|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **فعاليت های مورد بررسی** | **امتیاز استاندارد** | **امتياز شش ماهه اول** | **امتياز شش ماهه دوم** | **امتیاز بازدید درصورت نیاز** | **توضیحات** |
| 1 | **آیا بهورز اطلاعات جمعیتی منطقه تحت پوشش خود را (طبق سرشماری و سامانه سیب ) می داند؟** | **5** |  |  |  |  |
| 2 | **آیا بهورز جمعیت نیازمند به مراقبت ویژه (گروههای هدف)را می داند؟**  **-کودک زیر 5 سال - دانش آموز - نوجوان -جوان میانسال**  **- سالمند -دیابت - فشار خون - مادر باردار** | **5** |  |  |  |  |
| 3 | **آیا نمودار مقايسه اي مواليد در خانه بهداشت موجود است؟** | **5** |  |  |  |  |
| 4 | **آیا نمودار مقايسه اي مرگ و میر در خانه بهداشت موجود است؟** | **5** |  |  |  |  |
| 5 | **آیا نمودار مقايسه اي کل مراجعین به خانه بهداشت موجود و تحلیل آنها انجام شده است؟** | **5** |  |  |  |  |
| 6 | **آیا اطلاعات ماهانه موالید با خروجی سامانه سیب و زیج حیاتی تطابق دارد؟** | **10** |  |  |  |  |
| 7 | **آیا اطلاعات ماهانه مرگ و میر با خروجی سامانه سیب و زیج حیاتی تطابق دارد؟** | **10** |  |  |  |  |
| 8 | **آیا اطلاعات ماهانه مراجعین به خانه بهداشت با خروجی سامانه سیب تطابق دارد؟** | **10** |  |  |  |  |
| 9 | **آیا کلیه جمعیت تحت پوشش طی یکسال گذشته یک بار خدمت را دریافت کرده اند؟** | **5** |  |  |  |  |
| 10 | **آیا بهورز از بسته های آموزشی برنامه آمار آگاهی دارد؟** | **3** |  |  |  |  |
| 11 | **آیا اطلاعات و دستورالعمل های واحد موجود و قابل دسترسي آسان مي باشد؟** | **3** |  |  |  |  |
| 12 | **آیا فرم ثبت مرگ براي همه موارد مرگ وجود دارد؟** | **5** |  |  |  |  |
| 13 | **آیا فرم ثبت مرگ به طور صحیح تکمیل شده است؟** | **5** |  |  |  |  |
| 14 | **آیا برنامه ثبت مرگ طبق چرخه زمانی استاندارد ارسال می گردد؟ (دستی/اتوماسیون اداری)** | **4** |  |  |  |  |
| 15 | **آیا موارد مرگ در حوزه تحت پوشش بر اساس مستندات در سامانه ثبت شده است؟** | **5** |  |  |  |  |
| 16 | **آیا بهورز شاخصهای بهداشتی را احصا کرده است؟** | **5** |  |  |  |  |
| 17 | **آیا بهورز از نحوه احصای شاخصها آگاهی دارد؟** | **5** |  |  |  |  |
| 18 | **آیا بهورز تحلیل شاخصهای بهداشتی را انجام داده است؟** | **5** |  |  |  |  |
| 20 | **امتیاز کل** | **100** |  |  |  |  |
| **نام و نام خانوادگی تکمیل کننده:**  **امضاء** | | **نام و نام خانوادگی بازدید شونده:**  **امضاء** | | | | |

|  |
| --- |
| **دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی**  **عنوان چک لیست: برنامه آمار سطح پایش: خانه بهداشت**  **مکان پایش: مرکز/ شبکه: نام خانه بهداشت: تاريخ بازدید:** |
| **جدول اطلاعات کلی:در صورت لزوم تهیه اطلاعات پیش نیاز پایش مانند وضعیت آماری موجود، در این قسمت اطلاعات مورد نظر، ثبت گردد.** |