولوژی) قرار دارد؟ |  |  |  |  |
| آیا دستگاه فور در محل مناسب (30-25 سانتی متری بالاتر ا ز سطح زمین) قرار گرفته است؟ |  |  |  |  |
| وجود وسایل و تجهیزات مورد نیاز | آیا سطل زباله دربدار پدال دار سالم در اتاق موجود است؟ (در صورت استفاده از اسپکلوم یکبار مصرف دو سطل مورد نیاز است) |  |  |  |  |
| آیا درون سطل، کیسه زباله موجود است؟ |  |  |  |  |
| آیا safety box جهت سر سوزن های مصرف شده در محل وجود دارد؟ |  |  |  |  |
| آیا لگن پایه دار تمیز و بدون جرم در اتاق معاینه وجود دارد؟ |  |  |  |  |
| آیا برس، پیشبند و دستکش جهت شستشوی وسایل وجود دارد؟ |  |  |  |  |
| آیا اسپکولوم یکبار مصرف وجود دارد؟ |  |  |  |  |
| آیا دستگاه استریلیزاسیون سالم در مرکز (فور – اتوکلاو) موجود است؟ |  |  |  |  |
| آیا تست مخصوص دستگاه استریلیزاسیون (فور – اتوکلاو) در مرکز موجود است؟ |  |  |  |  |
| وضعیت لوازم مورد استفاده | آیا وسایل پاپ اسمیر و IUD گذاری (لام، سواپ، اسپاچولا، فیکساتور، هیسترومتر، تناکلوم، پنس، قیچی و IUD) موجود است؟ |  |  |  |  |
| آیا اسپکولوم فلزی سالم موجود است؟ |  |  |  |  |
| آیا بیکس سالم موجود است؟ |  |  |  |  |
| آیا مواد شوینده و دترجنت به اندازه کافی در مرکز (پودر رختشویی، وایتکس، ساولن، بتادین و الکل) موجود است؟ |  |  |  |  |
| آیا جار و چیتل سالم موجود است؟ |  |  |  |  |
| آیا دستورالعمل کار با دستگاه بر روی دیواره دستگاه استریلیزاسیون موجود است؟ |  |  |  |  |
| آیا پوشش بر روی تخت ژینکولوژی موجود است؟ |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| عنوان فعالیت | | تاریخ بازدید اول | | تاریخ بازدید دوم | |
| بلی | خیر | بلی | خیر |
| عملکرد مسئول نظافت واحد | آیا شستن دستشویی روزانه با محلول دترجنت (وتیتکس) انجام می شود؟ |  |  |  |  |
| آیا نظافت و ضدعفونی کف اتاق به صورت روزانه انجام می شود؟ |  |  |  |  |
| آیا دفع زباله های مرکز به عنوان زباله های بیمارستانی به روش صحیح (در کیسه های مخصوص) روزانه انجام می شود؟ |  |  |  |  |
| آیا safety box به صورت دربسته به محل نگهداری زباله ها انتقال می یابد؟ |  |  |  |  |
| شستشوی وسایل | آیا وسایل مصرف شده قبل از شستشو داخل لگن حاوی محلول غوطه ور شده است؟ |  |  |  |  |
| آیا وسایل قبل از استریل کردن با برس شسته و خشک می شود؟ |  |  |  |  |
| در صورت استفاده از فور موارد زیر تکمیل شود تعداد فور سالم: | |  | | | |
| کنترل فور | آیا لبه های وسایل (مثل پنس ها یا چیتل فور سپس ....) در داخل فور باز است؟ |  |  |  |  |
| آیا وسایل با فاصله از جدار فور 7-5 سانتی متر از فور قرار داده شده است؟ |  |  |  |  |
| آیا دیش درب دار و بیکس ها با درب باز قرار داده شده است؟ (مشاهده پگ ها و یا پرسش از پرسنل) |  |  |  |  |
| آیا درجه حرارت فور روی 170 درجه به مدت 1 ساعت و یا 160 درجه به مدت 2 ساعت رعایت شده است؟ |  |  |  |  |
| آیا وسایل استریل شده با چیتل استریل از داخل فور به داخل بیکس ها و دیش های درب دار انتقال داده می شود؟ چیتل فور سپس جهت برداشتن گاز و سایر موادی است که در داخل بیکس نگهداری می شوند. |  |  |  |  |
| آیا کلیه منافذ بیکس ها و دیش های درب دار بلافاصله بعد از خروج از فور بسته می شود؟ (مشاهده بسته بودن دریچه و درب ها) |  |  |  |  |
| در صورت استفاده از اتوکلاو موارد زیر تکمیل شود تعداد اتوکلاو سالم: | |  | | | |
| اتوکلاو | آیا پگ ها به صورت مناسب در اتوکلاو (بدون ازدحام زیاد پگ ها و یا شل بودن آنها) قرار داده شده است؟ |  |  |  |  |
| آیا درجه حرارت اتوکلاو 121 درجه و فشار 106 کیلو پاسکال به مدت 20 دقیقه برای وسایل پیچیده نشده و 30 دقیقه برای پیچیده شده رعایت شده؟ |  |  |  |  |
| آیا پگ های استریل شده هنگام خروج از اتوکلاو خشک هستند؟ (مشاهده پگ ها و یا پرسش از پرسنل) |  |  |  |  |
| امتیاز | اول |  | دوم |  |

بهتر است حداقل سالانه یک بار اتاق خدمات مامایی در مراکز از نظر رعایت اصول استریلیزاسیون مورد بازدید قرار گیرد.

34 امتیاز مشترک

مرکز دارای فور: هر آیتم نیم امتیاز مرکز دارای اتوکلاو – هر آیتم یک امتیاز جمع کل امتیاز : 40