|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | حیطه | سنجه | توضیحات / گویه | امتیاز مطلوب | ضریب | امتیاز با ضریب | امتیاز مکتسبه |
| 1 | **آگاهی** | \*پزشک آگاهی لازم در خصوص دستورالعملها و شاخصهای میانسالان را دارد و دستورالعملها را اجرا می نماید. | آگاهی از دستورالعمل ها و شاخص ها و اجرای صحیح و کامل دستورالعمل ها =4  آگاهی از دستورالعمل ها و شاخص ها و عدم اجرای صحیح و کامل دستورالعمل ها =3 آگاهی از دستورالعمل ها و اجرا صحیح و کامل آنها و عدم اگاهی از شاخص ها =2  آگاهی از دستورالعمل ها و عدم اجرای صحیح و کامل آنها و عدم آگاهی از شاخص ها=1  عدم آگاهی از دستورالعمل ها و شاخص ها و عدم اجرای دستورالعملها =0 | 4 | 5 | 20 |  |
| 2 | **عملکردی** | پزشک مراقبت میانسالان ارجاع شده را به صورت کامل انجام داده و پسخوراند می دهد.  (پرونده سه میانسال به صورت تصادفی انتخاب و بررسی گردد ) | انجام مراقبت هر سه میانسال ارجاع شده و ارسال پسخوراند : امتیاز 4  انجام مراقبت دو میانسال ارجاع شده و ارسال پسخوراند : امتیاز 3  انجام مراقبت یک میانسال ارجاع شده و ارسال پسخوراند : امتیاز 2  باکس ارجاعات دریافتی توسط پزشک باز و مشاهده شده / عدم انجام مراقبت برای هر سه میانسال بررسی شده: امتیاز 1  باز نکردن باکس ارجاعات دریافتی/ عدم انجام مراقبت برای هر سه میانسال بررسی شده : امتیاز 0 | 4 | 5 | 20 |  |
| جمع | | | | | | | 40 |
| **جمع امتیاز با ضریب : 40 جمع امتیاز مکتسبه باضریب : ................ درصد امتیاز مکتسبه : ......................** | | | | | | | |
| \*منظور از دستورالعملها در برنامه میانسالان ، موارد ذیل می باشد:  1.موارد ارجاع به روانشناس / کارشناس تغذیه( همه افراد غربال مثبت سلامت روان به کارشناس روان – کلیه بیماران مبتلا به فشار خون ، دیابت ، دیس لیپیدمی ، چاقی و لاغری به کارشناس تغذیه )  2.اقدام تشخیصی برای افراد غربال مثبت از نظر قند خون و فشار خون ( دیابت : دو نوبت قند خون ناشتای 126 و بالاتر – فشار خون بالا : فشار خون 90/140 و بالاتر در دفعات مختلف تا جایی که پزشک به تشخیص برسد)  3.موارد تجویز اتورواستاتین و آسپیرین (اتورواستاتین : خطر حوادث قلبی 30% و بالاتر ، دیابتی بالای 40 سال و بالاتر ، اختلال لیپید  آسپیرین : خطر بالای 30%، سکته قلبی یا مغزی غیر خونریزی دهنده ، دیابتی بالای 50 سال + یک عامل خطر دیگر ) | | | | | | | |
| **پایش شونده: پایش کننده:**  **نام و نام خانوادگی: نام و نام خانوادگی:**  **تاریخ: تاریخ:**  **امضاء: امضاء:** | | | | | | | |