**خانه بهداشت /پایگاه ..... کاردان ناظر / کارشناس ناظر بیماریها.........**

**سطح1 – جدول برنامه ریزی پایش و ارتقاء عملکرد بهورز در برنامه ایراپن**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **سال 95**  | **ارتقاء** | **پایش** | **درصدنمره** | **سوال** |
| اسفند | بهمن | دی | آذر | آبان | مهر | شهریور | مرداد | تیر | خرداد | اردیبهشت | فروردین |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1-آياوسایل و تجهیزات لازم برای اندازه گیری ها موجود و سالم است؟ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2- آیامنابع علمي و آموزشي وجود دارد؟ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 3- آیا فشارخون يك فرد را بدرستي اندازه گيري مي نمايد؟ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 4- آیا ميتواند نمايه توده بدنی را به درستی محاسبه و طبقه بندي نمايد؟ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 5- آیا نحوه استفاده از دستگاه سنجش گلوکز و کلسترول را می داند؟ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 6- آیا تمام جمعیت هدف ارزیابی خطر شده اند؟ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 7- آیا افراد به درستی ارزیابی خطر شده اند؟ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 8- آیا اقدامات اولیه متناسب با میزان خطر افراد ارزیابی شده، به درستی انجام شده است؟ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 9- آیا بيماران به درستی توسط بهورز مراقبت های بعدی را دریافت کرده اند؟ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 10- آیا پسخوراندهای تمامی بیماران ارجاع شده به پزشک را دریافت و ثبت کرده است؟ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 11- آیا نحوه ارزیابی میزان فعالیت بدنی رامیداند؟ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 12- آیا اقدامات لازم را متناسب با دستورالعمل ایراپن برای افراد با میزان فعالیت بدنی مختلف انجام داده است؟ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 13- آیا نحوه تعیین وابستگی به نیکوتین را می داند؟ |

**خانه بهداشت /پایگاه ..... کاردان ناظر / کارشناس ناظر بیماریها.........**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **سال 95**  | **ارتقاء** | **پایش** | **درصدنمره** | **سوال** |
| اسفند | بهمن | دی | آذر | آبان | مهر | شهریور | مرداد | تیر | خرداد | اردیبهشت | فروردین |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 14- آیااقدامات لازم را (متناسب بادستورالعمل) برای افراد بامصرف دخانیات انجام داده است؟ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 15- آیا تمامی نوزادان5-3 روزه به موقع نمونه گيري از پاشنه شده اند؟ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 16- آیانوزادان مشکوک فراخوان شده بر اساس دستورالعمل پیگیری شده اند؟ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 17- آيادرمان نوزادان بيمار را تا بهبودی نهايي پيگيرين موده و اقدامات لازم راانجام داده است؟ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 18- آیا زنان 30-70 سال تحت پوشش برای بررسی سرطان پستان به ماماارجاع شده اند؟ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 19- آیا از زنان 30- 59 سال تحت پوشش ارزیابی سرطان دهانه رحم بعمل آورده است؟ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 20- آیا موارد مورد نیاز را جهت تشخیص زودهنگام و غربالگری سرطان دهانه رحم به ماما ارجاع داده است؟ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 21- آیا پسخوراندهای تمامی بیماران ارجاع شده به ماما دریافت و ثبت شده است |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 22-آیامراقبتهای موردانتظارسرطانهای پستان ودهانه رحم به موقع و متناسب بادستورالعمل انجام شده اند؟ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 23- آیاازهمه افراد 50-70 سال تحت پوشش سوالات مربوط به تشخیص زودهنگام سرطان روده بزرگ راپرسیده است؟ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 24- آیاتمامی افرادیکه به سوالات پاسخ منفی داده اند،تست خون مخفی (IFOBT) شده اند؟ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 25- آیاانجام تست خون مخفی رابه درستی میداند؟ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 26- آیا افراد نیازمندارجاع مطابق دستورالعمل به پزشک ارجاع شده اند؟ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 27- آیاپسخوراندپزشک درموردافرادارجاع شده رادریافت وثبت کرده است؟ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 28- آیامراقبتهای موردانتظارسرطان روده بزرگ به موقع ومتناسب بادستورالعمل انجام شده اند؟ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 29- آيا نحوه كار با پيك فلومتر را به درستي مي داند؟ |

**خانه بهداشت /پایگاه ..... کاردان ناظر / کارشناس ناظر بیماریها.........**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **سال 95** | **ارتقاء** | **پایش** | **درصدنمره** | **سوال** |
| اسفند | بهمن | دی | آذر | آبان | مهر | شهریور | مرداد | تیر | خرداد | اردیبهشت | فروردین |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 28- آيا جمعيت هدف را غربالگري نموده است؟  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 29- آیا غربالگری را به درستی و مطابق دستورالعمل انجام داده است؟ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 30- آيا افراد مشكوك به آسم و بیماری مزمن ریوی به پزشك ارجاع شده اند؟ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 31- آیا پسخوراند پزشک در مورد افراد ارجاع شده را دریافت و ثبت کرده است؟ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 32- آیا مراقبت بیماران مطابق دستورالعمل انجام شده است؟ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 33- آیا به جمعيت تحت پوشش طبق تقويم آموزش همگاني در مورد برنامه های ایراپن آموزش مي دهد؟ |