هوالحکیم

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان اصفهان

مرکز بهداشت استان اصفهان

مرکز بهداشت شهرستان/ شبکه بهداشت و درمان شهرستان .......................

ابزار پایش برنامه ارائه مراقبت های اولیه سلامت در  
مرکز خدمات جامع سلامت

(ویژه کارشناس تغذیه مرکز خدمات جامع سلامت)

نام مرکز خدمات جامع سلامت: ...................................................................................

تاریخ پایش های فصلی.....................................................................................................

نام ونام خانوادگی پایش کننده / پایش کنندگان........................................

سمت پایش کننده/ پایش کنندگان..............................................................

(نسخه06)

ابزار پایش و ارزشیابی کارشناس تغذیه مراکزخدمات جامع سلامت ............ شهرستان .............. در سال ..14

| فرآیند | ضریب | ردیف | سؤال | امتیاز مطلوب | سه ماهه اول  تاریخ: ................  ناظر: ................ | | سه ماهه دوم  تاریخ: ................  ناظر: ................ | | سه ماهه سوم  تاریخ: ...............  ناظر: ................ | | سه ماهه چهارم  تاریخ: ................  ناظر: ................ | | نحوه امتیاز دهی |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| امتیاز کسب شده | \*موردی ندارد | امتیاز کسب شده | \*موردی ندارد | امتیاز کسب شده | \*موردی ندارد | امتیاز کسب شده | \*موردی ندارد |
| برنامه ریزی | 1 | 1 | آیا اطلاعات عمومی مرتبط با برنامه های تغذیه براساس قالب پیوست در دسترس می باشد؟ ( مراکز جمعی، ادارات و ارگان های تحت پوشش، مدارس تحت پوشش و..) | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  | 🗆 کمتر از 50% اطلاعات عمومی (0)  🗆 90-50% اطلاعات عمومی (1)  🗆 یش از90% اطلاعات عمومی (2) |
| 3 | 2 | آیا اطلاعات اختصاصی مرتبط با برنامه های تغذیه براساس قالب پیوست در دسترس می باشد؟  ( شاخص ها: پوشش غربالگری تغذیه، شاخص های سوء تغذیه در گروه های سنی مختلف، درصد بیماری های غیرواگیر و...) | 6 |  |  |  |  |  |  |  |  | 🗆 کمتر از 50% اطلاعات اختصاصی (0)  🗆 90-50% اطلاعات اختصاصی (1)  🗆 بیش از90% اطلاعات اختصاصی (2) |
| 2 | 3 | آیا جلسات آموزش و بازآموزی فصلی برای مراقبین سلامت (بر اساس نتایج نظارت از پایگاه های سلامت تحت پوشش و بررسی ارجاعات، مناسبت ها و...) برگزار شده است؟ | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  | 🗆 برگزار نشده(0)  🗆 برگزار شده اما بر اساس نتایج نظارت از پایگاههای تحت پوشش و بررسی ارجاعات انجام شده نبوده(1)  🗆 بر اساس نتایج نظارت از پایگاههای تحت پوشش و بررسی ارجاعات انجام شده برگزار شده(2) |
| 1 | 4 | آیا در ماه گذشته حداقل 4 جلسه آموزشی برای گروههای هدف جامعه (براساس مشکلات تغذیه ای موجود در منطقه یا مناسبت های مرتبط با تغذیه و...) برگزار نموده است و طرح درس آن تهیه شده است ؟  ( پس از ابلاغ برگزاری جلسات آموزشی به صورت حضوری) | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  | 🗆جلسه آموزشی برگزار نشده(0)  🗆یک جلسه آموزشی برگزار شده(1)  🗆دو جلسه آموزشی برگزار شده(2)  🗆سه جلسه آموزشی برگزار شده(3)  🗆 4جلسه و بیشتر آموزش برگزار شده(4) |
| جمع امتیاز | | | 16 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| هماهنگی | 3 | 5 | طی سه ماه گذشته در فعالیت های اجتماع محور(حمایت های تغذیه ای و توانمندسازی خانوارهای نیازمند، برگزاری جشنواره ها، برگزاری مناسبت های مرتبط با تغذیه، آموزش سایر ادارات و...) مشارکت نموده است ؟ ( پس از ابلاغ به صورت حضوری ) | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  | 🗆 خیر(0)  🗆 بلی(1) |
| هماهنگی | 2 | 6 | آیا برای مدیریت اجرای برنامه های تغذیه در مدارس با تمامی مسئولین مدارس تحت پوشش هماهنگی نموده است؟(قبل از شروع سال تحصیلی و در شروع سال تحصیلی) | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  | در بررسی مستندات مربوطه:  🗆 خیر(0) 🗆 تاحدودی (1)  🗆 بلی(2) |
| 2 | 7 | آیا برنامه ها و مشکلات مربوط به تغذیه در جلسات هماهنگی مرکز خدمات جامع سلامت مطرح و  برای آنها برنامه ریزی شده است ؟ | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  | در بررسی صورتجلسات سه ماهه گذشته مرکز:  🗆 خیر(0) 🗆بلی (1) |
| 2 | 8 | طی سه ماه گذشته با واحد بهبود تغذیه جامعه ستاد شهرستان همکاری داشته و هماهنگی های لازم در این زمینه اعم از رفع مشکلات احتمالی و .. را انجام داده است؟ | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  | 🗆خیر(0)  🗆تاحدودی (1)  🗆بلی(2) |
|  | جمع امتیاز | | | 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| سازماندهی | 2 | 9 | آخرین دستور العمل ها و بسته های خدمتی و آموزشی مربوط به کارشناس تغذیه ( به صورت الکترونیک و فیزیکی ) موجود است؟  (آخرین بسته های آموزشی تغذیه ویژه کارشناس تغذیه، پزشک ، مراقب سلامت، بسته خدمتی تغذیه، دستورالعمل های مکمل یاری گروه های سنی کودکان ، نوجوانان، میانسالان، سالمندان و مادران باردار- -کتاب تغذیه در سنین مدرسه -راهنمای تغذیه مادران باردار- تغذیه تکمیلی ، تغذیه و سلامت سالمندان ، تغذیه و سلامت مردان ، پمفلت های تغذیه و .......) | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  | 🗆خیر(0)  🗆تاحدودی (1)  🗆بلی(2) |
| 2 | 10 | منابع اطلاعاتی تغذیه براساس دستورالعمل  همگون سازی موجود است؟ (براساس آخرین دستورالعمل همگون سازی) | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  | 🗆خیر(0)  🗆تاحدودی (1)  🗆بلی(2) |
| جمع امتیاز | | | 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| پایش و ارزشیابی | 2 | 11 | آیا برنامه نظارت (سه ماهه) کارشناس تغذیه از  پایگاه های سلامت تحت پوشش تنظیم شده است و  براساس برنامه نظارت از تمامی پایگاه های سلامت تحت پوشش بازدید کرده و چک لیست را تکمیل نموده است؟  (رویت برنامه سه ماهه و چک لیست های تکمیل شده بر اساس برنامه) | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  | 🗆 خیر(0)  🗆 بلی (1) |
| 3 | 12 | آیا براساس نتایج تکمیل"ابزار پایش و ارزشیابی برنامه ارائه خدمات تغذیه ویژه مراقب سلامت" پس خوراند لازم در دفتر ثبت گزارش موجود در مرکز ثبت شده است؟ | 6 |  |  |  |  |  |  |  |  | 🗆خیر(0)  🗆 تاحدودی (1)  🗆بلی(2) |
| 2 | 13 | آیا پیگیری لازم جهت اجرای موارد مندرج در  پس خوراندهای ارسالی را انجام داده است ؟ | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  | 🗆 خیر، موجود نبودن مستندات (0)  🗆 بلی، موجود بودن مستندات (1) |
| 2 | 14 | آیا در سه ماهه گذشته بر نحوه اجرای فعالیت های تغذیه در مدارس تحت پوشش نظارت نموده است؟ (بنابر تعداد مدارس تحت پوشش ، حداقل 8 مدرسه بازدید شده باشد.) (در سه ماهه اول، سوم و چهارم بررسی شود.) | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  | 🗆خیر(0)  🗆 تاحدودی (1)  🗆بلی(2) |
| 2 | 15 | آیا در سه ماهه گذشته پس خوراند بازدید از مدارس تنظیم و موارد مشکل دار جهت هماهنگی با آموزش و پرورش به صورت مکتوب به ستاد شهرستان اعلام شده است؟(در سه ماهه اول، سوم و چهارم بررسی شود.) | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  | 🗆خیر(0)  🗆 تاحدودی (1)  🗆بلی(2) |
| جمع امتیاز | | | 18 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| گزارش دهی | 3 | 16 | آیا فرم های 5 و 6 و دستاورد مربوط به سه ماهه گذشته تکمیل شده است؟  ( ازسه ماه پس از شروع به کار بررسی شود.) | 9 |  |  |  |  |  |  |  |  | 🗆 تکمیل نکردن فرم ها (0)  🗆 تکمیل صحیح یک فرم (1)  🗆 تکمیل صحیح دو فرم (2)  🗆 تکمیل صحیح هر 3 فرم (3) |
| 3 | 17 | آیا تحلیل شاخص های استخراج شده مربوط به سوءتغذیه گروه های سنی مختلف انجام شده است؟ | 6 |  |  |  |  |  |  |  |  | 🗆خیر(0) 🗆 تاحدودی (1)  🗆بلی(2) |
| گزارش دهی | 2 | 18 | آیا برنامه ریزی و مداخلات لازم برای ارتقای کیفی هر شاخص(مورد اشاره در سوال 17) در سه سطح فرد محور، خانواده محور و جامعه محور صورت پذیرفته است؟ | 6 |  |  |  |  |  |  |  |  | 🗆 خیر(0)  🗆 تاحدودی (1)  🗆بلی(2) |
| جمع امتیاز | | | 21 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| آگاهی | 1 | 19 | آیا از جمعیت تحت پوشش مرکز خدمات جامع سلامت  (به تفکیک گروه های سنی) اطلاع دارد ؟ | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  | 🗆 خیر(0)  🗆 تاحدودی (1)  🗆 بلی(2) |
| 2 | 20 | آیا از مشکلات شایع تغذیه ای منطقه و اولویت آنها اطلاع دارد و برنامه ریزی های لازم در این خصوص صورت پذیرفته است؟ | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  | 🗆 خیر(0)  🗆 تاحدودی (1)  🗆 بلی(2) |
| جمع امتیاز | | | 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| نحوه ارائه خدمت | 2 | 21 | آیا تبحر لازم را درخصوص کار با سامانه سیب دارد؟ (تکمیل فرم های تغذیه،گزارش گیری، ثبت اقدام،پیگیری مراقبت ها و ارجاعات)  (پس از 3 ماه از شروع به کار کارشناس تغذیه بررسی شود.) | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  | 🗆 خیر(0)  🗆 تاحدودی (1)  🗆 بلی(2) |
| 2 | 22 | طی ماه گذشته حداقل 172 مورد مراقبت تغذیه ای انجام داده و است؟( با احتساب تمامی مراکز تحت پوشش کارشناس تغذیه در شرایط زرد و آبی) | 8 |  |  |  |  |  |  |  |  | حداقل 155 نفر (4)  130تا 154 نفر(3)  90 تا129 نفر (2)  89نفر و کمتر (1) |
| 2 | 23 | طی ماه گذشته برای حداقل60% مراجعین رژیم غذایی تنظیم و ثبت برنامه غذایی انجام شده است؟  ( با احتساب تمامی مراکز تحت پوشش کارشناس تغذیه ) | 8 |  |  |  |  |  |  |  |  | حداقل 92 نفر (4)  76 تا 91 نفر(3)  51تا 75 نفر (2)  50 نفر و کمتر (1) |
| 2 | 24 | لیست افراد تحت پوشش دارای مراجعات قبلی به کارشناس تغذیه ( که حداکثر 4 ماه از آخرین مراجعه آنها به کارشناس تغذیه گذشته و نیاز به پی گیری دارند ) از فهرست پی گیری ها استخراج نموده است؟ | 6 |  |  |  |  |  |  |  |  | 60%و بالاتر(3)  59%-50% (2)  49%-40% (1)  کمتر از 40%(0) |
| 3 | 25 | نسبت به مشاوره تغذیه ای مراجعین فوق الذکر (استخراج شده از فهرست پی گیری ها)، تکمیل و ثبت فرم های مربوطه در سامانه سیب اقدام نموده است؟ | 6 |  |  |  |  |  |  |  |  | 🗆 خیر(0)  🗆 تاحدودی (1)  🗆 بلی(2) |
| نحوه ارائه خدمت | 2 | 26 | مراقبت و مشاوره تغذیه به افراد ارجاع شده از سوی مراقب سلامت، مراقب سلامت ماما و پزشک ارائه و در پرونده الکترونیک ثبت شده است؟  ( با احتساب تمامی مراکز تحت پوشش کارشناس تغذیه ) | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  | 🗆 خیر(0)  🗆 تاحدودی (1)  🗆 بلی(2) |
| 2 | 27 | براساس آموزش های گروهی داده شده، مشخصات دوره در قسمت ارائه خدمت دوره های آموزش گروهی در سامانه سیب ثبت شده است؟  ( همخوانی آموزش های ثبت شده در دفتر طرح درس با آموزش های ثبت شده در سامانه سیب) | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  | 🗆 خیر(0)  🗆 تاحدودی (1)  🗆 بلی(2) |
| جمع امتیاز | | | 40 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| نحوه ارائه خدمت | مشاهده ارائه خدمت به یک نفر از مراجعین | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 28 | آیا رابطۀ مناسب و تعامل اجتماعی موثر با مراجعه کننده برقرار می کند؟ | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  | 🗆 خیر(0)  🗆 تاحدودی (1)  🗆 بلی(2) |
| 1 | 29 | آیا جهت مشاوره و رژیم درمانی مراجعین مدت زمان مناسب اختصاص می دهد؟ | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  | 🗆 خیر(0)  🗆 تاحدودی (1)  🗆 بلی(2) |
| 2 | 30 | آیا وزن، قد و دور کمر(برای افراد 60-30سال) را صحیح اندازه گیری می کند؟ | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  | 🗆 خیر(0)  🗆 تاحدودی (1)  🗆 بلی(2) |
| نحوه ارائه خدمت | 2 | 31 | آیا برنامه غذایی و توصیه های لازم را متناسب با نوع نیاز به مراجع ارائه می دهد؟ | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  | 🗆 خیر(0)  🗆 تاحدودی (1)  🗆 بلی(2) |
| 2 | 32 | آیا جهت حصول اطمینان از انتقال صحیح و کامل مطالبی که آموزش داده است از مراجع پس خوراند می گیرد؟ | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  | 🗆 خیر(0) / 🗆بلی(1) |
|  |  | جمع امتیاز | 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| رضایتمندی گیرندگان خدمت | 1 | 33 | آیا مشاور تغذیه وقت مناسب و کافی به شما اختصاص داده است؟ | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  | 🗆 خیر(0) / 🗆تاحدودی(1) / 🗆بلی(2) |
| 1 | 34 | آیا مشاور تغذیه به تمام سوالات شما پاسخ کافی و کامل داده است؟ | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  | 🗆 خیر(0) / 🗆تاحدودی(1) / 🗆بلی(2) |
| 1 | 35 | از نحوه برخورد مشاور تغذیه رضایت دارید؟ | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  | 🗆 خیر(0) / 🗆تاحدودی(1) / 🗆بلی(2) |
| 1 | 36 | آیا برنامۀ غذایی و نحوۀ اجرای آن به خوبی برای شما توضیح داده شد؟ | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  | 🗆 خیر(0) / 🗆تاحدودی(1) / 🗆بلی(2) |
| 1 | 37 | آیا اجرای توصیه ها و برنامه غذایی که کارشناس تغذیه به شما داده برای شما عملی بوده است؟ | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  | 🗆 خیر(0) / 🗆تاحدودی(1) / 🗆بلی(2) |
| 2 | 38 | آیا در مجموع از مراجعه به کارشناس تغذیه رضایت دارید؟ | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  | 🗆 خیر(0) / 🗆تاحدودی(1) / 🗆بلی(2) |
| جمع امتیاز | | | 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | جمع کل امتیاز ابزار پایش کارشناس تغذیه | | | 150 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

نتایج پایش و ارزشیابی نهایی کارشناس تغذیه مرکز خدمات جامع سلامت.......................................... شهرستان.................................در سال 1401

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| درصد کل | امتیاز کسب شده | | | | | | | | جمع امتیازمطلوب | فرآیند | ردیف |
| سه ماهه چهارم  تاریخ: ................  ناظر: ................ | | سه ماهه سوم  تاریخ: ................  ناظر: ................ | | سه ماهه دوم  تاریخ: ...............  ناظر: ................ | | سه ماهه اول  تاریخ: ................  ناظر: ................ | |
| درصد | نمره | درصد | نمره | درصد | نمره | درصد | نمره |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 16 | برنامه ریزی | 1 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 13 | هماهنگی | 2 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 8 | سازماندهی | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 18 | پایش و ارزشیابی | 4 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 21 | گزارشدهی | 5 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 6 | آگاهی | 6 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 14 | نحوه رضایتمندی گیرندگان خدمت | 7 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 54 | نحوه ارائه خدمت | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 150 | جمع کل امتیاز | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | درصد کل امتیاز کسب شده | | |