چک لیست «پایش پرونده الکترونیک در برنامه سلامت مادران» در واحدهای ارائه خدمت- گیلان

مرکز بهداشت شهرستان ..........رضوانشهر ................. مرکز خدمات جامع سلامت : رضوانشهر پایگاه سلامت/خانه بهداشت :

نام و نام خانوادگی ارائه دهندگان خدمت: تاریخ انجام پایش

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| حیطه پایش | موارد پایش | مسیر پایش | معیار ارزیابی شاخص | امتیاز کل | امتیاز کسب شده |
| اطلاعات جمعیتی | **کل جمعیت تحت پوشش** | ثبت نام و سرشماری/ فهرست خدمت گیرندگان | جمعیت ثبت شده در سامانه |  |  |
| **جمعیت تحت پوشش بر حسب گروه سنی** | گزارش ها/ گزارش جمعیت شبکه/ گزارش جمعیت ثبت نام شده/ گزارش به تفکیک گروه سنی | جمعیت ثبت نام شده در سامانه |  |  |
| **تعداد زنان باردار تحت پوشش** | ثبت نام و سرشماری/ فهرست خدمت گیرندگان/باکس وضعیت/ انتخاب گزینه بارداری/ جستجو | جمعیت زنان باردار ثبت نام شده در سامانه |  |  |
| **تعداد زنان باردار تحت پوشش بر حسب گروه سنی** | گزارش ها/ گزارش جمعیت شبکه/ گزارش جمعیت مادران باردار/ گزارش به تفکیک گروه سنی | جمعیت زنان باردار ثبت نام شده در سامانه |  |  |
| **تعداد زنان باردار تحت پوشش نیازمند مراقبت ویژه** | ثبت نام و سرشماری / فهرست خدمت گیرندگان / وضعیت مادران پرخطر | |  |  |
| **تعداد مادران باردار مبتلا به بیماری زمینه ای (به تفکیک نوع بیماری مثلاً قلبی –لوپوس –دیابت و...)** | گزارش های دور های /دفتر سلامت جمعیت خانواده و مدارس /اداره سلامت مادران | |  |  |
| نیروی انسانی | **تناسب تعداد کاربران با جمعیت تحت پوشش** | مشاهده تعداد کاربر تعریف شده در سامانه برای واحد ارائه خدمت: شبکه خدمت/ فعالیت کاربران سامانه/ گزینه انتخاب شبکه/تعیین سطوح مورد نظر/انتخاب/جستجو. مشاهده جمعیت تحت پوشش در سامانه  به ازای هر 2500 نفر جمعیت یک کاربر | |  |  |
| پوشش مراقبت های دوره ای و ... | **درصد/تعداد زنان زایمان کرده که مراقبت پیش از بارداری انجام داده اند.** | | گزارش های دوره ای /دفتر سلامت جمعیت ،خانواده و مدارس /اداره سلامت مادران |  |  |
| **پوشش مراقبت های کلی بارداری (حداقل یکبار+مراقبت به موقع –ض2+مراقبت متناسب با سن بارداری ض6)** | |  |  |
| **تعداد /درصد مادرانی که متناسب با سن بارداری مراقبت دریافت کرده اند.** | |  |  |
| **تعداد / درصد مادرانی که در دوره بارداری حداقل یکبار مراقبت شده اند.** | |  |  |
| **تعداد/ درصد مادرانی که مراقبت بارداری را به موقع (هفته6-10)دریافت کرده اند.** | |  |  |
| **تعداد/درصد مادرانی که حداقل دو بار پس از زایمان مراقبت شده اند** | |  |  |
| **تعداد مادران باردار با حداقل یک رفتار پرخطر** | |  |  |
| **تعداد/درصد ماران باردار شرکت کننده در کلاس های آمادگی برای زایمان** | |  |  |

چک لیست «پایش پرونده الکترونیک در برنامه سلامت مادران» در واحدهای ارائه خدمت- گیلان

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| حیطه پایش | موارد پایش | مسیر پایش | معیار ارزیابی شاخص | پرونده  بلی/ مورد ندارد (1)  خیر(0) | پرونده2  بلی/ مورد ندارد (1)  خیر(0) | پرونده 3  بلی/ مورد ندارد (1)  خیر(0) | امتیاز کل (درصد) | |
| بلی | خیر |
| نحوه انتخاب پرونده:  ثبت نام و سرشماری/ فهرست خدمت گیرندگان/ باکس وضعیت/ انتخاب گزینه مورد نظر (بارداری یا زایمان یا سقط)/ جستجو/ انتخاب یک فرد/ کلیک بر روی گزینه انتخاب/ ..... | | | نام و نام خانوادگی مادر: |  |  |  |  |  |
| کد ملی مادر: |  |  |  |  |  |
| شماره (های) تماس مادر: |  |  |  |  |  |
| **فرایند** | **انجام مراقبت های بارداری متناسب با هفته بارداری** | زبانه گزارش/ خلاصه پرونده الکترونیکی/ گزارش مراقبت های انجام شده | **بررسی ثبت** |  |  |  |  |  |
| **تکمیل فرم ارجاع موارد نیازمند ارجاع** | الف: زبانه گزارش/ خلاصه پرونده الکترونیکی/ فهرست ارجاعات ب: زبانه پیام ها/ ارجاعات ارسالی | **بررسی ثبت** |  |  |  |  |  |
| **دریافت پسخوراند موارد ارجاع شده با توجه به زمان ارجاع** | زبانه پیام ها / بازخوردهای دریافتی | **بررسی ثبت** |  |  |  |  |  |
| **پیگیری مادرانی که به موقع مراجعه نکرده اند** | الف: زبانه گزارش/ خلاصه پرونده الکترونیکی/ فهرست پیگیری ها  ب: ارائه خدمت/ فهرست پیگیری ها و فهرست تماس ها | **بررسی ثبت** |  |  |  |  |  |
| **ارجاع مادر به ماما/ پزشک برای درخواست آزمایش و معاینه فیزیکی و تکمیل فرم شرح حال مادر توسط مراقبت سلامت غیر ماما یا بهورز** | الف: زبانه گزارش/ خلاصه پرونده الکترونیکی/ فهرست ارجاعات  ب: زبانه پیام ها/ ارجاعات ارسالی | **بررسی ثبت** |  |  |  |  |  |
| **متناسب بودن تعداد مادران مراقبت شده و جمعیت مورد نظر (تعداد زنان باردار کل سال تقریبا 2% جمعیت باشد)** | ثبت نام و سرشماری/ فهرست خدمت گیرندگان/ باکس وضعیت/ انتخاب گزینه بارداری/ جستجو | **بررسی ثبت** |  |  |  |  |  |
| **مراقبت** | **انجام کامل مراقبت پیش از بارداری** | زبانه گزارش/ خلاصه پرونده الکترونیکی/ گزارش مراقبت های انجام شده | **بررسی ثبت** |  |  |  |  |  |
| **تکمیل فرم مراقبت و شرح حال اولیه بارداری قبل از ارائه سایر مراقبت ها** | زبانه گزارش/ خلاصه پرونده الکترونیکی/ گزارش مراقبت های انجام شده | **بررسی ثبت** |  |  |  |  |  |
| **ثبت نتیجه آزمایش های بارداری** | زبانه گزارش/ خلاصه پرونده الکترونیکی/ گزارش مراقبت های انجام شده | **بررسی ثبت** |  |  |  |  |  |
| **ثبت نتیجه آزمایش Rapid Test یا Elisa** | نوبت اول: زبانه گزارش/ خلاصه پرونده الکترونیکی/ گزارش مراقبت های انجام شده  نوبت دوم: زبانه آزمایش ها/ ثبت نتایج آزمایش | **بررسی ثبت** |  |  |  |  |  |
| **ثبت نتیجه سونوگرافی های بارداری** | زبانه گزارش/ خلاصه پرونده الکترونیکی/ گزارش مراقبت های انجام شده | **بررسی ثبت** |  |  |  |  |  |
| **تکمیل وضعیت ایمن سازی** | زبانه گزارش/ خلاصه پرونده الکترونیکی/ گزارش مراقبت های انجام شده | **بررسی ثبت** |  |  |  |  |  |
| **انجام و ثبت غربالگری تغذیه در مراقبت مادر** | زبانه گزارش/ خلاصه پرونده الکترونیکی/ گزارش مراقبت های انجام شده | **بررسی ثبت** |  |  |  |  |  |
| **انجام مراقبت و شرح حال اولیه بارداری (پزشک)** | زبانه گزارش/ خلاصه پرونده الکترونیکی/ گزارش مراقبت های انجام شده | **بررسی ثبت** |  |  |  |  |  |
| **انجام ویزیت اول پزشک (شرح حال روانپزشکی)** | زبانه گزارش/ خلاصه پرونده الکترونیکی/ گزارش مراقبت های انجام شده | **بررسی ثبت** |  |  |  |  |  |
| **ثبت بیماری ها و ناهنجاری ها در زبانه ثبت وقایع (در صورت نیاز)** | زبانه گزارش/ خلاصه پرونده الکترونیکی / بخش بیماری ها | **بررسی ثبت** |  |  |  |  |  |
| **انجام و ثبت غربالگری سلامت روان** | زبانه گزارش/ خلاصه پرونده الکترونیکی/ گزارش مراقبت های انجام شد | **بررسی ثبت** |  |  |  |  |  |
| **انجام و ثبت غربالگری سوء مصرف مواد** | زبانه گزارش/ خلاصه پرونده الکترونیکی/ گزارش مراقبت های انجام شده | **بررسی ثبت** |  |  |  |  |  |
| **ثبت کامل هر مراقبت با توجه به بسته خدمت (هفته های بارداری)** | زبانه گزارش/ خلاصه پرونده الکترونیکی/ گزارش مراقبت های انجام شده | **بررسی ثبت** |  |  |  |  |  |
| **ثبت وزن مادر و تحلیل آن نسبت به وزن های قبلی** | * زبانه گزارش/ خلاصه پرونده الکترونیکی/ نمودار وزن گیری مادر * و در صورت وزن گیری نامناسب: زبانه گزارش/ خلاصه پرونده الکترونیکی/ فهرست ارجاعات و فهرست پیگیری ها | **بررسی ثبت** |  |  |  |  |  |
| **ثبت فشار خون مادر و تحلیل آن نسبت به میزان فشار خون های قبلی** | * زبانه گزارش/ خلاصه پرونده الکترونیکی/ بخش علائم حیاتی * و در صورت مشاهده فشار خون غیرطبیعی: زبانه گزارش/ خلاصه پرونده الکترونیکی/ فهرست ارجاعات و فهرست پیگیری ها | **بررسی ثبت** |  |  |  |  |  |
| **ثبت شرکت در کلاس های آمادگی برای زایمان** | زبانه گزارش/ خلاصه پرونده الکترونیکی/ گزارش مراقبت های انجام شده | **بررسی ثبت** |  |  |  |  |  |
| **تکمیل فرم های مراقبت های پس از زایمان** | زبانه گزارش/ خلاصه پرونده الکترونیکی/ گزارش مراقبت های انجام شده | **بررسی ثبت** |  |  |  |  |  |
| **ثبت آموزش های ارائه شده در بخش اقدام** | زبانه گزارش/ خلاصه پرونده الکترونیکی/ فهرست اقدام های انجام شده | **بررسی ثبت** |  |  |  |  |  |
| **ثبت نتیجه پسخوراند دریافتی در بخش اقدام** | زبانه گزارش/ خلاصه پرونده الکترونیکی/ فهرست اقدام های انجام شده | **بررسی ثبت** |  |  |  |  |  |
| **مهارت ارائه دهنده خدمت** | **استفاده از بسته خدمت (کتاب) و بکارگیری آن در موارد لزوم** |  | **مشاهده** |  |  |  |  |  |
| **مهارت در یافتن مسیر و ثبت الکترونیک فرم ها** |  | **مشاهده** |  |  |  |  |  |
| **مهارت اندازه گیری فشارخون** |  |  |  |  |  |  |  |
| **توانایی اخذ گزارش از موارد ثبت شده** |  | **مشاهده** |  |  |  |  |  |
| **اطلاع از تعداد و وضعیت مادران پر خطر و داشتن لیست اسامی** |  | **مشاهده** |  |  |  |  |  |
| **توجه به موارد خطر در زمان تکمیل فرم ها و ارائه توصیه مناسب به مادر** |  | **مشاهده** |  |  |  |  |  |
| **داشتن دانش کافی برای آموزش به مادر و ارائه راهکار** |  | **مشاهده** |  |  |  |  |  |
| **برقراری ارتباط صحیح با مادر** |  | **مشاهده** |  |  |  |  |  |
| **رضایت گیرنده خدمت** | **قابل قبول بودن زمان انتظار تا دریافت خدمت** |  | **مصاحبه** |  |  |  |  |  |
| **رعایت حریم خصوصی و امکان پاسخ دهی به سئوالات** |  | **مصاحبه** |  |  |  |  |  |
| **قابل قبول بودن نحوه برقراری ارتباط ارائه دهنده خدمت** |  | **مصاحبه** |  |  |  |  |  |
| **کفایت آموزش های ارائه شده** |  | **مصاحبه** |  |  |  |  |  |

**نام و امضاء کارشناس پایش کننده:**