|  |
| --- |
| **دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی**  **عنوان چک لیست: چک لیست پایش برنامه حذف بیماری 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.**   |  | | --- | | **جمعيت تحت پوشش ........................ تعداد موارد مالاریا سال قبل ........................... تعداد مواردمالاریا سال جاري ...................** | | **تاریخ بازدید: .................................. نام بازدید کننده: ............................ نام بازدید شونده**  **تعداد آزمایشگاه درمنطقه :** | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | | **فعاليت های مورد بررسی** | **امتیاز استاندارد** | **امتياز کسب شده** |
| **1** | **آیا بهورز درخصوص درمان کشوری بیماری مالاریا كاملا” آشنا است ؟** | **10** |  | |
| **راهنما و معیارهای سنجش: درمان بیماری ویواکس**(4) | | | | |
| **2** | **آيا بهورز از بيماري مالاریاطبق دستورالعمل كشوري آگاهی دارد ؟** | **15** |  | |
| **راهنما و معیارهای سنجش: علایم مالاریا در انسان 5 امتياز ، راه انتقال5 امتياز ، وضعيت بيماري مالاریا در كشور و منطقه 5 امتياز ،** | | | | |
| **3** | **آيا بهورز نحوه صحیح لام گیری می داند ؟** | **10** |  | |
| **راهنما و معیارهای سنجش: نحوه تهیه گسترش نازک(5) نحوه تهیه گسترش ضخیم(5) نحوه ارسال لام ها(5)** | | | | |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **4** | **آيا مراقبت تشدید یافته در مرکز انجام میشود ؟** | **10** |  | | **راهنما و معیارهای سنجش: بررسی مستندات تعداد افاغنه که در کمتر از 2 سال به منطقه تردد داشته اند** | | | | | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **5** | **آیا بهورز می داند از چه کسانی باید لام مالاریا تهیه شود؟** | **10** |  | | **راهنما و معیارهای سنجش: مشاهده** | | | | | | | | | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **6** | **آيا بهورز از آمار اتباع خارجی(افاغنه و پاکستانی ) اطلاع دارد؟** | **10** |  | | **راهنما و معیارهای سنجش:بررسی مستندات** | | | | | | | | | | | | |