**وضعیت پایش اجرای برنامه غربالگری/تشخیص و مداخله زودهنگام شنوایی نوزادان:**

| **ردیف** | **عنوان در پایش** | **بله** | **ناقص** | **خیر** | **امتیاز** | **ملاحظات** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **جلسه هماهنگی با رئیس محترم مرکز بهداشت و مسئولین مرتبط (با حضور بهداشت خانواده، گسترش شبکه و همکاران بهزیستی ...) و تبادل اطلاعات در خصوص انجام غربالگری شنوایی نوزادان و کودکان انجام شده است.** |  |  |  | **4** |  |
| **2** | **مستندات جلسات درون بخشی و برون بخشی برای هماهنگی و رفع نقطه نظرات موجود است؟** |  |  |  | **4** |  |
| **3** | **آیا دستورالعمل و متون آموزشی برنامه موجود است؟** |  |  |  | **4** |  |
| **4** | **آیا اطلاعات کارشناس برنامه درخصوص غربالگری شنوایی مطلوب است؟** |  |  |  | **4** |  |
| **5** | **مستندات آموزش برنامه و ارائه دستورالعمل به کارشناسان محیطی موجود است؟** |  |  |  | **4** |  |
| **6** | **آیا برنامه با رعایت کامل همه مفاد و دستورالعمل استانی در شهرستان در حال انجام است؟** |  |  |  | **5** |  |
| **7** | **آیا لیست تعداد دستگاه های غربالگری مجهز به OAE و AABR و تشخیصی در سطح شهرستان موجود است؟** |  |  |  | **5** |  |
| **8** | **آیا لیست مراکز غربالگری، تشخیص و مداخله درمانی توانبخشی کم شنوایی (دولتی و خصوصی) در سطح شهرستان موجود است؟** |  |  |  | **5** |  |
| **9** | **آیا لیست ادیولوژیست های شاغل در بخش دولتی و خصوصی در سطح شهرستان موجود است؟** |  |  |  | **5** |  |
| **10** | **گزارش گیری و آمار پوشش برنامه غربالگری کم شنوایی نوزادان و کودکان و تعداد موالید در سال پایه موجود است؟** |  |  |  | **5** |  |
| **11** | **آیا استخراج و تحلیل شاخص های برنامه انجام شده است؟** |  |  |  | **5** |  |
| **12** | **آیا هر گونه برنامه مداخله ای در جهت ارتقاء و بهبود نتایج شاخص ها در سطوح مختلف ارجاع طراحی و اجرا شده است؟** |  |  |  | **4** |  |
| **13** | **آیا بازدید و پایش از مراکز تابع انجام غربالگری شنوایی نوزادان به عمل آمده و پسخوراند مربوطه ارسال شده است؟** |  |  |  | **5** |  |
| **14** | **آیا آمار غربالگری و مراقبت از کلیه مراکز غربالگری شهرستان در زمان مقرر به ستاد مرکز بهداشت گزارش شده است؟** |  |  |  | **4** |  |
| **15** | **آیا پیگیری موارد مشکوک ارجاع شده به سطح دو به درستی انجام شده است؟** |  |  |  | **5** |  |
| **16** | **آیا میزان پوشش خدمات تشخیصی کم شنوایی به تفکیک نوع، میزان و یک طرفه بودن کم شنوایی ها موجود است؟** |  |  |  | **4** |  |
| **17** | **آیا میزان پوشش خدمات درمانی توانبخشی اجرای برنامه توسط مراکز منتخب کاشت حلزون شنوایی، مراکز شنوایی شناسی و مراکز توانبخشی شنوایی موجود است؟** |  |  |  | **4** |  |
| **18** | **آیا جلسات آموزشی در ارتباط با اهمیت کم شنوایی، ناشنوایی و لزوم انجام غربالگری نوزادان برای مادران باردار، مسئولین محلی، رابطین بهداشت اجرا شده است؟** |  |  |  | **4** |  |
| **19** | **آیا گزارش برنامه های آموزش همگانی: در بزرگداشت روز جهانی شنوایی (کارناوال، فعالیت بدنی، نمایش، مسابقات نقاشی، عروسکی ...) و سایر اقدامات انجام شده است؟** |  |  |  | **4** |  |
| **20** | **آیا مشخصات و نتایج غربال دریافت کنندگان خدمت و آمار فصلی موجود می باشد؟** |  |  |  | **4** |  |
| **21** | **آیا هر گونه طرح و برنامه در جهت ارتقاء، گسترش، و تنوع در خدمات شناسایی و غربالگری شنوایی در جمعیت تحت پوشش اجرا شده است؟** |  |  |  | **4** |  |
| **22** | **آیا ثبت موارد کم شنوایی قطعی به درستی در سامانه سیب انجام شده است؟** |  |  |  | **5** |  |
| **جمع امتیاز (97)** |  |

**4. دو عامل خطر کم شنوایی دارای شیوع بالا در حوزه تحت پوشش خانه بهداشت/پایگاه بهداشتی (جمع امتیاز : 3):**

**🌕 ...........................................................................................**

**🌕 ...........................................................................................**

**امتیاز کل : .............................................................................**