|  |
| --- |
| دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی عنوان چک لیست: برنامه ریزی، پایش و ارزشیابی مراکز ارائه دهنده خدمتنام مرکز/ شبکه بهداشت: نام مرکز /پایگاه مورد پایش: تاريخ بازدید:  |
| - تعداد نیروهای شاغل در مرکز - نام و تعداد واحد های فعال مرکز- کل جمعیت تحت پوشش مرکز خ ج س (سیب) : - کل خانوار تحت پوشش مرکز خ ج س (سیب) :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نام پایگاه / خانه بهداشت تحت پوشش |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| جمعیت  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| خانوار |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

  |

| عنوان | رديف | فعاليت های مورد بررسی | امتیاز استاندارد | 6ماهه اول | 6ماهه دوم | سایر |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| بررسی وضعیت کلی | 1 | تابلو سر درب مرکز و تابلو سر درب واحد های ارائه دهنده خدمت بر اساس آخرین دستورالعمل نصب شده است  | 2 |  |  |  |
| 2 | وضعیت بردهای واحد ها و سالن انتظار (ویژه مراجعین ) مطلوب است .  | 2 |  |  |  |
| 3 | وضعیت کلی مرکز از نظر آراستگی ، تمیزی ، چیدمان وسایل و سالن انتظار مطلوب است . | 2 |  |  |  |
| 4 | تعرفه ها(تعرفه های عمومی ، خدمات دندانپزشکی ، هیپوتیروئیدی و پرستاری و ..) در معرض دید مراجعین قرار دارد. | 2 |  |  |  |
| 5 | بازدید های انجام شده از واحد های تحت پوشش مرکز و پایگاه وخانه ها ی تحت پوشش و پیگیری بازدید های ستادی  | 4 |  |  |  |
| نیروی انسانی ، اطلاعات جمعیتی و جغرافیایی  | 6 | مسئول مرکز از واحد های تحت پوشش و نیروی انسانی فعال در مرکز و واحد های تحت پوشش خود اطلاع دارد. | 5 |  |  |  |
| 7 | آیا مسئول مرکز از محدوده جغرافیایی مرکز اطلاع دارد ( نقشه منطقه تحت پوشش و بلوک بندی موجود است) | 5 |  |  |  |
| 8 |  آگاهی مسئول مرکز از اطلاعات جمعیتی منطقه تحت پوشش خود (جمعیت ثبت شده سامانه، گروه های حساس)  | 5 |  |  |  |
| شبکه بهره ور | 9 | آیا برد مسئول مرکز بر اساس شاخص های HIM تهیه و نصب شده است. | 3 |  |  |  |
| 10 | آیا اطلاعات برد مسئول مرکز بروز می باشد. | 3 |  |  |  |
| 11 | آگاهی مسئول مرکز در خصوص الویت ها، مداخلات و شاخص های شبکه بهره ور مطلوب است  | 3 |  |  |  |
| برنامه عملیاتی | 12 | آیا کلیه واحد های فعال مرکز دارای برنامه عملیاتی می باشند؟  | 5 |  |  |  |
| 13 | آیا مسئول مرکز براساس شاخص های کلیدی، برنامه عملیاتی تدوین کرده است. | 5 |  |  |  |
| 14 | آیا جدول فعالیت ها در راستای اهداف اختصاصی تدوین شده است.  | 5 |  |  |  |
| 15 | آیا مستندات مربوط به اجرای فعالیت ها و مداخلات لازم در خصوص اهداف اختصاصی برنامه ها موجود است. | 4 |  |  |  |
| پایش و ارزشیابی | 16 | گانت پایش مسئول مرکز از واحدهای زیر مجموعه (پایگاه ضمیمه و برونسپار، خانه بهداشت) تهیه شده است؟  | 4 |  |  |  |
| 17 | آیا بازدید های انجام شده و نشده بر روی گانت مشخص شده است.  | 3 |  |  |  |
| 18 | آیا برگه زرد بازدید ها مطابق با تاریخ های تعیین شده موجود است. | 5 |  |  |  |
| 19 | آیا کلیه واحد های زیر مجموعه مرکز توسط مسئول مرکز و تیم سلامت بازدید شده است. | 5 |  |  |  |
| 20 | آیا گزارش بازدید ها به پایش شونده از طریق اتوماسیون ارسال گردیده است؟ | 3 |  |  |  |
| 21 | آیا پیگیری گزارش بازدیدها در بازدید بعدی انجام شده است و در برگه زرد نوشته شده است ؟ | 3 |  |  |  |
| 22 | آیا در خصوص مشکلات مشاهده شده مداخلات صورت گرفته است ؟ | 3 |  |  |  |
| 23 | آیا دفتر ثبت بازدید در اتاق مسئول مرکز موجود است؟ | 2 |  |  |  |
| مکاتبات و جلسات | 24 | آیا جلسه هماهنگی توسط مسئول مرکز با نیروهای زیر مجموعه (مرکز،پایگاه و خانه بهداشت ) تشکیل شده است؟ | 5 |  |  |  |
| 25 | آیا پیگیری مصوبات و وضعیت اجرایی آنها در جلسه بعدی مشخص شده است. | 4 |  |  |  |
| 26 | آیا لیست حضور و غیاب جلسات موجود است (اسم و امضا کلیه حاضرین مشخص شده باشد) | 3 |  |  |  |
| 27 | آیا صورتجلسه به واحدهای زیر مجموعه (پایگاه –خانه بهداشت )از طریق اتوماسیون ارسال شده است؟ | 5 |  |  |  |
| نمره نهایی چک لیست | 100 |  |  |  |
| شرح خلاقیت و نوآوری در اجرای فعالیت ها و ارتقا شاخص ها: |
| نام و امضای بازدید کننده: نام و امضای بازدید شونده: |