|  |
| --- |
| **دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی**  **عنوان چک لیست: چک لیست پایش برنامه حذف مالاریا(خانه بهداشت)**  **تاريخ بازدید: مکان پایش:......................** |

**جدول اطلاعات کلی:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **در صورت لزوم تهیه اطلاعات پیش نیاز پایش مانند وضعیت آماری موجود، در این قسمت اطلاعات مورد نظر، ثبت گردد.**   |  | | --- | | **مرکز بهداشت شهرستان:.................. نام مرکز بهداشتی درمانی:............... نامئ پایگاه بهداشتی** | | **جمعيت تحت پوشش ........................ تعداد موارد مالاریا سال قبل ............................ تعداد مواردمالاریا سال جاري ...................** | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | | **فعاليت های مورد بررسی** | **امتیاز استاندارد** | **امتياز کسب شده** |
| **1** | **آیا بهورز درخصوص درمان کشوری مالاریا آشنا است ؟** | **10** |  | |
| **راهنما و معیارهای سنجش: درمان مالاریای ویواکس** | | | | |
| **2** | **آیا دستورالعمل های مالاریا درخانه بهداشت موجود است؟** | **5** |  | |
| **راهنما و معیارهای سنجش: مشاهده**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **3** | **آيا بهورز از بيماري مالاریاطبق دستورالعمل كشوري آگاهی دارد است؟** | **15** |  | | **راهنما و معیارهای سنجش: ( علایم مالاریا در انسان 5 امتياز ، راه انتقال5 امتياز ، وضعيت بيماري مالاریا در كشور و منطقه 5 امتياز ،** | | | | | | | | |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **4** | **آيا نحوه صحیح لام گیری را می داند؟** | **10** |  | | |  | | --- | | **راهنما و معیارهای سنجش: تهیه گسترش ضخیم(5) تهیه گسترش نازک(5)** | | | | | | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **5** | **در صورت گزارش و مشاهده موارد تب و بثورات چه اقداماتي صورت مي گيرد؟** |  |  | | | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **راهنما و معیارهای سنجش:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **6** | **آيا مسير تهيه نمونه تب و بثورات ماکولوپاپولر و نگهداري ، ارسال به آزمايشگاه با در نظر گرفتن شاخصهاي مربوطه مشخص و معلوم است؟** |  |  | | **راهنما و معیارهای سنجش: (1-بيماريابي موارد جديد 2- بررسي سابقه واكسيناسيون مورد و اطرافيان 3- گزارش و ارجاع 4 – پيگيري)**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **7** | **در صورت بیماریابی فرم ليست خطي و فرم بررسي اپيدميولوژيك براي هر مورد مشكوك تكميل شده است؟** |  |  | | **راهنما و معیارهای سنجش: مشاهده**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **8** | **آيا فرم هاي گزارش صفر ماهانه تكميل مي شود؟** |  |  | | **راهنما و معیارهای سنجش: مشاهده** | | | | | **9** | **در صورت بیماریابی آيا جواب آزمايش موارد مشكوك به اطلاع بيمار رسانده شده است؟** |  |  | | **راهنما و معیارهای سنجش: مشاهده** | | | | | **10** | **آیا ناهجاری های مادرزادی زیر یکسال پیگیری می شود؟** |  |  | | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **11** | **جمعيت حاشيه نشين\_ پرخطر و افغاني در منطقه شناسايي شده است؟** |  |  | | **راهنما و معیارهای سنجش: مشاهده لیست** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |