|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **چـك ليـسـت پايش سل مركز بهداشت ملارد** |  |  |  |  |  |  |
| **مركز بهداشتی درمانی : پایگاه سلامت : خانه بهداشت : جمعيت تحت پوشش :** | | | | |  |  |  |
| **تاريخ بازديد : نام پرسش شونده و سمت : نام بازديد كننده :** | | | | | | |  |
| **تعداد بیماران شناسایی شده سل ریوی : تعداد بیماران شناسایی شده سل خارج ریوی : در سال:** | | | | | | | |
| **ارزیابی کلی برنامه چگونه است ؟ بسیار خوب خوب متوسط ضعیف بسیار ضعیف** | |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| موضوع | ردیف | سوالات پايش | | | | امتیاز مطلوب | امتیاز مکتسبه | درصد |
| **دستورالعمل و متون آموزشی** | **1** | **آيا دستورالعمل کشوری بیماری موجود است ؟** | | | | **2** |  |  |
| 2 | **آیا پمفلت های آموزشی موجود است ؟** | | | | **2** |  |
| 3 | **پوستر سه گانه سل موجود است ؟** | | | | **3** |  |
| **سنجش آگاهی** | 4 | **آیا اطلاعات پرسنل از دستورالعمل سل مطلوب است ؟ ( مورد مشکوک - نمونه گیری - فرآیند بیماری - بیماریابی کودکان - مدت درمان سل - مراحل درمان - داروها - داروی سل و شیردهی - مدت زمان پیگیری بیمار بعد از درمان- پروفیلاکسی )** | | | | **10** |  |  |
| **خلاصه اطلاعات سل** | 5 | **آیا دفتر موارد مشکوک به سل موجود است ؟** | | | | **5** |  |  |
| **مراقبت بیمار مشکوک به سل** | **بررسی مراقبت حداقل 3 بیمار** | | **نام بیمار** | | |  |  |  |
|  |  |  |
| 6 | **آیا بیمار مشکوک به سل هم بصورت فیزیکی و هم در سامانه سینا ثبت شده است ؟** |  |  |  | **3** |  |  |
| 7 | **آیا بیمار به پزشک مرکز جهت ویزیت ارجاع شده است ؟** |  |  |  | **3** |  |
| 8 | **آیا بیماران نیازمند رادیوگرافی ، جهت انجام رادیوگرافی رایگان به واحد بیماریها ارجاع شده است ؟** |  |  |  | **3** |  |
| 9 | **آیا نتایج آزمایش خلط در دفتر ثبت شده است ؟** |  |  |  | **3** |  |
| 10 | **آیا نتایج آزمایش خلط در سامانه سینا ثبت شده است ؟** |  |  |  | **3** |  |
| **شاخص نمونه گیری** | 11 | **آیا تعداد مورد انتظار نمونه خلط را بر اساس جمعیت می داند ؟** | | | | **2** |  |  |
| 12 | **آیا در صد نمونه گیری مورد انتظار مطلوب است ؟ ( بالای 80 درصد در هر مقطع از سال )** | | | | **5** |  |
| 13 | **آیا نمونه با کیفیت ( چرکی مخاطی ) ارسال شده است ؟ ( بالای 90% )** | | | | **5** |  |
| **موارد پر خطر** | 14 | **آیا افراد دارای رفتار پر خطر از نظر سرفه بررسی و جهت آزمایش سل ارجاع می شوند ؟ (افاغنه - در تماس با بیمار مسلول - دیابتی - معتاد - آسم - BMI پایین و...)** | | | | **6** |  |  |
| **کشف بیمار** | 15 | **آیا در سالجاری حداقل یک بیمار مسلول کشف نموده اند ؟** | | | | **5** |  |  |
| **ارسال آمار** | 16 | **آیا آمار ماهیانه سل در افراد آسینا پذیر ثبت و گزارش می شوند ؟** | | | | **5** |  |  |
| **لوازم مورد نیاز برنامه** | 17 | **آیا ملزومات نمونه گیری خلط به میزان کافی برای سه ماه موجود است ؟ ( ظرف و جعبه و فرم )** | | | | **15** |  |  |
| **پایش** | 18 | **آیا پس خوراند پایش ها به مرکز بهداشت ارسال شده است ؟** | | | | **5** |  |  |
| **آموزش** | 19 | **آیا آموزش سل برای درون بخش انجام شده است ؟ درصد آموزش** | | | | **5** |  |  |
| 20 | **آیا آموزش سل برای برون بخش انجام شده است ؟ درصد آموزش** | | | | **5** |  |
| **مناسبت ها** | 21 | **مستندات هفته اطلاع رسانی سل ارسال شده است ؟** | | | | **5** |  |  |
| **جمع** | | | | | | **100** |  |  |

**در صورت وجود بیمارمسلول چک لیست ادامه یابد**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **درمان سل** | **سوالات پایش** | | **نام بیمار** | | | **امتیاز مطلوب** | **امتیاز مکتسبه** |
|  |  |  |
| 1 | **آیا بیمار مبتلا به سل تحت پوشش این خانه / مرکز می باشد ؟** |  |  |  | **5** |  |
| 2 | **در صورت وجود بیمار سل ریوی آیا درخواست و نتیجه آزمایش خلط در سامانه سینا ثبت شده است ؟** |  |  |  | **5** |  |
| 3 | **آیا نام بیماری در قسمت تشخیص - بیماریها ی سامانه سینا ثبت شده است ؟** |  |  |  | **5** |  |
| 4 | **آیا پرونده سل در مرکز / خانه بهداشت موجود است ؟** |  |  |  | **5** |  |
| 5 | **آیا اطلاعات و آگاهی پرسنل مربوطه از نحوه درمان و پیگیری بیمار و ثبت پرونده مطلوب است ؟** |  |  |  | **10** |  |
| 6 | **آیا پرونده سل بیمار بصورت کامل ثبت شده است ( ویزیت پزشک – نتایج آزمایش – دارو- آموزش – پیگیری ها - نتیجه درمان و..... )** |  |  |  | **10** |  |
| 7 | **آیا آزمایش HIV انجام شده است ؟** |  |  |  | **5** |  |
| 8 | **آیا داروها طبق دستورالعمل برای درمان بیمار تجویز و ثبت می شود ؟** |  |  |  | **10** |  |
| 9 | **آیا برای موارد مبتلا به سل ریوی اسمیر مثبت آزمایش پایان مرحله حمله ای انجام شده است ؟** |  |  |  | **10** |  |
| 10 | **آیا برای موارد مبتلا به سل ریوی اسمیر مثبت آزمایش پایان مرحله نگهدارنده انجام شده است ؟** |  |  |  | **10** |  |
| 11 | **آیا پیگیر ی اطرافیان از نظر علائم انجام و آزمایش شده اند ؟** |  |  |  | **5** |  |
| 12 | **آیا موارد پیگیر ی تا دو سال بعد از درمان ثبت شده است ؟** |  |  |  | **5** |  |
| 13 | **آیا بیمار نحوه صحیح مصرف دارو را می داند و آیا داروهایش را مصرف می کند ؟** |  |  |  | **10** |  |
| 14 | **آیا از موارد در تماس بیماری کشف شده است ؟** |  |  |  | **5** |  |
| **جمع** | | | | | | **100** |  |