|  |
| --- |
| چک لیست بازدید برنامه غربالگری متابولیک ارثی نوزادان و PKU شبکه بهداشت شهرستان.............. |
| **توضیحات** | **تاریخ بازدید****...................** | **برنامه** | **ردیف** |
| **امتیاز0تا3** | **خیر** | **بلی** |
|  |  |  |  | **آیا کمیته ژنتیک در سال جاری تشکیل و به مشکلات برنامه های متابولیک ارثی نوزادان و PKUپرداخته شده است؟** | 1 |
|  |  |  |  | **آیا جلسات هماهنگی ستادی با واحدهای ذیربط برگزار شده است؟** | 2 |
|  |  |  |  | **آیا هماهنگی های برون بخشی لازم با سایر سازمان ها مانند : اداره پست، بهزیستی، فرمانداری کمیته امداد و...انجام شده است؟** | 3 |
|  |  |  |  | **آیا کارشناس برنامه از آخرین دستورالعمل ها، نامه ها و برنامه ها اطلاع دارد؟** | 4 |
|  |  |  |  | **آیا آموزش آبشاری دستورالعمل و برنامه ها جهت همکاران ستاد و مراکز محیطی و مراکز نمونه گیری نوزادان انجام شده است؟** | 5 |
|  |  |  |  | **جدول زمان بندی بازدید مراکز محیطی و نمونه گیری نوزادان موجود می باشد؟** | 6 |
|  |  |  |  | **آیا نظارت وپایش مراکز نمونه گیری طبق چک لیست های موجود انجام شده است؟** | 7 |
|  |  |  |  | **آیا گزارش بازدید به مراکز محیطی ارسال و پسخوراند دریافت شده است؟** | 8 |
|  |  |  |  | **آیا دستورالعمل ها، کتابچه ها و سایر محتوای آموزشی در واحد موجود می باشد؟** | 9 |
|  |  |  |  | **آیا شاخص های برنامه متابولیک ارثی و PKU به صورت فصلی و سالیانه استخراج و موجود می باشد؟** | 10 |
|  |  |  |  | **آیا مقایسه ورتبه بندی شاخص های پایگاههای سلامت و مراکز نمونه گیری انجام و برای آنها ارسال شده است؟** | 11 |
|  |  |  |  | **آیا پوشش غربالگری نوزادان در حدمطلوب می باشد؟** | 12 |
|  |  |  |  | **آیا پوشش نمونه گیری در موعد مقرر (5-3روزگی) در حد مطلوب می باشد؟** | 13 |
|  |  |  |  | **آیا تعداد نمونه های نامناسب قابل قبول می باشد؟** | 14 |
|  |  |  |  | **آیا پیگیری نمونه های بینابینی، ارجاع بالینی و فنیل بالا روزانه انجام شده است؟** | 15 |
|  |  |  |  | **آیا جهت رفع مشکلات مراکزنمونه گیری که دارای عملکرد ضعیف هستند اقدامی انجام شده است؟** | 16 |
|  |  |  |  | **آیا پرسنل مراکز نمونه گیری و پایگاه های سلامت که عملکرد مطلوب داشته اند تشویق شده اند؟** | 17 |
|  |  |  |  | **آیا ارسال نمونه ها به آزمایشگاه در موعد مقرر انجام می شود؟(حداکثر تا 72 ساعت به آزمایشگاه تحویل شده باشد)** | 18 |
|  |  |  |  | **آیا آمار فصلی دو برنامه به موقع ثبت و ارسال شده است؟** | 19 |
|  |  |  |  | **آیا کلیه نوزادان نیازمند ارجاع به کلینیک بیماران متابولیک ارثی و موارد تایید مثبت تا 48 ساعت و صحیح( همراه داشتن پرینت رنگی آزمایشات و فرم ارجاع) ارجاع شده اند؟** | 20 |
|  |  |  |  | **آیا نوزادان با فنیل 4 و بالاتر تا 48 ساعت جهت انجام آزمایش به روش HPLC به آزمایشگاه ارجاع شده اند؟**  | 21 |
|  |  |  |  | **آیا نوزادان ارجاع شده به آزمایشگاه که فنیل 2 و بالاتر داشته اند فوری به بیمارستان امین ارجاع شده اند؟** | 22 |
|  |  |  |  | **آیا مکاتبه با بیمارستان و رونوشت به مرکز بهداشت استان جهت معرفی موارد ارجاع متابولیک ارثی و PKU انجام شده است؟** | 23 |
|  |  |  |  | **آیا لیست نوزادان مشکوک ارجاع شده در برنامه متابولیک ارثی و PKU و نتیجه نهایی در فرم مربوطه موجود می باشد؟** | 24 |
|  |  |  |  | **آیا موارد غیبت از درمان متابولیک ارثی و PKU پیگیری شده است؟** | 25 |
|  |  |  |  | **آیا مشخصات بیماران قطعی متابولیک ارثی و PKU در فرم های مربوطه موجود می باشد؟** | 26 |
|  |  |  |  | **آیا مراقبت والدین وارجاع جهت مشاوره ژنتیک انجام شده است؟** | 27 |
|  |  |  |  | **آیا کمیته تحلیل علل بروز جهت موارد جدید متابولیک ارثی و PKU تشکیل و فرم بررسی اپیدمیولوژیک تکمیل و ارسال شده است؟** | 28 |
|  |  |  |  | **آیا حق الزحمه پرسنل مراکز نمونه گیری که روزهای تعطیل حضور داشته اند پرداخت شده است؟** | 29 |
|  |  |  |  | **آیا مهاجرت زوج های ناقل و بیماران به مرکز بهداشت استان به صورت کتبی ارسال شده است؟** | 30 |
|  |  |  |  | **نام و نام خانوادگی و امضای ناظر: جمع کل امتیاز : 90**  |