

..... شہرستان

نوع واحد	شرح فعالیت	بازدید اول			بازدید دوم			توضیحات	
		تاریخ	محل	ملاحظات	تاریخ	محل	ملاحظات	بازدید اول	بازدید دوم
مرکز بهداشتی درمانی	9- آیا با توجه به افزایش مراجعین روزانه به مرکز هماهنگی لازم به منظور آماده سازی فضای فیزیکی مناسب جهت پذیرش مراجعین برنامه معاینات دانش آموزان صورت گرفته است(وجود صندلی در سالن انتظار-تنظیم دمای محیط با توجه به فصل گرما-تمیزی محیط و...)*								
	10- آیا نتایج معاینات ارزیابی مقدماتی ثبت شده در شناسنامه سلامت نوآموز(انجام شده در پایگاههای سنجش) توسط کاردان مسئول پذیرش و ثبت خدمات استخراج وبه نحو صحیح در فرم 109-1/1 ودر صورت نیاز در فرم ثبت وپیگیری موارد ارجاع درج می گردد.								
	11- طبق راهنمای تکمیل شناسنامه سلامت معاینات پزشکی نوآموزان انجام وبه نحو صحیح در صفحه 11 شناسنامه سلامت وفرم 109-1/2درج می گردد.(مشاهده شناسنامه وفرم تکمیل شده)								
	12- درصورت نیاز به ارجاع نوآموز به مراکز تخصصی آیا فرم ثبت وپیگیری موارد ارجاع توسط پزشک به نحو صحیح تکمیل می گردد(مشاهده فرم تکمیل شده)								
	13- آیا در مورد درمان های مورد نیاز دهان و دندان از طریق مرکز ویا بخش خصوصی پیگیری لازم صورت گرفته است(تعین نوبت ویا ارجاع به بخش خصوصی)*								

دانشگاه علوم پزشکی مشهد

مرکز بهداشت استان خراسان رضوی

چک لیست ارزشیابی برنامه معاینات پزشکی و مراقبت های درمانی دانش آموزان (طرح سنجش)

شهرستان مرکز بهداشتی درمانی شهری/روستایی..... پایگاه / خانه بهداشت.....

نوع واحد	شرح فعالیت	بازدید اول			بازدید دوم			توضیحات	
		بازدید	بازدید	بازدید	بازدید	بازدید	بازدید	بازدید اول	بازدید دوم
مرکز بهداشتی درمانی	14- آیا مسیرارجاع به مراکز تخصصی تعیین وبه کارکنان درگیر برنامه از سوی مسئولین ستادی اعلام گردیده است								
	15- آیا پس از اتمام معاینات پزشکی (و در صورت نیاز پس از انجام پیگیری موارد ارجاعی) صفحه 11 شناسنامه ممهور به مهر پزشک و مرکز بهداشتی درمانی می گردد (مشاهده چند شناسنامه)								
	16- آیا استاندارد تعداد معاینه روزانه و زمان معاینه جهت هر کودک رعایت می گردد (24-28 معاینه در 4 ساعت کاری و حداقل زمان معاینه برای هر کودک 8-10 دقیقه)								
	17- آیا همکاران در گیر برنامه مشکل /مشکلات خاصی را که بر روند اجرای برنامه تاثیر منفی داشته باشد مطرح و راهکار های اجرایی مناسب را برای حل/کاهش مشکلات ارائه می نمایند (لطفا بنویسید)								

* موارد فوق در صورت استقرار پزشک در مرکز بهداشتی درمانی بررسی و تکمیل می گردد.

تاریخ بازدید. اول

نام و نام خانوادگی و امضاء ناظر / ناظرین

تاریخ بازدید: دوم

دانشگاه علوم پزشکی مشهد مرکز بهداشت استان خراسان رضوی چک لیست ارزشیابی برنامه معاینات پزشکی و مراقبت های درمانی دانش آموزان (طرح سنجش)									
شهرستان مرکز بهداشتی درمانی شهری /روستایی..... پایگاه / خانه بهداشت..... پایگاه سنجش.....									
نوع واحد	شرح فعالیت	بازدید اول			بازدید دوم			توصیحات	
		تاریخ	نام	ملاحظات	تاریخ	نام	ملاحظات	بازدید اول	بازدید دوم
پایگاه سنجش	1- آیا مربی بهداشت مستقر در پایگاه در ارتباط با معاینات دانش آموزان پایه اول و تکمیل شناسنامه سلامت اطلاعات کافی دارد								
	2- طبق راهنمای تکمیل شناسنامه سلامت اندازه گیری قد و وزن و نمایه توده بدنی نوآموز به نحو صحیح انجام و نمودار وضعیت رشد وی در شناسنامه سلامت رسم می شود								
	3- طبق راهنمای تکمیل شناسنامه سلامت بررسی سلامت پوست و موی نوآموزان به نحو صحیح انجام و در صفحه 7 شناسنامه ثبت می گردد								
	4- معاینات دهان و دندان نوآموزان طبق راهنمای شناسنامه سلامت به نحو صحیح انجام و در صفحه 7 شناسنامه سلامت ثبت می گردد								

توضیح: در صورت استقرار پزشک در پایگاه سنجش موارد مربوط به وی و همین طور چگونگی تکمیل فرم های آماری (109-1/1 و 109-1/2) و فرم ثبت و پیگیری موارد ارجاع) در پایگاه مطابق با چک لیست مرکز بهداشتی درمانی مورد بررسی قرار خواهد گرفت. (مطابق با ردیف های 6 و 10 و 11 و 12 و 15 و 16 چک لیست مرکز بهداشتی درمانی)

تاریخ بازدید اول

نام و نام خانوادگی و امضاء ناظر / ناظرین

تاریخ بازدید دوم
نام و نام خانوادگی و امضاء ناظر / ناظرین