**چک لیست پايش برنامه سلامت مادران در مركزجامع سلامت / پايگاه سلامت /خانه های بهداشت**

**نام مركز بهداشت /شبكه: نام بازدید کننده: تاریخ بازید: امتیاز کل=100**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | نام نام خانوادگی مراقب سلامت/ماما | مدرک تحصیلی | سابقه کار | نوع استخدام | مسولیت |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |

**اطلاعات وضعيت موجود :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **عنوان** | **تعداد** | **توضیحات** |
| **1** | **جمعيت مرکز سلامت/پایگاه بهداشتی بر اساس سامانه** |  | **اطلاعات آن بر اساس سرشماری از گسترش شبکه ثبت شود** |
| **2** | **تعداد کل مادران باردار ثبت شده** |  | **تعداد مادران باردار ثبت شده در سامانه سیب** |
| **3** | **جمعیت کل مادر باردار تحت پوشش** |  | **برای مراکز جمع کل جمعیت پایگاه ضمیمه و غیر ضمیمه منظورشود** |
| **4** | **تعداد بازديد هاي انجام گرفته از برنامه سلامت مادران در شش ماه گذشته توسط شبکه یا مراکز** |  | **تعداد بازديدهاي برنامه سلامت مادران كه در 6 ماه گذشته ثبت گرديده است.** |

**تجهیزات و فضای فیزیکی امتیاز: 8**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | مورد پایش | امتیاز مورد انتظار | امتیاز کسب شده | توضیحات |
| 1 | **آیا سونیکید موجود است و سالم است؟** | **1** |  |  |
| 2 | **آیا ترازوی بزرگسال موجود و سالم است و کالیبراسیون انجام شده است؟وزنه شاهدموجود است؟** | **1** |  | **وزنه شاهد5.امتیاز و سالم بودن و انجام کالیبراسیون 5. امتیاز** |
| 3 | **تخت معاینه مناسب موجود و سالم است؟** | **1** |  |  |
| 4 | **آیا قدسنج موجود است؟و به درستی اندازه گیری می کند؟** | **1** |  |  |
| 5 | **آیا فضای فیزیکی اتاق برای معاینه مناسب است؟(حریم خصوصی مادر در هنگام معاینه رعایت شده است؟** | **1** |  | **اتاق مناسب 5. امتیاز و وجود پاراوان5. امتیاز** |
| 6 | **فشار سنج و گوشی سالم موجود است و کالیبره شده است؟** | **1** |  | **سالم بودن5.امتیازوکالیبراسیون5.امتیاز** |
| 7 | **آیا ترمومتر موجود است؟** | **1** |  |  |
| 8 | **آیا کپسول اکسیژن موجودوپر است؟** | **1** |  |  |
|  | **جمع کل** | **8** |  |  |

**مکملهای برنامه امتیاز: 3**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | مورد پایش | امتیاز مورد انتظار | امتیاز کسب شده | توضیحات |
| 1 | **وجود مستندات درخواست مکمل ها درزمان مقرر** | **1** |  | **بایگانی مستندات 1 امتیاز** |
| 2 | **آیا با توجه به متوسط مصرف ماهیانه ، داروها به اندازه حداقل 3 ماه مصرف در مرکز /پایگاه موجود است؟** | **1** |  | **نحوه برآورد =(تعداد جمعیت باردار تحت پوشش (باردارهای فعلی فصل)+10 درصد باردارها(/4** |
| 3 | **نگهداری صحیح مکمل ها در مکان مناسب وثبت تاریخ انقضا آنها** | **1** |  | **نگهداری درمکان مناسب 5. امتیازثبت تاریخ انقضاء5.امتیاز** |
|  | **جمع امتیاز** | **3** |  |  |

**شاخصها امتیاز:15**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | مورد پایش | امتیاز مورد انتظار | امتیاز کسب شده | توضیحات |
| 1 | **تعدادتشكيل پرونده پيش بارداري در دو فصل اخیر سال جاری با فصل مشابه سال گذشته روند افزایشی داشته است؟** | **1** |  | **با توجه به هدف گذاری اعلام شده و تقسیم در صد تعیین شده بر تعداد فصول میزان وصول به هدف تعیین شود** |
| 2 | **آیا شاخص پوشش پیش از بارداری در دو فصل اخیر سال جاری با فصل مشابه سال گذشته روند افزایشی داشته است؟** | **2** |  | **با توجه به هدف گذاری اعلام شده و تقسیم در صد تعیین شده بر تعداد فصول میزان وصول به هدف تعیین شود.** |
| 3 | **تعدادتشكيل پرونده بارداري در دو فصل اخیر سال جاری با فصل مشابه سال گذشته روند افزایشی داشته است؟** | **1** |  | **با توجه به هدف گذاری اعلام شده و تقسیم در صد تعیین شده بر تعداد فصول میزان وصول به هدف تعیین شود** |
| 4 | **آیا شاخص حداقل یک بار مراقبت بارداری ،متناسب با سن بارداری ، و مراقبت به موقع در دو فصل اخیر سال جاری با فصل مشابه سال گذشته روند افزایشی داشته است؟** | **3** |  | **با توجه به هدف گذاری اعلام شده و تقسیم در صد تعیین شده بر تعداد فصول میزان وصول به هدف تعیین شود.** |
| 5 | **تعداد زایمان ثبت شده(در مقایسه با فصل مشابه سال قبل)** | **1** |  | **با توجه به هدف گذاری اعلام شده و تقسیم در صد تعیین شده بر تعداد فصول میزان وصول به هدف تعیین شود** |
| 6 | **آیا شاخص حداقل 2بار مراقبت شده ها پس از زایمان در دو فصل اخیر سال جاری با فصل مشابه سال گذشته روند افزایشی داشته است؟** | **2** |  | **با توجه به هدف گذاری اعلام شده و تقسیم در صد تعیین شده بر تعداد فصول میزان وصول به هدف تعیین شود.** |
| 7 | **آیا شاخص در صد سزارین شده ها در دو فصل اخیر سال جاری با فصل مشابه سال گذشته روند نزولی داشته است؟** | **1** |  | **کمترا ز 50=1 بیشتر از 50=0** |
| 8 | **درصد شرکت کنندگان در کلاس آمادگی زایمان** | **2** |  | **کمتر از 50%=صفر بین 50 -80=.5 بیش از 80=1** |
| 9 | **درصد Rapid test انجام شده مادران باردار** | **1** |  |  |
| 10 | **درصدتعداد مشاوره HIV** | **1** |  |  |
|  | **جمع کل** | **15** |  |  |

**بررسی آمار و مستندات امتیاز: 8**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | مورد پایش | امتیاز مورد انتظار | مورد ندارد | امتیاز کسب شده | توضیحات |
| 1 | **آیا بخشنامه ها و دستورالعمل ها ی برنامه مادران موجود و به طور جدا گانه بایگانی شده است؟** | **1** |  |  |  |
| 2 | **آیا دفترچه ارجاع و پسخوراند تکمیل شده است؟و دربایگانی نگهداری می شود؟** | **1** |  |  |  |
| 3 | **آیا پمفلت و تراکتهای آموزشی موجود است؟** | **1** |  |  |  |
| 4 | **آِیا برنامه آموزشی هدفمند برای برنامه مادران پیش بینی و اجرا می شود و در معرض دید مراجعین قرار دارد؟** | **1** |  |  |  |
| 5 | **آیا اطلاعات پنل و شاخصهای برد تکمیل شده است؟** | **1** |  |  | **ثبت کامل اطلاعات 1 امتیاز** |
| 6 | **آیا لیست تعداد مادران باردار پر خطرنشان دار در دسترس می باشد ؟** | **1** |  |  | **مادران باردار نشاندار** |
| 7 | **آیا تعداد مادران مراقبت شده با جمعیت تحت پوشش مرکز /پایگاه متناسب است؟** | **2** |  |  | **ضریب اعلام شده \*تعداد مراقبین سلامت \*جمعیت کل تحت پوشش مرکز** |
|  | **جمع امتیاز** | **8** |  |  |  |

**مراقبتها**

**پيش از بارداري امتیاز:15**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | سوال | پرونده (کد ملی) | امتیاز مورد انتظار | امتیاز مورد ندارد | امتیاز نهایی کسب شده | توضیحات |
| 1 | **آیا مراقبتهای پیش بارداری در سامانه ثبت وبه سوالات مندرج در هر بخش به درستی پاسخ داده شده است؟** |  | **2** |  |  |  |
| 2 | **آیا در صورت ابتلا مادر به بیماری زمینه ای ویا ناهنجاری، یا مصرف داروی خاص بخش تشخیص تکمیل و ثبت شده است ؟** |  | **1** |  |  |  |
| 3 | **آیا مادر از نظر علائم خطر بررسی و در صورت وجود علائم خطر ، اقدام شده است؟** |  | **2** |  |  | **بررسی وثبت طبق بوکلت 1امتیازواقدام 1 امتیاز** |
| 4 | **آیا نتایج آزمایشات به درستی ثبت و بررسی شده است؟و اقدام مناسب انجام شده است؟** |  | **1** |  |  | **بررسی نتایج آزمایشات و اقدام مناسب (در صورت نیاز )،5.امتیاز و ثبت صحیح5.امتیاز** |
| 5 | **آیا نتایج سونوگرافی و پاپ اسمیر( در صورت نیاز )به درستی ثبت و بررسی شده است؟ و اقدام مناسب انجام شده است؟** |  | **1** |  |  | **بررسی نتایج سونوگرافی و اقدام مناسب و ثبت .5امتیاز،بررسی نتایج پاپ اسمیر و اقدام مناسب و ثبت .5امتیاز** |
| 6 | **آیا خدمت گیرنده جهت معاینه به پزشک ارجاع ومعاینات انجام و ثبت شده است؟** |  | **1** |  |  | **ارجاع .5 امتیاز وانجام معاینه و ثبت .5امتیاز** |
| 7 | **آیا پزشک نتایج معاینه را به مراقب سلامت بازخورد داده است؟** |  | **1** |  |  | **بازخورد-1 امتیاز عدم بازخورد=0** |
| 8 | **آیا بر اساس نتیجه معاینه پزشک و آزمایشها و شرح حال، اقدام و ارجاع شده است؟** |  | **2** |  |  | **اقدام طبق دستورالعمل کشوری1 امتیاز** |
| 9 | **آیا نتیجه اقدامات انجام شده و پسخوراند متخصص یا پزشک در بخش7مراقبت ویژه (توضیحات) ثبت شده است ؟** |  | **2** |  |  | **ثبت اقدامات انجام شده (بر اساس پروتکل) 5. امتیاز،ثبت اقدامات انجام شده( بر اساس پسخوراند)5.امتیاز ،ثبت بخش 7 پسخوراند 1امتیاز** |
| 10 | **آیا اسید فولیک ویا یدوفولیک طبق دستورالعمل تجویزو توصیه شده است؟** |  | **1** |  |  | **تجویز طبق آخرین دستورالعمل 1 امتیاز** |
|  | **جمع امتیاز** |  | **15** |  |  |  |

**بارداري امتیاز:30**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | سوال | کد ملی: | کد ملی: | امتیاز مورد انتظار | امتیاز مورد ندارد | امتیازنهایی کسب شده | توضیحات |
| 1 | **ایا ارائه دهنده خدمت فرم شروع مراقبت بارداری را قبل از ارائه سایر مراقبتها تکمیل نموده است؟** |  |  | **1** |  |  |  |
| 2 | **آیا مادر از نظر علائم خطر بررسی و در صورت وجود علائم خطر ، اقدام شده است؟** |  |  | **2** |  |  | **بررسی وثبت طبق بوکلت 1امتیازواقدام 1 امتیاز** |
| 3 | **آیا آزمایشهای مادر به درستی بررسی و درصورت نیاز اقدام شده است؟** |  |  | **1** |  |  | **بررسی صحیح نتایج آزمایشات و اقدام مناسب( در صورت نیاز)** |
| 4 | **آیا سونوگرافی مادر به درستی بررسی و درصورت نیاز اقدام شده است؟** |  |  | **1** |  |  | **محاسبه سن حاملگی بر اساس LMP وسونوگرافی و مقايسه1 امتیاز و ارجاع در صورت نياز 1 امتیاز** |
| 5 | **آیا ارائه دهنده خدمت از قوانین سیاستهای جمعیتی(48،50،53) در رابطه با برنامه آگاهی کافی دارد و به درستی اجرا می شود؟** |  |  | 1 |  |  | **توصیه به انجام غربالگری طبق دستورالعمل ارسالی 1 امتیاز** |
| 6 | **آیا طبق ماده 53 از مشاوره در خصوص غربالگری جنینی اجتناب می نماید؟** |  |  | 1 |  |  | **انجام آزمایش 1 امتیازو سونوگرافی 1 امتیاز** |
| 7 | **آیا مراقب سلامت غیر ماما یا بهورز،مادر را جهت درخواست آزمایش و معاینه فیزیکی و تکمیل فرم شرح حال مادر ارجاع داده است؟** |  |  | 1 |  |  |  |
| 8 | **آیا مادر جهت معاینه به پزشک ارجاع وتوسط پزشک معاینه شده است؟ ونتایج در سامانه ثبت شده است؟** |  |  | 2 |  |  | **ارجاع و ثبت درسامانه 1 امتیاز معاینه توسط پزشک و ثبت در سامانه 1امتیاز** |
| 9 | **آیا پزشک به مراقب سلامت بازخورد داده است؟** |  |  | **1** |  |  |  |
| 10 | **آیا بر اساس نتیجه معاینه پزشک و آزمایشها و شرح حال، اقدام وارجاع شده است؟** |  |  | **2** |  |  | **انجام اقدامات ذکر شده 1 امتیاز،ارجاع در صورت نیاز 1 امتیاز** |
| 11 | **آیا نتیجه اقدامات انجام شده و پسخوراند متخصص یا پزشک در سامانه ثبت شده است؟** |  |  | **2** |  |  | **ثبت اقدامات انجام شده (بر اساس پروتکل) 5. امتیاز،ثبت اقدامات انجام شده( بر اساس پسخوراند)5.امتیاز ،ثبت بخش 7 پسخوراند متخصص 1امتیاز** |
| 12 | **آیا مادر در ملاقاتهای معمول ارزیابی کامل شده است؟** |  |  | **2** |  |  | **ارزیابی و ثبت صحیح اطلاعات مربوط به بخش ارزیابی2امتیاز** |
| 13 | **آیا وضعیت ایمنسازی مادر علیه کزاز در دوران بارداری کامل است؟** |  |  | **1** |  |  | **اقدام طبق بوکلت 1 امتیاز** |
| 14 | **آیاغربالگری تغذیه در مادر باردار انجام و به ثبت رسیده است؟** |  |  | **1** |  |  | **انجام و ثبت 1امتیاز** |
| 15 | **آیا مادران باردار که در موعد مقرر مراجعه نکرده اند پیگیری شده اند ونتایج در سامانه ثبت شده است؟** |  |  | **2** |  |  | **پیگیری و ثبت طبق دستورالعمل 1 امتیاز (تماس تلفنی توسط کارشناس ستادی انجام و در صورت عدم پیگیری توسط مراقب سلامت صفر امتیاز)** |
| 16 | **آیا با توجه به سن بارداری تعداد مراقبتهای انجام شده طبق بوکلت برای مادر باردار انجام شده است؟(2ملاقات در نیمه اول و 6 ملاقات در نیمه دوم)** |  |  | **1** |  |  | **انجام مراقبتها در زمان مقرر طبق بوکلت 2 امتیاز** |
| 17 | **آیا مادر در کلاس آمادگی زایمان شرکت کرده است؟(اگر خیر ذکر علت و تماس تلفنی با مادر جهت بررسی علل)** |  |  | **2** |  |  | **تماس تلفنی توسط کارشناس ستادی انجام و در صورت عدم مشاوره توسط مراقب سلامت صفر امتیاز** |
| 18 | **آیا در صورت ابتلا مادر به بیماری زمینه ای ویا ناهنجاری، یا مصرف داروی خاص بخش تشخیص تکمیل و ثبت شده است ؟** |  |  | **1** |  |  |  |
| 19 | **آیا برای مادر(در صورت نیاز)فرم غربالگری کاردیو میوپاتی در بارداری تکمیل شده است؟** |  |  | **1** |  |  |  |
| 20 | **آیا برای مادر(در صورت نیاز) فرم ارزیابی خطر ترومبو آمبولی در بارداری و پس از زایمان تکمیل شده است؟** |  |  | **1** |  |  |  |
| 21 | **آیا ثبت وزن و فشارخون و تحلیل آن نسبت به وزنهاوفشارخون قبلی انجام گرفته است؟** |  |  | **1** |  |  | **ثبت وزن و تحلیل آن 1 امتیاز و ثبت فشار خون و تحلیل آن 1امتیاز** |
| 22 | **آیا مکملها طبق دستورالعمل تجویز .ثبت شده است؟** |  |  | **1** |  |  | **تجویز و ثبت 1 امتیاز** |
| 23 | **آیا دفترچه مراقبت مادر تکمیل ودراختیار مادر قرار می گیرد؟** |  |  | **1** |  |  |  |
|  | **جمع امتیاز** |  |  | **30** |  |  |  |

**پس از زايمان امتیاز:11**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | سوال | کدملی: | امتیاز مورد انتظار | امتیاز مورد ندارد | امتیاز نهایی کسب شده | توضیحات |
| 1 | **آیا از مادر شرح حال گرفته شده است و به سوالات مندرج در هر بخش به درستی پاسخ داده شده است؟** |  | **1** |  |  |  |
| 2 | **آیا مادر از نظر علائم خطر بررسی شده است؟** |  | **1** |  |  |  |
| 3 | **آیا در صورت وجود علائم خطر ، اقدام و دفترچه ارجاع و پسخوراند تکمیل شده است؟** |  | **2** |  |  | **اقدام طبق بوکلت 1 امتیاز تکمیل فرم ارجاع 5.امتیاز تکمیل فرم پسخوراند5. امتیاز** |
| 4 | **آیا مادر در ملاقاتهای معمول در بازه زمانی مربوط ارزیابی کامل شده است؟** |  | **3** |  |  | **انجام مراقبت 1-3 بعد از زایمان (حداکثر تا 7 روز) 1 امتیاز،انجام مراقبت 10-15 (حداکثر8 تا 29 روز)بعد از زایمان حداکثر تا 7 روز 1 امتیاز،انجام مراقبت 42-30 بعد از زایمان حداکثر تا 45روز 1 امتیاز (طبق بوکلت)** |
| 5 | **آیا آموزش وتوصیه های لازم انجام شده است؟** |  | **1** |  |  |  |
| 6 | **آیا مکملها طبق دستورالعمل تجویز شده است؟** |  | **1** |  |  |  |
| 7 | **آیا آزمایشات لازم دوران پس از زایمان در مادران مبتلا به دیابت بارداری انجام شده است؟** |  | **1** |  |  |  |
| 8 | **آیا پاپ اسمیر درتاریخ های مقرر طبق دستورالعمل کشوری انجام شده است؟** |  | **1** |  |  |  |
|  | **جمع امتیاز** |  | **11** |  |  |  |

**آگاهی ورضایت خدمت گیرنده(مصاحبه) امتیاز:4**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ردیف | سوال | امتیاز مورد انتظار | امتیاز کسب شده |
| 1 | **آیا مادر باردار نام و فوایدمکمل مصرفی و نحوه مصرف آن را میداند؟** | **5.** |  |
| 2 | **آیا در هر بار مراقبت درجه حرارت وفشارخون مادرکنترل می شود؟** | **5.** |  |
| 3 | **آیا مادر باردار علائم خطر بارداری را میداند؟** | **5.** |  |
| 4 | **آیا مادر باردار فواید زایمان طبیعی و عوارض سزارین را میداند؟** | **5.** |  |
| 5 | **آیا مادر باردار از نحوه تغذیه مناسب در بارداری آگاهی دارد؟** | **5.** |  |
| 6 | **آیا مادر باردار از نحوه خدمات ارائه شده و رفتار پرسنل رضایت دارد؟** | **5.** |  |
| 7 | **آیا مادر از زمان انتظار جهت دریافت خدمت رضایت دارد؟** | **5.** |  |
| 8 | **آیا آموزش های ارائه شده را کافی میداند؟** | **5.** |  |
|  | **جمع امتیاز** | **4** |  |

**آگاهی ارائه دهنده خدمت (پرسش) امتیاز:2**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ردیف | سوال | امتیاز مورد انتظار | امتیاز کسب شده |
| 1 | **آیا ارائه دهنده خدمت از بخشنامه ها و دستورالعملهای مربوط به برنامه مادران آگاهی دارند؟** | **1** |  |
| 2 | **آیا ارائه دهنده خدمت از تعاریف بوکلت در بخش پیش بارداری، بارداری، و پس از زایمان آکاهی دارند؟(از هر بخش 2 سوال )** | **1** |  |
|  | **جمع امتیاز** | **2** |  |

**مهارت ارائه دهنده خدمت(مشاهده) امتیاز:5**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ردیف | سوال | امتیاز مورد انتظار | امتیاز کسب شده |
| 1 | **آیا ارائه دهنده خدمت از بسته خدمت(بوکلت) استفاده میکند؟** | **1** |  |
| 2 | **آیا ارائه دهنده خدمت مهارت کافی در یافتن مسیر و ثبت الکترونیک فرمها را دارد؟** | **1** |  |
| 3 | **آیا ارائه دهنده خدمت توانایی اخذ گزارش ازموارد ثبت شده را دارد؟** | **1** |  |
| 4 | **آیا ارائه دهنده خدمت دانش ومهارت کافی برای آموزش به مادر باردارو ارائه راهکاررا دارد؟** | **1** |  |
| 5 | **آیا ارائه دهنده خدمت ارتباط صحیح بامادر برقرار می کند؟** | **1** |  |
|  | **جمع امتیاز** | **5** |  |

**مشکلات مشاهده شده:**

**نقاط قوت:**

**پیشنهادات انجام شده(مداخلات پیشنهادی کارشناس ستادی برنامه مادران):**