|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **زارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی****مرکز مدیریت بیماریهای واگیر****چک لیست پایش برنامه بیماری مالاریا****مراکز بهداشتی درمانی** |
| **دانشگاه:........................ مرکز بهداشت شهرستان:............................ نام مرکز بهداشتی درمانی:....................................****جمعيت تحت پوشش ........................ تعداد موارد مالاریا سال قبل ............................ تعداد مواردمالاریا سال جاري ...................** **تاریخ بازدید: .................................. نام بازدید کننده: ............................نام بازدید شونده** |
| **موضوع** | **حداکثرامتیاز** | **امتیازات کسب شده**  | **ملاحظات**  |
| **آگاهی پزشک درخصوص درمان مالاریا کشوری** ویواکس0(3) فالسیپاروم(3)  | **6** |  |   |
| **آگاهی پزشك از بيماري مالاریاطبق دستورالعمل كشوري ( علایم مالاریا 4 امتياز ، راه انتقال4 امتياز ، وضعيت بيماري مالاریا در كشور و منطقه 4 امتياز ،**  | **12** |  |  |
| **ثبت و ارجاع 6 امتیاز و پیگیری موارد مالاریا 4 امتیاز** | **10** |  |  |
| **آگاهي کاردان /کارشناس مرکز بهداشتی درمانی از مالاریا طبق دستورالعمل كشوري راه انتقال مالاریا2 امتياز ، وضعيت بيماري در كشور و منطقه 2 امتياز ، علائم بالینی 2 امتياز ،**  | **12** |  |   |
| **نحوه صحیح لام گیری** | **10** |  |  |
| **مراقبت تشدید یافته مالاریا**  | **10** |  |  |
| **اطلاع ازآمار اتباع افاغنه و پاکستانی** | **10** |  |  |
| **از چه کسانی باید لام مالاریا تهیه شود** | **10** |  |  |
| **گزارش صفر از ازمایشگاهها ارسال می گردد** | **15** |  |  |
| **جمع كل امتيازات**  | **85** |  |  |