پیوست 1- چک لیست بررسی مهارت عملی ماما- غربالگری سرطان پستان

**شهرستان: مرکز خدمات جامع سلامت/ پایگاه /خانه بهداشت ارائه خدمات : تاریخ بازدید : پایش شونده : پایش کننده :**

|  |  |
| --- | --- |
| عنوان فعالیت | امتیاز |
| بله=1خیر=0 |
| **1. آیا ارائه دهنده خدمت شرایط مقدماتی انجام معاینه را رعایت می کند؟** با مراجعه کننده با احترام و مهربانی خوش آمدگویی می کند. شرایط اتاق معاینه از نظر نور، درجه حرارت و محرمانگی فرد مناسب است (محل معاینه باید دارای در قابل قفل کردن بوده و محیط معاینه طوری باشد که فرد احساس امنیت نماید.) |  |
| **2. آیا قبل از انجام معاینه در مورد لزوم معاینه پستان و اهداف آن به مراجعه کننده توضیح کافی و مناسب ارائه داده و از او برای معاینه اجازه می گیرد؟** ساده و بدون درد بودن معاینه، قابلیت درمان کامل در صورت تشخیص به موقع، عدم تحمل هزینه گزاف درمانی در صورت تشخیص به موقع، بی ضرر بودن اقدامات تشخیصی از جمله ماموگرافی |  |
| **3. آیا شرایط فرد را برای انجام غربالگری (سن 70-30 سال، فاصله از غربالگری قبلی، زمان آخرین قاعدگی )مشخص می کند؟** (بهترین زمان برای معاینه پستان ،روزهای 5تا10 دوره قاعدگی است. همه خانم ها باید از سن 20 سالگی شروع به انجام خودآزمایی پستان کند و از سن 30 سالگی علاوه بر خودآزمایی، برای معاینات دوره ای مراجعه کنند. در دوران یائسگی، حاملگی و شیردهی معاینه را در روز اول هر ماه یا هر روز دلخواه دیگر می توانند انجام دهند. ) |  |
| **4. آیا شرح حال مراجعه کننده را برای موارد غیرطبیعی به درستی سوال می کند ؟** سابقه خانوادگی مثبت (سرطانپستان در فرد یا بستگان درجه یک یا دو ، سرطان تخمدان در فرد یا بستگان درجه یک یا دو ، سرطان پانکراس در فرد یا بستگان درجه یک، سرطان پروستات در بستگان درجه یک). |  |
| **6. آیا به سایر عوامل خطر در تاریخچه باروری فرد توجه می کند؟**( زایمان نکرده ، اولین زایمان بعد از 30 سالگی ، اولین قاعدگی قبل از 12 سالگی ، یائسگی بعد از سن 55 سالگی ، افزایش وزن بعد از یائسگی ، سابقه برخی از بیماری های خوش خیم پستان ، سابقه تابش اشعه زیاد به قفسه سینه ،، سابقه درمان جایگزین هورمونی در یائسگی **)** |  |
| **7. آیا ارائه دهنده خدمت نمای ظاهری پستان ها** (اندازه ، قرینگی، وجود اسکارجراحی، مشخصات نوک پستان، تغییرات پوستی ) ، بررسی نیپل ها (فرورفتگی) و پوست پستان(پوست پرتقالی، اریتم، قرمزی، زخم، پوسته پوسته شدن، فرورفتگی)، بررسی ترشح از نوک پستان (خودبخودی ، آبکی ، خونی، چرکی، شیری، یک یا دو طرفه، یک یا چند مجرا) **را** در حالی که مراجعه کننده روی تخت نشسته و بازوها در کنارش است، بررسی و بین دو پستان مقایسه می کند؟ |  |
| **8. آیا گام قبلی را در وضعیت های مختلف برای مراجعه کننده تکرار می کند؟** (دستانش را پشت سرش گرفته، دستانش رابه کمرش زده ، دستانش رابه کمرش زده و به جلو فشار می دهد، به جلو خم شده) |  |
| **9. آیا در فردی که با شکایت در پستان مراجعه کرده معاینه را از سمت بدون مشکل شروع می کند؟** |  |
| **10. آیا زیر بغل و سوپرا کلاویکولار (فوق ترقوه) را از نظر غدد لنفاوی یا حساسیت به لمس برای هر دو طرف بررسی می کند؟** |  |
| **11. آیا با نرمه 2 تا 3 انگشت در حالی که شست باز است با یکی از الگوهای مارپیچی، خطی ، شعاعی (روش ساعت)، روش کواد راند، از نظر توده یا حساسیت به درستی برای هر دو طرف بررسی می کند؟**  |  |
| **12. آیا کل منطقه بافت پستانها را (از بالا از دنده دوم و کلاویکل ، از وسط مید استرنوم، از لترال مید آگزیلاری و از پایین تا دنده ششم) از نظر توده یا حساسیت به درستی برای هر دو طرف بررسی می کند؟** |  |
| **13. آیا معاینه غدد لنفاوی را به درستی انجام می دهد؟ ( معاینه غدد زیر بغل و بالای کلاویکل بصورت چرخشی در حالیکه بالاتنه فرد برهنه و سنگینی دست سمت مورد معاینه بر روی شانه یادست مخالف معاینه کننده قرار دارد)** |  |
| **14. آیا معاینه را در هر دو وضعیت نشسته و خوابیده انجام می دهد؟** |  |
| **15. آیا در صورت لمس توده ، به خصوصیات توده توجه می کند؟(محل ، اندازه، شکل، قوام، چسبندگی یا تحرک، تغییرات پوستی ناحیه روی توده)** |  |
| **16. آیا زمان کافی برای انجام معاینه هر دو پستان (5تا10دقیقه) صرف می کند؟** |  |
| **17. آیا نتایج معاینه را برای مراجعه کننده توضیح می دهد؟** |  |
| **18. آیا حین معاینه مراحل SBE (خودآزمایی پستان) را به مراجعه کننده آموزش می دهد؟** |  |
| **19. آیا برای مراجعه کننده توضیح می دهد که به چه نشانه هایی باید توجه و برای بررسی آن مراجعه کند؟** |  |
| **20. آیا بر اساس نتیجه معاینه و نتایج پاراکلینیک قبلی بیمار اقدام لازم را انجام می دهد؟( تعیین زمان مراجعه بعدی، ارجاع به متخصص جراحی در صورت لزوم )** |  |
| **جمع نمره از 20 :** |  |

پیوست 2- چک لیست بررسی مهارت عملی ماما- غربالگری و تشخیص زودهنگام سرطان سرویکس / معاینه واژینال زنان میانسال

**شهرستان: مرکز خدمات جامع سلامت/ پایگاه /خانه بهداشت ارائه خدمات : تاریخ بازدید : پایش شونده : پایش کننده :**

|  |  |
| --- | --- |
| عنوان فعالیت سوالات 1 تا 11مربوط به انجام معاینه واژینال و آیتمهای 12 تا 17 مربوط به نمونه گیری اسمیر می باشد. | امتیاز |
| بله=1خیر=0 |
| **1. آیا ارائه دهنده خدمت با مراجعه کننده با احترام و مهربانی خوش آمدگویی و در مورد لزوم و اهمیت غربالگری سرطان سرویکس به مراجعه کننده توضیح کافی و مناسب ارائه و به سوالات مراجعه کننده پاسخ داده و از او برای معاینه اجازه می گیرد؟** |  |
| **2. آیا در مورد روش انجام کار توضیح کافی ارائه و به سوالات مراجعه کننده پاسخ می دهد؟** (خطرناک نبودن معاینه ، زمان کوتاه انجام آن، احساس ناراحتی و درد اندک، احتمال لکه بینی خفیف بعد از انجام تست) |  |
| **3. آیا فرد مورد نظر واجد شرایط غربالگری سرطان سرویکس می باشد؟** (سن، فاصله زمانی با غربالگری قبلی، گذشت سه سال از اولین ارتباط جنسی ) |  |
| **4. آیا در خصوص شرح حال و علائم سرطان سرویکس سوال و اقدام لازم را انجام می دهد؟** (تشخیص زودهنگام) |  |
| **5. آیا قبل از انجام معاینه واژینال ، دستگاه ژنیتال خارجی را مورد مشاهده قرار می دهد**؟( وجود زخم یا ضایعات پوستی ، برجستگی های غیر طبیعی، واریس ) |  |
| **6**. **آیا قبل از معاینه واژینال ، به نشانه ها و یافته های خود توجه کرده و اقدامات لازم را انجام می دهد**؟ (عفونت آمیزشی، خونریزی غیرطبیعی، علائم یائسگی مثل خشکی واژن، ...) |  |
| **7. آیا اسپکولوم یکبار مصرف را با آب یا سرم شستشو آغشته و آنرا با زاویه مناسب در داخل واژن قرار می دهد؟** |  |
| **8. آیا در صورت یائسگی و خشکی آزار دهنده واژن، برای فرد یک هفته درمان استروژنی (در صورت عدم کنترااندیکاسیون استروژن تراپی موضعی مثل خونریزی واژینال یا سابقه سرطان پستان در فرد یا بستگان درجه یک یا دو) تجویز می کند؟** |  |
| **9. آیا در حین معاینه در خصوص تمرین کگل آموزش لازم را ارائه می دهد؟** |  |
| **10. آیا بعد از معاینه واژینال معاینه دو دستی را انجام و بررسی های لازم را انجام می دهد؟( بررسی غدد اسکنه و بارتولن، دیواره های قدامی و خلفی واژن، پرولاپس ارگانهای لگنی ، ...)** |  |
| **11. آیا معاینه رکتوواژینال را برای افراد بالای 40 سال انجام می دهد؟** |  |
| **جمع نمره از 11:** |  |
| **12. آیا پیش از تهیه نمونه، مراجعه کننده را از نظر شرایط تهیه نمونه بررسی می کند؟** (حدود روز 11 از شروع سیکل قاعدگی یا 5 روز پس از قطع خونریزی قاعدگی، عدم فعالیت جنسی تا 48 ساعت قبل، عدم شستشوی واژینال و استفاده از کرم های واژینال تا 5 روز قبل) |  |
| **13. آیا پاسخ آزمایش های قبلی را بررسی و به مراجعه کننده بازخورد می دهد؟** |  |
| **14. آیا نمونه پاپ اسمیر به درستی تهیه می شود؟** (پس از گذاشتن اسپکولوم و مشاهده دهانه رحم توسط اسپاچولا ابتدا از اگزوسرویکس با حرکت 360 درجه نمونه برداشته و بر روی لام شیشه ای کشیده شده ، سپس با سمت مخالف اسپاچولا از محل اندوسرویکس با حرکت چرخشی 360 درجه، نمونه برداشته و بر روی لام شیشه ای کشیده و توسط فیکساتور با فاصله حدود 20 سانتیمتر اسپری و ثابت می گردد. ) |  |
| **15. آیا درج مشخصات بر روی نمونه به درستی و با وضوح انجام می شود؟**  |  |
| **16. آیا از فرآیند نگهداری و ارسال نمونه به آزمایشگاه و زمان انجام آن اطلاع دارد و در این مورد توضیحات لازم را به مراجعه کنده ارائه می دهد؟** |  |
| **17. آیا در صورت نیاز فرد را به سطح تخصصی(متخصص زنان) ارجاع می دهد؟(** سابقه سرطان یا ضایعات پیش بدخیم دهانه رحم، سابقه کولپوسکوپی، رادیوتراپی، شیمی درمانی، معاینه غیر طبیعی شامل: توده شکمی یا لگنی یا زخم و برجستگی سرویکس یا هر گونه ضایعه مشکوک به بدخیمی در ولو، واژن، سرویکس، رحم و ادنکس ها در معاینه ، پاپ اسمیر غیر طبیعی (دیس پلازی، نئوپلازی) (HSIL/LSIL/AGUS/ASCUS2) بدون اچ پی وی منفی یا اچ پی وی مثبت ، خونریزی واژینال پس از یائسگی قطعی) |  |
| **جمع نمره از 6:** |  |

پیوست 3- چک لیست بررسی وضعیت واحد مامایی مرکز خدمات جامع سلامت

**شهرستان: مرکز خدمات جامع سلامت/ پایگاه /خانه بهداشت ارائه خدمات : تاریخ بازدید : پایش شونده : پایش کننده :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| عنوان فعالیت | امتیاز | توضیحات |
| بله=1خیر=0 |
| وضعیت پرسنل | 1. آیا پرسنل از روپوش فرم سفید و تمیز استفاده می کنند؟ |  |  |
| 2. آیا پرسنل بر علیه بیماری هپاتیت واکسینه شده اند؟ |  |  |
| شرایط فیزیکی اتاق مامایی | 3. آیا اتاق تمیز و منظم بوده و وسایل اضافی در آن وجود ندارد و عاری از گرد و غبار است؟ |  |  |
| 4. آیا روی تخت ژینکولوژی، کف اتاق، دیوار یا پاراوان عاری از لکه های خون یا ترشحات است؟ |  |  |
| 5. آیا در اتاق هواکش و یا پنجره جهت تهویه هوا وجود دارد؟ |  |  |
| 6. آیا فضای اتاق معاینه از امنیت لازم برخوردار است؟ (عدم دید از بیرون و محفوظ بودن پنجره ها) |  |  |
| 7. آیا در اتاق، روشویی جهت شستن دستها وجود دارد؟ |  |  |
| 8. آیا صابون مایع و ظرف مخصوص آن کنار روشویی وجود دارد؟ |  |  |
| چیدمان | 9. آیا سطل در فاصله مناسب (50-30 سانتی متری) از تخت ژینکولوژی قرار دارد؟ |  |  |
| 10. آیا پاراوان سالم در کنار تخت معاینه وجود دارد؟ |  |  |
| وجود وسایل و تجهیزات مورد نیاز | 11. آیا سطل زباله دربدار پدال دار سالم در اتاق موجود است؟  |  |  |
| 12. آیا درون سطل، کیسه زباله موجود است؟ |  |  |
| 13. آیا اسپکولوم یکبار مصرف وجود دارد؟ |  |  |
| 14. آیا وسایل پاپ اسمیر (لام، سواپ، اسپاچولا، فیکساتور) موجود است؟ |  |  |
| 15. آیا بیکس سالم موجود است؟ |  |  |
| 16. آیا مواد شوینده و دترجنت (پودر رختشویی، وایتکس، ساولن، بتادین و الکل) به اندازه کافی در مرکز موجود است؟ |  |  |
| 17. آیا جار و چیتل سالم موجود است؟ |  |  |
| 18. آیا پوشش بر روی تخت ژینکولوژی موجود است؟ |  |  |
| 19. آیا چراغ پایه دار سالم در کنار تخت ژنیکولوژی وجود دارد؟ |  |  |
| 20. آیا چراغ قوه با باتری سالم وجود دارد؟ |  |  |
| عملکرد مسئول نظافت واحد | 21. آیا شستن روشویی روزانه با محلول دترجنت (وایتکس) انجام می شود؟ |  |  |
| 22. آیا نظافت و ضدعفونی کف اتاق به صورت روزانه انجام می شود؟ |  |  |
| 23. آیا دفع زباله های مرکز به عنوان زباله های بیمارستانی به روش صحیح (در کیسه های مخصوص) روزانه انجام می شود؟ |  |  |
|  | جمع نمره از 23 |  |  |

* آیتمهایی که با رنگ سبز تایپ شده اند، آیتمهای اضافه شده به چک لیست سابق می باشند.