

بِسْمِ اللَّهِ



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه
معاونت امور بهداشتی

چک لیست ارزیابی

(شماره اول)

برنامه غربالگری کم کاری مادرزادی تیروئید نوزادان

معاونت امور بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

گروه تخصصی پیشگیری و مبارزه با بیماریها

نام شهرستان:

تاریخ مایش:

جمع کل آنتیاز:

تهیه و تنظیم: مهندس کیوان خاصی- کارشناس ارشد گروه پیشگیری و مبارزه با بیماریها- معاونت امور بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

زیر نظر: دکتر ناهید خادمی- مدیر گروه پیشگیری و مبارزه با بیماریها- معاونت امور بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه



چک لیست ارزیابی برنامه غربالگری کم کاری مادرزادی تیروئید نوزادان

(سطح مرکز بهداشت شهرستان)

نام مرکز بهداشت شهرستان :

کل جمعیت تحت پوشش :

جمعیت شهری :

جمعیت روستایی :

تعداد متولدین زنده :

تعداد افراد غربالگری شده :

درصد پوشش برنامه :

نام و نام خانوادگی کارشناس هماهنگ کننده برنامه در ستاد شهرستان :

ساعت بازدید :

تاریخ بازدید :

سمت :

نام و نام خانوادگی پایشگر :

امضاء :

سمت :

نام و نام خانوادگی پایشگر :

امضاء :

۱- آیا دستورالعمل جامع و متون آموزشی برنامه غربالگری کم کاری مادرزادی تیروئید نوزادان (ویژه پزشکان ، کارشناسان ، کارداناها ، بهورز و آزمایشگاه) ، همچنین فیلم های آموزشی وجود دارد ؟

بلی خیر

کامل ۵ امتیاز

اگر بلی : ناقص ۳ امتیاز

اگر خیر با ذکر دلیل :

امتیاز:

۲- آیا ارسال نمونه ها به آزمایشگاه فرانس توسط اداره پست به موقع صورت گرفته است ؟

بلی خیر

ارسال روزانه ۵ امتیاز

ارسال چند روز یکبار ۳ امتیاز

ارسال هفتگی ۱ امتیاز

امتیاز:

۳- آیا محل یا محل‌های نمونه‌گیری ویژه برنامه غربالگری کم‌کاری مادرزادی تیروئید نوزادان در شهرستان تعیین شده است؟

بلی امتیاز ۵ خیر

اگر بلی: - نام محل یا محل‌های نمونه‌گیری: (آدرس دقیق و تلفن)

- ۱

- ۲

- نام نمونه‌گیر برنامه: (آیا آموزش دیده است یا خیر).....

امتیاز:

۴- آیا پزشک فوکال پوینت علمی برنامه غربالگری کم‌کاری مادرزادی تیروئید نوزادان در شهرستان تعیین و معرفی شده است؟

بلی خیر

اگر بلی: فعالیت و همکاری ضعیف امتیاز ۱ فعالیت و همکاری متوسط امتیاز ۳ فعالیت و همکاری خوب

۵ امتیاز

اگر خیر: ذکر دلیل:

امتیاز:

نام پزشک فوکال پوینت علمی برنامه:

۵- آیا بایگانی نامه‌های دریافتی و ارسالی (تنظیم شده بر اساس تاریخ) وجود دارد؟

بلی خیر

اگر بلی: ناقص امتیاز ۳ کامل امتیاز ۵

اگر خیر: ذکر دلیل:

امتیاز:

۶- آیا چک لیست پایش سطوح محیطی وجود دارد؟

بلی خیر

اگر بلی: ناقص امتیاز ۳ کامل امتیاز ۵

اگر خیر: ذکر دلیل:

امتیاز:

۷- آیا فرم ها و تجهیزات مورد نیاز برنامه وجود دارد ؟

بله خیر

اگر بلی : ناقص ۳ امتیاز

کامل ۵ امتیاز

اگر خیر : ذکر دلیل :

امتیاز:

۸- آیا کمیته غربالگری کم کاری مادرزادی تیروئید نوزادان در شهرستان تشکیل شده است ؟ (هر سال یک بار)

بله ۵ امتیاز با ذکر تاریخ :

خیر با ذکر دلیل :

امتیاز:

۹- آیا نتایج آزمایش از آزمایشگاه رفرانس به موقع به شهرستان ارسال می گردد ؟

بله خیر

اگر بلی : بیشتر از یک هفته تا ده روز ۱ امتیاز یک هفته ۳ امتیاز چهار روز ۵ امتیاز

اگر خیر : ذکر دلیل :

امتیاز:

۱۰- آیا هماهنگی های لازم با اداره پست شهرستان صورت گرفته است ؟

بله خیر

اگر بلی : تلفنی ۱ امتیاز مکتوب ۳ امتیاز مکتوب و جلسات هماهنگی ۵ امتیاز

اگر خیر : ذکر دلیل :

امتیاز:

۱۱- آیا نظارت در زمینه نمونه گیری و همچنین هماهنگی های لازم در سطح شهرستان به عمل آمده است ؟

بله خیر

اگر بلی : بصورت پراکنده ۱ امتیاز بصورت ماهانه ۳ امتیاز بصورت هفتگی و بر حسب نیاز ۵ امتیاز

اگر خیر : ذکر دلیل :

امتیاز:

۱۲- آیا طی سالجاری کارکنان محیطی در زمینه دستورالعمل برنامه غربالگری کم کاری مادرزادی تیروئید نوزادان آموزش دیده اند ؟

بلی خیر

اگر بلی : آموزشهای پراکنده ۱ امتیاز / مطابق با جدول زمانبندی آموزشی و ناقص ۳ امتیاز / مطابق با جدول زمانبندی

آموزشی و کامل ۵ امتیاز

اگر خیر : ذکر دلیل :

امتیاز:

۱۳- آیا پایش برنامه توسط تیم ستادی شهرستان (واحد پیشگیری و مبارزه با بیماریها) بصورت ماهانه انجام شده است ؟

بلی خیر

اگر بلی : ناقص ۳ امتیاز کامل ۵ امتیاز

اگر خیر : ذکر دلیل :

امتیاز:

۱۴- آیا برنامه عملیاتی (آموزشی - اجرایی) غربالگری کم کاری مادرزادی تیروئید نوزادان تدوین شده است ؟

بلی ۵ امتیاز

خیر با ذکر دلیل :

امتیاز:

۱۵- آیا پسخوراند مناسب پایشها به سطوح محیطی ارسال شده است ؟

بلی خیر

اگر بلی : ناقص ۳ امتیاز کامل ۵ امتیاز

اگر خیر : ذکر دلیل :

امتیاز:

۱۶- آیا پوستر آموزشی بین مراکز بهداشتی درمانی، بیمارستانها و توزیع شده است؟

بلی خیر

اگر بلی: ضعیف ۱ امتیاز متوسط ۳ امتیاز خوب ۵ امتیاز

اگر خیر: ذکر دلیل:

امتیاز:

۱۷- آیا فرم پیگیری برای تمام موارد بیماران شناسایی شده تکمیل شده است؟

(تعداد بیماران شناسایی شده در سال سه ماهه :بیمار)

بلی خیر

اگر بلی: ضعیف ۱ امتیاز متوسط ۳ امتیاز خوب ۵ امتیاز

اگر خیر: ذکر دلیل:

امتیاز:

۱۸- آیا ارسال گزارش از مراکز نمونه گیری به ستاد (واحد پیشگیری و مبارزه با بیماریها) بصورت ماهانه انجام می پذیرد؟

بلی خیر

اگر بلی: بیشتر از سه ماه ۱ امتیاز سه ماه یکبار ۳ امتیاز ماهانه ۵ امتیاز

اگر خیر: ذکر دلیل:

امتیاز:

۱۹- آیا کارشناس برنامه، استراتژیها، اهداف را بخوبی می شناسند و هماهنگی و تدابیر لازم را در راستای ارتقاء و بالا بردن

کیفیت لحاظ کرده است؟

بلی خیر

اگر بلی: ضعیف ۱ امتیاز متوسط ۳ امتیاز خوب ۵ امتیاز

اگر خیر: ذکر دلیل:

امتیاز:

۲۰- آیا کارشناس برنامه هماهنگی های لازم را با واحد زایشگاه و بخش نوزادان بیمارستان انجام داده است ؟

بلی خیر

اگر بلی : ضعیف ۱ امتیاز متوسط ۳ امتیاز خوب ۵ امتیاز

اگر خیر : ذکر دلیل :

امتیاز:

آیا کارشناس برنامه پیشنهاد موثر برای ارتقاء برنامه دارد؟ بلی خیر

اگر بلی : ذکر پیشنهاد :

جمع کل امتیاز کسب شده :