

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

نوع و احد	شرح فعالیت	بازدید اول				بازدید دوم				توضیحات	
		بازدید اول	بازدید دوم	بازدید اول	بازدید دوم	بازدید اول	بازدید دوم	بازدید اول	بازدید دوم	بازدید اول	بازدید دوم
ستاد شهرستان	1- آیا اعضاء کمیته شهرستانی معاینات پزشکی و مراقبتهای درمانی دانش آموزان در شهرستان طبق دستورالعمل تعیین و ابلاغ جهت آنان صادر گردیده است										
	2- آیا قبل از شروع برنامه کمیته شهرستانی معاینات پزشکی و مراقبتهای درمانی دانش آموزان مطابق دستورالعمل ارسالی برگزار گردیده است؟										
	3- آیا نتایج معاینات دانش آموزان پایه اول ابتدایی (انجام شده در سال تحصیلی قبل) در اختیار واحد های ذیربط گذاشته شده است؟										
	4- آیا صورتجلسات کمیته تنظیم و در دسترس می باشد (مشاهده صورتجلسه)										
	5- آیا مصوبات کمیته پیگیری شده است										
	6- آیا از سوی واحد تغذیه شهرستان (به عنوان یکی از صاحبان فرآیند) برنامه ریزی و تمهیدات لازم به منظور مداخله، پیگیری و درمان موارد دارای مشکل بر اساس شرح وظایف اعلام شده از استان صورت گرفته است										
	7- آیا از سوی واحد بیماریها = =										
	8- آیا از سوی واحد سلامت روان = =										

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
ستاد شهرستان	9- آیا از سوی واحد بهداشت دهان و دندان شهرستان به عنوان یکی از صاحبان فرآیند ، برنامه ریزی و تمهیدات لازم به منظور مداخله ، پیگیری و درمان موارد دارای مشکل بر اساس شرح وظایف اعلام شده از استان صورت گرفته است								
	10- آیا وضعیت مراکز بهداشتی درمانی از نظر تجهیزات و ابزار کار و نیروی انسانی مورد نیاز جهت انجام معاینات دانش آموزان مورد بررسی قرار گرفته است؟*								
	11- آیا نسبت به تامین کسری تجهیزات و ابزار کار مورد نیاز معاینات دانش آموزان اقدام لازم صورت گرفته است؟								
	12- در صورت کمبود نیروی انسانی در مراکز بهداشتی درمانی اقدام لازم جهت تامین نیروی انسانی صورت گرفته است؟ *								
	13- آیا قبل از شروع برنامه نسبت به آموزش و توجیه کارکنان محیطی درگیر برنامه اقدام لازم صورت گرفته است								
	14- آیا اطلاع رسانی و تبلیغات مرتبط با برنامه معاینات دانش آموزان (با نصب اطلاعیه یا پرده و...) در سطح شهر جهت مراجعه مردم به مراکز بهداشتی درمانی صورت گرفته است؟*								

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.....

ردیف	شرح فعالیت	بازدید اول	بازدید دوم	توضیحات
------	------------	------------	------------	---------

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.....

سناد شهرستان	۱۵-	آیا تیم نظارت درون بخشی با همکاری واحد های ستادی ذیربط تشکیل و برنامه زمانبندی اجرای بازدیدها تنظیم شده است؟ (به تعداد شش فعالیت از هر مرکز بهداشتی درمانی/ پایگاه سنجش)	بازدید دوم	توضیحات
	۱۶-	آیا نظارتها طبق برنامه انجام و چک لیست مربوطه تکمیل شده است؟ (مشاهده مستندات)		
	۱۷-	آیا پسخوراند مناسب پس از هر بازدید به سطوح محیطی داده شده است؟ (مشاهده مستندات)		
	۱۸-	همه گیری لازم با مراکز تخصصی / فوق تخصصی و بیمارستانهای موجود در شهرستان جهت پذیرش نوآموزان ارجاعی از مراکز بهداشتی درمانی صورت گرفته است؟		
	۱۹-	آیا فرم آماری 109-1/1 و 109-1/2 تکمیل شده در مراکز بهداشتی درمانی به موقع جمع آوری ، بررسی و جمع بندی شده و به موقع (فصلی) به استان اعلام می گردد. (مطابق با فلو چارت ارسالی به شهرستانها)		
	۲۰-	آیا نتایج معاینات نوآموزان در قالب فرم 109-1/1 و 109-1/2 به واحد های ستادی ذیربط طبق فلوچارت ارسالی جهت بهره برداری لازم ارائه می گردد؟		

			بازدید دوم	بازدید اول	تأخیر	تأخیر	تأخیر	تأخیر	تأخیر	تأخیر
ستاد شهرستان	21- آیا واحدهای بهداشت دهان و دندان- تغذیه- سلامت روان و بیماریها به عنوان صاحبان فرایند اقدامات لازم را پس از دریافت نتایج معاینات مطابق با فلوچارت برنامه انجام می دهند.									
	22- آیا هماهنگی لازم با پایگاههای سنجش در خصوص به همراه داشتن دفترچه بیمه، کارت واکسیناسیون و شناسنامه سلامت دانش آموز توسط والدین در موقع حضور در مراکز صورت گرفته است؟									
	23- آیا تمهیدات آموزشی لازم برای آموزش مراجعین برنامه به مراکز بهداشتی درمانی اندیشیده شده است. در صورت پاسخ مثبت مشاهده مستندات)*									

* کلیه موارد فوق زمانی که پزشک جهت انجام معاینات نوآموزان در مرکز بهداشتی درمانی مستقر باشد بررسی و تکمیل می گردد.

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

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