

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی رفسنجان

دانشکده بهداشت

گروه خدمات بهداشتی و ارتقای سلامت

دفترچه ارزیابی عملکرد دانشجویان (Log Book)

نام و نام خانوادگی دانشجو:

خانه بهداشت / مرکز بهداشتی درمانی:

تاریخ شروع دوره:

تاریخ اتمام دوره:

فرم شماره ۱: ارزیابی شیوه ارائه خدمت برنامه کودک بیمار

شماره پرونده:

ردیف	سوال مشاهده	پاسخ	توضیح موارد نامطلوب	نمره
۱	آیا کارآموز با مراجعه کننده ارتباط مناسب برقرار می کند؟	بله خیر	ارتباط کلامی <input type="checkbox"/> ارتباط غیر کلامی <input type="checkbox"/>	۱
۲	آیا برای کودک بیمار فرم مانا را در سامانه تکمیل می نماید؟	بله خیر		۱
۳	آیا ارزیابی و معاینه کودک بیمار زیر ۲ ماه را بطور صحیح انجام می دهد؟	بله خیر	نشانه های خطر <input type="checkbox"/> زردی <input type="checkbox"/> عفونتهای موضعی <input type="checkbox"/> اسهال <input type="checkbox"/> وزن <input type="checkbox"/> تغذیه <input type="checkbox"/> واکسیناسیون <input type="checkbox"/> مکملهای دارویی <input type="checkbox"/> سایر موارد <input type="checkbox"/>	۱
۴	آیا ارزیابی و معاینه کودک بیمار بالای ۲ ماه را بطور صحیح انجام می دهد؟	بله خیر	بدون بوکت چارت <input type="checkbox"/>	۱
۵	آیا با استفاده از بوکت چارت مانا و با توجه به ارزیابی و یا با استفاده از نتایج سامانه سیب طبقه بندی صحیح را انجام می دهد؟	بله خیر	توصیه های درمانی <input type="checkbox"/> توصیه های تغذیه <input type="checkbox"/>	۱
۶	آیا براین اساس و با توجه به سن کودک توصیه های لازم را ارائه می نماید؟	بله خیر	توصیه ها و آموزش ها <input type="checkbox"/> ارجاع <input type="checkbox"/>	۱
۷	آیا زمان پیگیری را به مادر یاد آوری می کند؟	بله خیر		۱
۸	آیا از اطلاعات داده شده پسخوراند می گیرد؟	بله خیر	زیر دو ماه <input type="checkbox"/> دوماه تا ۵ ساله <input type="checkbox"/>	۱
۹	آیا نتیجه ی مراقبت کودک بیمار را در سامانه سیب، قسمت کودک بیمار ثبت می نماید؟	بله خیر		۱
جمع امتیاز				

فرم شماره ۲: فرم ارزیابی مراقبت کودک سالم

شماره پرونده

ردیف	سوال مشاهده	پاسخ	توضیح موارد نامطلوب	نمره
۱	آیا کارآموز با مراجعه کننده ارتباط مناسب برقرار می کند؟	بله خیر	ارتباط کلامی <input type="checkbox"/> ارتباط غیر کلامی <input type="checkbox"/>	۱
۲	آیا برای کودک پرونده تشکیل و اطلاعات فرم کودک سالم را در سامانه تکمیل می کند؟	بله خیر		
۳	آیا ارزیابی و معاینه کودک سالم را بطور صحیح انجام می دهد؟	بله خیر	حال عمومی <input type="checkbox"/> نشانه های خطر <input type="checkbox"/> زردی <input type="checkbox"/> اندازه گیری وزن <input type="checkbox"/> اندازه گیری قد <input type="checkbox"/> اندازه گیری دور سر <input type="checkbox"/> تغذیه <input type="checkbox"/> بینایی <input type="checkbox"/> تکامل <input type="checkbox"/> دهان و دندان <input type="checkbox"/> واکسیناسیون <input type="checkbox"/> مکملها <input type="checkbox"/> ملاح <input type="checkbox"/>	۱
۴	آیا منحنی رشد را در پرونده و کارت رشد کودک و اطلاعات لازم را در سامانه سیب بطور صحیح رسم می کند؟	بله خیر	منحنی وزن <input type="checkbox"/> منحنی قد <input type="checkbox"/> منحنی دور سر <input type="checkbox"/>	۱
۵	آیا منحنی رشد را برای مادر تفسیر می نماید؟	بله خیر	منحنی وزن <input type="checkbox"/> منحنی قد <input type="checkbox"/> منحنی دور سر <input type="checkbox"/>	۱
۶	آیا با استفاده از بوکلت چارت کودک سالم و با توجه به ارزیابی سامانه سیب طبقه بندی صحیح را انجام می دهد؟	بله خیر	بدون بوکلت چارت <input type="checkbox"/>	۱
۷	آیا با توجه به طبقه بندی سن کودک توصیه های لازم را ارائه می نماید؟	بله خیر	تغذیه <input type="checkbox"/> سوانح و حوادث <input type="checkbox"/> رابطه متقابل کودک و والدین <input type="checkbox"/> دهان و دندان <input type="checkbox"/>	۱
۸	آیا در صورت نیاز، کودک را ارجاع فوری یا غیر فوری می دهد؟	بله خیر	ارجاع فوری <input type="checkbox"/> ارجاع غیر فوری <input type="checkbox"/>	۱
۹	آیا آموزشهای لازم را به مادر می دهد؟	بله خیر	تغذیه <input type="checkbox"/> واکسیناسیون <input type="checkbox"/> مکملها <input type="checkbox"/>	۱
۱۰	آیا زمان پیگیری یا مراجعه مجدد را به مادر یاد آوری می نماید؟	بله خیر	یادآوری مراجعه بعدی و پیگیری <input type="checkbox"/>	۱
۱۱	آیا از اطلاعات داده شده پسخوراند می گیرد؟	بله خیر		۱
۱۲	آیا نتیجه مراقبت کودک سالم را در سامانه سیب، قسمت مربوطه ثبت می نماید؟	بله خیر		۱
جمع نمرات این بخش.....				

زمان خدمات		امتیاز حیطة	موارد نیازمند مداخله و پیگیری	کد پاسخ	سوال پایش کد پاسخ: ۱=بلی + =خیر - =مورد ندارد	حیطة
شروع	پایان				۱- آیا در مورد نوع خدمت و چرایی و چگونگی آن به مراجعه کننده توضیح داده شد؟	خدمات شیوه زندگی
					۲- آیا ارائه دهنده خدمت اندازه گیری، محاسبه، نتیجه گیری و ثبت شاخص های تن سنجی مراجعه کننده را به درستی انجام داد؟	
۳- آیا ارائه دهنده خدمت وضعیت تغذیه مراجعه کننده را به درستی و به طور کامل بررسی نمود؟						
۴- آیا نتیجه بررسی و آموزش و مشاوره لازم در خصوص تن سنجی و تغذیه به درستی به مراجعه کننده ارائه شد؟						
۵- آیا ارائه دهنده خدمت وضعیت فعالیت بدنی مراجعه کننده را از نظر دفعات، شدت و مدت به درستی بررسی و نتیجه گیری نمود؟						
۶- آیا نتیجه بررسی و آموزش و مشاوره مربوط به ورزش و فعالیت بدنی به درستی به مراجعه کننده ارائه شد؟						
۷- آیا ارائه دهنده خدمت در مورد استعمال دخانیات توسط مراجعه کننده سوال کرد؟						
۸- آیا در صورت لزوم آموزش و مشاوره مربوط به استعمال دخانیات به مراجعه کننده ارائه شد؟						
۹- آیا وضعیت ایمن سازی و مواجهات دارویی و شغلی مراجعه کننده به طور کامل و به درستی بررسی شد؟						
۱۰- آیا زبان و کلام و طرز برخورد ارائه دهنده خدمت مناسب بود؟ و از آموزش ها بازخورد گرفته شد؟						
زمان خدمت (دقیقه)					۱۱- آیا ارائه دهنده خدمت نتایج بررسی ها را به درستی در سامانه ثبت نمود؟	
جمع امتیاز مشاهده خدمت						

فرم شماره ۴: فرم ارزیابی ثبت خدمت برنامه میانسالان

شماره پرونده

موارد نقص	کد پاسخ پرونده ۲	کد پاسخ پرونده ۱	<p>موارد پایش ثبت: آیا اطلاعات مندرج در هر یک از فرم های ثبت خدمت از نظر انجام ثبت، محل آن و مرتبط بودن اطلاعات هر یک از موارد کامل است؟</p> <p>کد پاسخ: کد صفر = نامطلوب یا ثبت ناقص کد ۱ = موارد مطلوب یا ثبت کامل و صحیح علامت = - = مورد ندارد</p>	نوع فرم
				فرم ارزیابی دوره ای سبب
			مشخصات فردی	
			تن سنجی	
			تغذیه	
			فعالیت جسمانی	
			استعمال دخانیات	
			سوابق ایمن سازی و مواجهات شغلی و دارویی	
			تشخیص و طبقه بندی (مطابق بوکلت)	
			اقدامات	
			ارجاعات	
			تاریخ و علت پیگیری بعدی	
			ثبت نام ارائه دهنده خدمت	
			جمع نمرات این بخش	

فرم شماره ۵: فرم ارزیابی ثبت خدمت برنامه میانسالان

شماره پرونده

نوع فرم	موارد پایش ثبت: آیا اطلاعات مندرج در هر یک از فرم های ثبت خدمت از نظر انجام ثبت، محل آن و مرتبط بودن اطلاعات هر یک از موارد کامل است؟ کد پاسخ: کد صفر = نامطلوب یا ثبت ناقص کد ۱ = موارد مطلوب یا ثبت کامل و صحیح علامت - = مورد ندارد	کد پاسخ پرونده ۱	کد پاسخ پرونده ۲	موارد نقص
فرم مراقبت زنان	مشخصات فردی			
	تاریخ پیگیری بعدی			
	ارجاع			
	ارائه آموزش (خودآزمایی و شیوه زندگی)			
فرم خلاصه مراجعات و پیگیری	تاریخ و علت مراجعه			
	نتیجه بررسی و اقدامات انجام شده			
	ارجاعات و مراجعات بعدی			
پیگیری	خدمات سبا			
	خدمات غربالگری سرطان های شایع زنان			
جمع نمرات این بخش.....				

فرم شماره ۶: شیوه ارائه خدمت برنامه واکسیناسیون

شماره پرونده

ردیف	سوال بررسی	پاسخ	توضیح موارد نامطلوب	نمره
۱	لیست کودکان نیازمند به واکسن را در ماه جاری تهیه نموده است؟ یا از سامانه دریافت نموده است؟	بله خیر		۱
۲	جدول واکسیناسون فرم مراقبت کودک سالم را در سامانه ثبت نموده است؟	بله خیر		۱
۳	کارت واکسن کودک را ثبت نموده است؟	بله خیر	تاریخ واکسن O تاریخ مراجعه بعدی O درج مهر O امضاء و اکسیناتور O	۱
۴	واکسیناسیون توام زنان باردار را بررسی، انجام و ثبت نموده است؟	بله خیر	دفتر زنان باردار O پرونده خانوار O کارت واکسن O	۱
۵	واکسیناسیون توام بزرگسالان را در صورت نیاز انجام داده و ثبت نموده است؟	بله خیر	دفتر توام بزرگسالان O پرونده خانوار O کارت واکسن O	۱
۶	فرم آماری ایمن سازی (فرم ۱۰۵) را صحیح ثبت نموده است؟	بله خیر		۱
۷	نحوه برآورد واکسن های مورد نیاز را بررسی نموده و آشنایی دارد؟	بله خیر		۱
۸	فرمهای گزارش دهی عوارض واکسیناسیون را صحیح ثبت نموده است؟	بله خیر	فرم شماره ۱: لیست خطی موارد عوارض ناشی از واکسیناسیون O فرم گزارش ماهانه موارد بیماری های قابل پیشگیری با واکسن O همکاری در تکمیل فرم های شماره ۲ و ۳ پیامد ایمن سازی O	۱
۹	شماره سریال، تاریخ تحویل و انقضاء، واکسن های دریافتی را در دفتر تحویل واکسن نموده است؟	بله خیر	تاریخ تحویل O شماره سریال O تاریخ انقضاء O سایر O	۱
۱۰	آیا به درستی و با اصول صحیح واکسیناسیون را انجام داد؟	بله خیر		۱
۱۱	آیا قبل از انجام واکسیناسیون شرح حال و آموزش های لازم را ارائه داد؟	بله خیر		۱
۱۲	آیا از آموزش ها بازخورد گرفت؟ و تاریخ مراجعه بعدی را عنوان نمود؟	بله خیر		۱
جمع				

فرم شماره ۷: شیوه ارائه خدمت برنامه مراقبت بیماران غیرواگیر (فشارخون - دیابتی و ...)

شماره پرونده

ردیف	سوال مشاهده	پاسخ	توضیح موارد نامطلوب	نمره
۱	با مراجعه کننده ارتباط مناسب برقرار می نماید؟	بله خیر	سلام و احوال پرسشی O تعارف به نشستن O اجازه صحبت کردن O	۰ ۱
۲	از بیمار شرح حال کامل می گیرد؟	بله خیر		۰ ۱
۳	در صورت نیاز بیمار را به طور کامل بر اساس نوع بیماری معاینه می نماید؟	بله خیر		۰ ۱
۴	در صورت نیاز فشار خون بیمار را به طور صحیح اندازه گیری می نماید؟	بله خیر		۰ ۱
۵	عوارض بیماری را به طور کامل برای بیمار توضیح میدهد؟	بله خیر		۰ ۱
۶	در زمینه بیماری مورد نظر به طور کامل به بیمار و اطرافیان آموزش میدهد؟	بله خیر	راه های پیشگیری و کنترل بیماری O عوارض دارویی O.....	۰ ۱
۷	در مورد تغذیه به طور کامل به بیمار و اطرافیان آموزش میدهد؟	بله خیر		۰ ۱
۸	بیمار را بر اساس دستور عمل به پزشک ارجاع (فوری یا غیر فوری) می دهد؟	بله خیر		۰ ۱
۹	زوج های ناقل یا مشکوک نهایی تالاسمی را تحت مراقبت ویژه تنظیم خانواده قرار داده است؟	بله خیر		۰ ۱
۱۰	زوج های ناقل یا مشکوک نهایی تالاسمی از نظر انجام به موقع آزمایشات ژنتیک پیگیری شده اند؟	بله خیر		۰ ۱
۱۱	نمونه گیری هیپوتیروئیدی را به نحو صحیح انجام میدهد؟	بله خیر		۰ ۱
۱۲	زمان پیگیری با مراجعه مجدد را به بیمار یادآوری می کند؟	بله خیر		۰ ۱
۱۳	از آزمایش های داده شده پسخوراند میگیرد؟	بله خیر		۰ ۱
۱۴	از مهارت های کلامی یا غیر کلامی (تایید با تکان دادن سر یا توجه و نگاه به صورت مراجعه کند) برای تشویق گیرنده خدمت استفاده مینماید؟	بله خیر		۰ ۱
۱۵	برای هر بیماری فرم مراقبت و پیگیری بیماری در پرونده خانواده قرار می دهد؟	بله خیر		۰ ۱
۱۶	فرم مراقبت و پیگیری بیماری را به طور صحیح ثبت مینماید؟	بله خیر	اطلاعات اولیه فرم O نتایج ارزیابی و معاینه O آموزش و پس خوراند O ارجاع O تاریخ مراجعه بعدی O دلیل عدم مراجعه O	۰ ۱
جمع				

فرم شماره ۸: شیوه ارائه خدمت سایر برنامه های واحدهای فنی مرکز بهداشت (آموزش، معاینات دانش آموزان و مراقبت بیماری های غیرواگیر

ردیف	سوال مشاهده	پاسخ	توضیح موارد نامطلوب	نمره
۱	پیش از اجرای برنامه آموزشی طرح درس تدوین گردیده است؟	بله خیر		۰ ۱
۲	از کلیه وسایل ارتباطی و تکنولوژی های آموزشی موجود در حین آموزش استفاده نموده است؟	بله خیر		۰ ۱
۳	در حین اجرای برنامه های آموزشی از مخاطبین بازخورد دریافت می نماید؟	بله خیر		۰ ۱
۴	معاینات آموزشی دانش آموزان را به درستی مطابق دستورالعمل انجام می دهد؟	بله خیر		۰ ۱
۵	اطلاعات دانش آموزان را به درستی در فرم های مربوطه ثبت می نماید؟	بله خیر		۰ ۱
۶	آموزش های لازم را مطابق دستورالعمل به دانش آموزان ارائه می دهد؟	بله خیر		۰ ۱
۷	دانش آموزان نیازمند ارجاع را به درستی ارجاع می دهد؟	بله خیر		۰ ۱
۸	اطلاعات لازم را از بیماران مشکوک به بیماری های واگیر دریافت می کند؟	بله خیر		۰ ۱
۹	آموزش های لازم را به بیماران دارای بیماری واگیر* ارائه می دهد؟	بله خیر		۰ ۱
۱۰	ثبیتات لازم مرتبط با بیماران دارای بیماری واگیر* را به درستی در فرم های مربوطه/ سامانه ثبت می نماید؟	بله خیر		۰ ۱
جمع				

*منظور بیماری های چون تب مالت می باشد.

فرم شماره ۹: آشنایی با سامانه سیب

ردیف	سوال مشاهده	پاسخ	توضیح موارد نامطلوب	نمره
۱	آیا می تواند یک فرد و خانواده را در سامانه ثبت نماید؟	بله خیر		۰ ۱
۲	آیا می تواند فردی را از خانواده کم و یا زیاد نماید؟	بله خیر		۰ ۱
۳	آیا ثبت بیماران غیرواگیر را به درستی در سامانه ثبت می نماید؟	بله خیر		۰ ۱
۴	آیا اطلاعات و معاینات زن باردار را به درستی در سامانه ثبت می نماید؟	بله خیر		۰ ۱
۵	آیا اقدامات واکسیناسیون را به درستی و صحیح می تواند در سامانه ثبت نماید؟	بله خیر		۰ ۱
۴	آیا می تواند پیگیری های لازم روزانه را از سامانه استخراج نماید؟	بله خیر		۰ ۱
۶	آیا می تواند گزارش گیری لازم را از هر بخش سامانه انجام دهد؟	بله خیر		۰ ۱
۷	آیا می تواند بر اساس ثبیتات، تصمیم گیری درست را انجام و اقدام نهایی صحیح را انجام دهد؟	بله خیر		۰ ۱
جمع				