

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

معاونت بهداشتی دانشگاه

چک لیست پایش برنامه ایمن سازی و زنجیره سرما

				دانشگاه	تاریخ: ...../...../.....
				نام مرکز	شهرستان: .....
					نوع واحد:
				خانه بهداشت: .....	مرکز بهداشتی شهری: .....
				تیم سیار: .....	زایشگاه: .....
				مطب خصوصی: .....	پایگاه بهداشتی: .....
				سایر با ذکر	
				<b>الف: ساختار و تجهیزات موجود برای تزریقات ایمن:</b>	
				موضوع*	ردیف
			بلی		
			خیر		
			امتیاز مطلوب		
			امتیاز کسب شده		
			توضیحات* پاسخ سوالات در این قسمت ثبت گردد.		
				<b>الف: ساختار و تجهیزات موجود برای تزریقات ایمن:</b>	
		۱		آیا از سرنگ AD جهت واکسیناسیون استفاده می کند؟	۱
		۱		آیا از سرنگ یا سر سوزن در موارد ایمن سازی یا درمانی مجدد استفاده می شود؟	۲
		۱		آیا Safety Box استفاده می شود؟	۳
		۱		تعداد سرنگ موجود در مرکز بر حسب نوع؟	۴
		۱		تعداد سرنگ موجود در مرکز بر ای باز سازی بر حسب نوع؟	۵
		۱		آیا پنبه الکل استفاده شده و کثیف، یا خونی و .... در محل و روی میز واکسیناسیون وجود دارد؟	۶
		۱		آیا Safety Box پر شده باز یا سوراخ شده در محل واکسیناسیون وجود دارد؟	۷
		۱		آیا Safety Box پر شده در انتظار دفع یا سوزاندن به خوبی نگهداری می شود؟ (حتی اگر یکی از آنها به درستی نشده پاسخ خیر است)	۸
		۱		تعداد Safety Box های پر شده و در انتظار دفع یا سوزاندن چند عدد است؟	۹
		۱		آیا ضایعات تزریق به صورت جمع آوری در جعبه یا بطری پلاستیکی / شیشه ای که به هر صورت ممکن است مردم را دچار صدمات ناشی از نیش سوزن نماید وجود دارد؟	۱۰

ردیف	موضوع*	بلی	خیر	امتیاز مطلوب	امتیاز کسب شده	توضیحات* پاسخ سوالات در این قسمت ثبت گردد.
۱۱	روش دفع ضایعات؟ ۱- سوزاندن روی زمین ۲- سوزاندن در زباله سوز ۳- دفع بهداشتی ۴- سوزاندن در گودال سر باز ۵- حمل به خارج از مرکز برای دفع ضایعات ۶- سایر			۱		
۱۲	آیا علائمی از وجود ضایعات زیان آور مثل سرنگ یا سر سوزن در اطراف مرکز واکسیناسیون یا محل دفع ضایعات مشاهده می شود؟			۱		
<b>ب- مشاهده در حال تزریق</b>						
۱	آیا محل خاصی برای واکسیناسیون در نظر گرفته شده است؟			۱		
۲	آیا یک میز خاص برای آماده سازی واکسن برای تزریق وجود دارد؟			۱		
۳	آیا تزریق با سرنگ و سر سوزن یک بار مصرف انجام می شود؟			۱		
۴	آیا برای تزریق از سرنگ و سر سوزن در یک بسته بندی استریل واحد استفاده می شود؟			۱		
۵	برای تزریق واکسن یک سرنگ و سر سوزن جدید استفاده می شود؟			۱		
۶	برای واکسن باز سازی شده، آیا حجم درستی از حلال استفاده شد و حلال و واکسن از یک کارخانه بودند؟			۱		
۷	آیا واکسن در حرارت ۸-۲ درجه سانتیگراد نگهداری شده بود؟			۱		
۸	آیا پوست ناحیه تزریق قبل از تزریق تمیز شده بود؟			۱		
۹	آیا ویال واکسن باز سازی شده بیش از ۶ ساعت نگهداری شده است؟ (BCG, MMR)			۱		
۱۰	آیا سر پوش گذاری با دو دست قبل از واکسیناسیون انجام می شود؟			۱		
۱۱	آیا سر پوش گذاری با دو دست بعد از واکسیناسیون انجام می شود؟			۱		
۱۲	آیا سرنگ و سر سوزن مصرفی بلا فاصله بعد از استفاده در Safety Box انداخته شد؟			۱		
۱۳	آیا ویال واکسن ثلاث، توام، هپاتیت ب قبل از کشیدن در سرنگ تکان داده می شود؟			۱		
۱۴	آیا سرنگها از قبل پر شده با واکسن برای استفاده در صورت مراجعه افراد در مرکز مورد بازدید وجود داشت؟			۱		
زنجیره سرما						
۱	آیا جدول ثبت دمای روزانه ی یخچال وجود دارد؟			۱		
۲	آیا موارد دیگری به جز واکسن در یخچال وجود دارد؟			۱		

ردیف	موضوع*	بلی	خیر	امتیاز مطلوب	امتیاز کسب شده	توضیحات* پاسخ سوالات در این قسمت ثبت گردد.
۳	آیا واکسن های داخل یخچال به نحو صحیحی در طبقات نگهداری شده اند ؟			۱		
	<b>ج- گزارش در دسترس بودن تجهیزات و وسایل لازم</b>					
۱	آیا مردم برای واکسیناسیون خودشان سرنگ و سر سوزن تهیه می کنند ؟			۱		
۲	در صورت پاسخ بلی ، آیا می توان سرنگ جدید را از محلی که زندگی می کنند خریداری کنند؟			۱		
۳	واکسیناتور ها چند مورد نیش سوزن طی سال گذشته داشته است ؟ تعداد			۱		
۴	آیا از اینکه دستورالعملی در زمینه تزریقات ایمن توسط مرکز مدیریت بیماری ها تهیه شده اطلاع دارند ؟			۱		
۵	آیا نسخه ای از دستورالعمل یا توصیه های لازم در زمینه تزریقات ایمن در مرکز وجود دارد ؟			۱		
۶	آیا نسخه ای از ساختار دفع بهداشتی ضایعات وجود دارد ؟			۱		
۷	در طول سال گذشته چه مدت سرنگ یکبار مصرف نداشته اند ؟			۱		
۸	در طول سال گذشته چه مدت Safety Box نداشته اند ؟			۱		
۹	آیا تعداد سرنگ و سر سوزن و نوع آن با واکسن تحویلی مطابقت دارد ؟			۱		
۱۰	آیا Safety Box ارسالی با سرنگ و سر سوزن مطابقت دارد ؟			۱		
	سوالات تکمیلی					
۱	آیا فرم درخواست واکسن ، فرم ۱۰۵ ایمنسازی به تعداد کافی حداقل ۲ ماه در واحد موجود است ؟			۱		
۲	آیا برآورد میزان واکسن مورد نیاز و فرم درخواست واکسن توسط مسئول ایمن سازی مرکز طبق			۱		
۳	آیا دفتر ایمن سازی مطابق دستورالعمل تکمیل شده است ؟			۱		
۴	آیا تاریخ مراجعه بعدی در دفتر واکسیناسیون با مداد ثبت شده است ؟			۱		
۵	آیا مهمان ها و افراد غیر ایرانی در دفتر واکسیناسیون مطابق دستورالعمل ثبت شده است ؟			۱		
۶	آیا شماره ردیف دفتر واکسیناسیون در کارت واکسیناسیون گیرنده خدمت ثبت شده است ؟			۱		
۷	آیا موارد تاخیر واکسیناسیون در دفتر پیگیری ثبت و نتیجه پیگیری نوشته شده است ؟			۱		
۸	آیا اطلاعات درباره دز واکسن ها، محل تلقیح واکسن کافی است ؟			۱		
۹	آیا واکسیناتور می داند چه موقع باید shake test را انجام دهند و آیا می توانند آن را به درستی انجام دهند ؟			۱		

ردیف	موضوع*	بلی	خیر	امتیاز مطلوب	امتیاز کسب شده	توضیحات* پاسخ سوالات در این قسمت ثبت گردد.
۱۰	آیا قبل از تلقیح واکسن و خصوصا ثلاث درباره داشتن تب و یا سابقه تشنج کودک ، از والدین کودک سوال می شود؟			۱		
۱۱	آیا فرم تبدیل ماه های میلادی به شمسی روی یخچال نصب گردیده است ؟			۱		
۱۲	آیا کارت واکسیناسیون گیرندگان خدمت مطابق دستورالعمل تکمیل می شود( حداقل دو کارت بررسی شود)			۱		
۱۳	آیا در فرم ۱۰۵ واکسن های مختلف با هم همخوانی دارد و اگر نه علت توضیح داده شده است ؟			۱		
۱۴	آیا جدول ارزشیابی پوشش واکسیناسیون به درستی تکمیل شده و در محل کار نصب شده است ؟			۱		
۱۵	آیا دفتر دارویی ثبت واکسن بدرستی تکمیل شده است ؟			۱		
۱۶	آیا بین دفتر دارویی ثبت واکسن و فرم درخواست واکسن و فرم ۱۰۵ همخوانی وجود دارد ؟			۱		
۱۷	آیا تراکت اطلاع رسانی ۲۰-۳۰ دقیقه تاخیر پس از واکسیناسیون در محل مناسب نصب شده و پس از واکسیناسیون به والدین تاکید می گردد؟			۱		
۱۸	آیا محل استقرار یخچال مناسب است (دور از تماس مستقیم آفتاب و منبع حرارتی، کوران هوا فاصله ۱۰ سانتی متر از دیوار) و برفک جایخی کمتر از ۵/۰ سانتی متر می باشد و دو شاخه فیکس می باشد ؟			۱		
۱۹	آیا آیس بگ به تعداد مناسب (۸-۱۲ عدد) در جا یخی موجود بوده و بصورت عمودی و با فاصله ۱ سانتی متر چیده شده است و تعداد کافی بطری آب و نمک (حد اقل ۴ بطری ) در یخچال موجود است ؟			۱		
۲۰	آیا چیدمان واکسن ها در یخچال طبق دستورالعمل بوده و از نظر فاصله زمانی ترتیب چیدمان مناسب است ؟			۱		
۲۱	آیا در یخچال واکسن ،مواد غیر واکسن (هر نوع ماده دیگر غذایی و دارویی ) نگهداری می شود؟ در صورت خیر امتیاز داده شود؟			۱		
۲۲	آیا از نحوه آماده سازی واکسن کریر آگاهی داشته و در زمان تلقیح واکسن از یخدان یونولیتی یا واکسن کریر با ترمومتر معمولی استفاده می نماید؟			۱		
۲۳	آیا واکسیناتور نحوه تشخیص واکسن های خراب شده را می داند؟(روش استفاده از شاخص VVM)			۱		

ردیف	موضوع*	بلی	خیر	امتیاز مطلوب	امتیاز کسب شده	توضیحات* پاسخ سوالات در این قسمت ثبت گردد.
۲۴	آیا در صورت مراجعه بموقع و یا عدم مراجعه در وقت مقرر نحوه ادامه واکسیناسیون را طبق جدول ایمنسازی میداند؟			۱		
۲۵	آیا از عوارض جانبی واکسن ها آگاهی داشته و پس از واکسیناسیون آموزش لازم را به والدین ارائه می نماید؟ (حد اقل ۲ مورد)			۱		
۲۶	آیا در جلسات آموزشی واکسیناسیون شرکت نموده اند؟			۱		
۲۷	آیا پوشش واکسن مناسب است؟ (برای ثلاث ۳- پولیو ۳- هیپاتیت ۳- و ۲-۱ MMR محاسبه شود.)			۱		
۲۸	نحوه تهیه پنبه الکل مصرفی روزانه مناسب است؟			۱		
۲۹	آیا مراجعه کننده از اهمیت ایمنسازی آگاهی داشته و مراقبتهای بعد از ایمنسازی را میداند؟			۱		
۳۰	آیا مراجعه کننده از نحوه ارائه خدمت رضایت داشته و تاریخ مراجعه بعدی را جهت واکسیناسیون میداند؟			۱		
	جمع امتیاز			۳۰		

**پیشنهادات :**

نام و نام خانوادگی بازدید شونده :

نام و نام خانوادگی بازدید کننده:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

معاونت بهداشتی دانشگاه

چک لیست پایش برنامه ایمن سازی و زنجیره سرما

مرکز بهداشت شهرستان :

تاریخ بازدید :

تاریخ آخرین بازدید انجام شده:

ردیف	موضوع	امتیاز مطلوب	امتیاز کسب شده	مورد ندارد	توضیحات
۱	برنامه عملیاتی در ابتدای سال به درستی پیش بینی و فعالیت ها مطابق برنامه عملیاتی پیشرفت داشته است ؟	۱			
۲	برنامه پایش و بازدید از واحدها موجود و مطابق برنامه پایش انجام شده است ؟	۱			
۳	گزارشات منظم بازدید و نظارت موجود می باشد ؟	۱			
۴	در صورت مشاهده موارد نقص در هنگام پایش ، بازدید پیگیری انجام و گزارش آن موجود می باشد ؟	۱			
۵	آمار در پورتال وزارت متبوع به موقع ثبت شده است ؟	۱			
۶	آیا دستورالعمل های واکسیناسیون و مکاتبات در واحد موجود و بایگانی شده است ؟	۱			
۷	آیا راهنمای ایمن سازی، عوارض ناخواسته ایمن سازی، تزریقات ایمن و زنجیره سرما موجود است ؟	۱			
۸	فرم ۱۰۵ ایمن سازی (آمار ماهیانه واکسن ) ارسالی از مراکز بایگانی شده است ؟	۱			
۹	آیا جدول ارزشیابی پوشش واکسیناسیون به تفکیک مراکز بهداشتی درمانی به درستی تکمیل شده و در محل کار نصب شده است ؟	۱			
۱۰	آیا پوشش واکسن مناسب است ؟ (برای ثلاث ۳- پوليو ۳- هپاتیت ۳- و ۲-۱ MMR محاسبه شود.)	۱			
۱۱	آیا میزان پرت واکسن محاسبه می شود؟	۱			
۱۲	آیا برآورد میزان واکسن مورد نیاز و فرم درخواست واکسن توسط مسئول ایمن سازی مرکز طبق دستورالعمل انجام شده است ؟	۱			
۱۳	مقدار واکسن مصرفی و موجودی تا این ماه ثبت شده است و با دپوی واکسن مطابقت دارد ؟	۱			
۱۴	فرم های تحویل واکسن به مراکز با امضاء تحویل دهنده و تحویل گیرنده و فرم های درخواست واکسن موجود می	۱			
۱۵	آیا بین فرم درخواست واکسن و فرم ۱۰۵ همخوانی وجود دارد ؟	۱			
۱۶	آیا ثبت درجه حرارت یخچال (سردخانه) زنجیره سرما با ترمومتر ماکزیمم و مینییمم یخچال (سردخانه) صحیح بوده و دمای یخچال بین ۲-۸ درجه می باشد؟	۱			
۱۷	نمودار ترموگراف اتاق زنجیره سرما بایگانی شده است ؟	۱			

			۱	آیا محل استقرار یخچال زنجیره سرما مناسب است (دور از تماس مستقیم آفتاب و منبع حرارتی، کوران هوا فاصله ۱۰ سانتی متر از دیوار) و برفک جایشی کمتر از ۰/۵ سانتی متر می باشد؟	۱۸
			۱	آیا آیس بگ به تعداد مناسب (۸-۱۲ عدد) در جایخی موجود بوده و بصورت عمودی و با فاصله ۱ سانتی متر چیده شده است و تعداد کافی بطری آب و نمک (حد اقل ۴ بطری) در یخچال موجود است؟	۱۹
			۱	آیا چیدمان واکسن ها در یخچال طبق دستورالعمل بوده و از نظر فاصله زمانی ترتیب چیدمان مناسب است؟	۲۰
			۱	آیا در یخچال واکسن، مواد غیر واکسن (هر نوع ماده دیگر غذایی و دارویی) نگهداری می شود؟ در صورت خیر امتیاز داده شود؟	۲۱
			۱	آیا مسئول زنجیره سرما نحوه تشخیص واکسن های خراب شده را می داند؟	۲۲
			۱	آیا آلارم زنجیره سرما سالم است؟	۲۳
			۱	آیا سردخانه یا یخچال زنجیره سرما مجهز به ژنراتور برق اتومات می باشد؟	۲۴
			۱	آیا در خصوص واکسیناسیون و اهمیت آن آموزش های لازم به واکسیناتور ها داده شده است؟ (مستندات جلسه آموزشی بررسی شود).	۲۵
			۲۵	جمع امتیاز	

پیشنهادات :

نام و نام خانوادگی بازدید کننده :

نام و نام خانوادگی بازدید کننده :