

عنوان چک لیست: چک لیست بازدید از برنامه بیماری های آمیزشی ستاد/مرکز/خانه بهداشت

تاریخ بازدید:

مکان پایش: .....

ردیف	عنوان نظارت	حداکثر امتیاز	تاریخ بازدید - امتیاز کسب شده				ملاحظات
			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
۱	آیا دستورالعمل مراقبت و درمان بیماری های آمیزشی موجود است؟	۳					
۲	آیا پرسنل جلسه آموزش بیماری های آمیزشی داشته اند؟	۸					
۳	آیا فرم های آماری مربوط به موارد سندرمیک و اتیولوژیک ماهیانه تکمیل می گردد؟	۸					
۴	آیا درمان بیماران بدرستی انجام می شود؟	۸					
۵	آیا در مراجعین بیماری های آمیزشی کیت های ایچ ای وی جهت بررسی ابتلا به ایچ ای وی موجود است؟	۸					
۶	آیا توصیه به استفاده از کاندوم در بیماران مبتلا به بیماری های آمیزشی شده است؟	۳					
۷	آیا بیماران مبتلا به بیماری های آمیزشی در فرم گزارش ماهیانه گزارش شده اند؟	۳					
۷	آیا هماهنگی با کلیه مطب ها و آزمایشگاهها جهت گزارش موارد بیماری های آمیزشی انجام شده است؟	۳					
۸	آیا آموزش و درمان پارتنر بیماران مبتلا به بیماری آمیزشی در موارد ضروری انجام شده است؟	۳					
۹	آیا دستورالعمل مراقبت و درمان بیماری های آمیزشی موجود است؟	۳					
	جمع کل	۵۰					