

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی .....

مرکز بهداشت شهرستان.....

مرکز بهداشتی درمانی شهری  روستایی  شهری روستایی  خانه بهداشت  پایگاه بهداشتی  نام مرکز.....

پایش برنامه سبا و سما در مرکز ارائه خدمات

فرم شماره ۱- پشتیبانی و مدیریت خدمات سبا و سما

| تاریخ شروع دوره برنامه..... |   | تاریخ پایش.....  |  | دوره پایش از ..... تا .....   |             |
|-----------------------------|---|--|--|-------------------------------|-------------|
| حیطه پایش                   | موضوعات پایش  | پاسخ   | ۱=مطلوب<br>۰=نامطلوب<br>- = مورد ندارد | موارد نیازمند پیگیری و مداخله | امتیاز حیطه |
| ۱                           | برنامه ریزی   | ۱-۱ برنامه ریزی فراخوان و برنامه ریزی ارائه خدمات روش فراخوان.....   |  |                               |             |
| ۲                           | اطلاعات جمعیتی (پوشش)   | ۱۴-۲ جمعیت هدف برنامه خدمات (.....)  |  |                               |             |
|                             |   | ۲-۲ تعداد جمعیت تحت پوشش با پرونده کامل  |  |                               |             |
|                             |   | ۳-۲ تعداد جمعیت تحت پوشش با پرونده نیمه کامل*  |  |                               |             |
|                             |   | ۴-۲ درصد جمعیت با مراجعه بیش از یک بار   |  |                               |             |
|                             | ۵-۲ تعداد جمعیت ارجاع شده   |  |  |                               |             |
| ۳                           | پشتیبانی  | ۱-۳ درصد نیروی انسانی آموزش دیده در مرکز   |  |                               |             |
|                             |   | ۲-۳ وضعیت کمی فضای فیزیکی مرکز (فضای خصوصی برای معاینات خاص، مشاوره، آموزش گروهی، بایگانی پرونده ها)       |  |                               |             |
|                             |   | ۳-۳ وضعیت کیفی فضای فیزیکی مرکز ( نور، دما، تهویه، نظافت، محل مناسب برای نشستن در سالن انتظار)             |  |                               |             |
|                             |   | ۴-۳ وضعیت تجهیزات مورد نیاز برنامه برای معاینات  |  |                               |             |
|                             |   | ۵-۳ موجود بودن لوازم مصرفی ، فرمها، دفتر ثبت، دفتر چه ارجاع و سایر اقلام مورد نیاز برنامه حداقل برای ۳ ماه |  |                               |             |
|                             | ۶-۳ وجود متون آموزشی مورد نیاز برنامه (راهنمای اجرایی و بالینی ، راهنمای فعالیت فیزیکی ، مجموعه یائسگی رابطه، بیماریهای پستان، بروشور معرفی برنامه، پمفلتهای مورد نیاز، راهنمای خود مراقبتی و ابزار خود مراقبتی ..... |  |  |                               |             |
| ۴                           | آموزش   | ۱-۴ وجود برنامه زمان بندی آموزشی در مورد موضوعات برنامه سبا و سما برای رابطه بهداشتی و گروه هدف            |  |                               |             |
|                             |   | ۲-۴ تعداد برنامه آموزشی اجرا شده در مورد موضوعات برنامه  |  |                               |             |
| ۵                           | هماهنگی   | ۱-۵ اقدام برای هماهنگی درون بخشی برای رفع مشکلات   |  |                               |             |
|                             |   | ۲-۵ اقدام برای هماهنگی برون بخشی برای رفع مشکلات   |  |                               |             |
| ۶                           | پایش و گزارش دهی  | ۱-۶ تعداد موارد پایش برنامه در مرکز ارائه خدمات  |  |                               |             |
|                             |   | ۲-۶ تعداد موارد باز خورد پایش ارائه شده به مرکز ارائه خدمت   |  |                               |             |
|                             |   | ۳-۶ تعداد گزارش آماری ارسالی به مرکز بهداشت شهرستان  |  |                               |             |

امضا.....

مسئولیت پایشگر.....

نام پایشگر.....