ابزار پایش بهورز در برنامه مادران در شهرستان های تابعه دانشگاه علوم پزشکی اصفهان- 1401

نام شبکه ....... نام مرکز / خانه بهداشت.............. نام ونام خانوادگی پایشگر........... نام و نام خانوادگی پایش شونده ................ تاریخ...........

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| حیطه | ردیف | نوع فعالیت | توضیح موارد | امتیاز مطلوب | امتیاز مکتسبه |
| هماهنگی | 1 | جهت رفع نواقص اعلام شده در آخرین پسخوراند بازدید، اقدام نموده است. | پیگیری رفع نواقص اشاره شده در پسخوراند آخرین پایش | 1 |  |
| **جمع:** | | | | 1 |  |
| پشتیبانی | **2** | نظم و ترتیب و تمیزی اتاق بهورز، استفاده از روپوش کار تمیز و وسایل حفاظت فردی، برقراری تهویه، رعایت حریم خصوصی مادر، نگهداری مطلوب وسایل و تجهیزات رعایت می گردد. |  | 1 |  |
| **3** | نگهداری و بایگانی مستندات مطلوب است. | -بایگانی مناسب و داشتن فهرست (دستورعمل- کتب- رسانه های آموزشی)  - وجود راهنمای غربالگری مادر باردار و بیماری کووید19 در موارد سرپایی و راهنمای خروج از وضعیت جداسازی مادر باردار با بیماری کووید19 در مراقبت منزل در محل میز کار | 1 |  |
| **4** | لوازم مصرفی و وسایل حفاظت فردی به میزان کافی وجود دارد و از آنها استفاده می کند. | پلاستیک فریزر جهت پوشش پینارد یا پروپ سونیکید، ملحفه یکبار مصرف جهت مادر باردار، صابون مایع- مواد ضدعفونی کننده و...  - بررسی مستندات مربوط به پیگیری کمبودها | 1 |  |
| **5** | برآورد مکمل های غذایی بر اساس دستورعمل انجام شده و به میزان لازم موجود می باشد. | موجود بودن مستندات مربوط به برآورد صحیح- موجود بودن به میزان کافی  (برای ماما نظارت بر برآورد لحاظ گردد) | 2 |  |
| **6** | آمار و شاخص های مربوط به برنامه مادران را استخراج و از شاخص های مرتبط اطلاع دارد. | آگاهی از شاخص های برنامه سلامت مادران مندرج در سامانه جامع داده های سلامت (پوشش کامل مراقبت ها، آمار موارد کووید مادران تحت پوشش)- تعداد و علل مرگ های مادری دانشگاه | 2 |  |
| **7** | فهرست اسامی، کد ملی، شماره تلفن و تاریخ ورود و خروج مادران باردار تحت پوشش برنامه حمایتی تغذیه تهیه شده است. | مطابق فرم ابلاغی از واحد بهبود تغذیه | 2 |  |
| **8** | نسبت به مکاتبات و دستورعمل های ابلاغی واحد سلامت مادران آگاهی دارد. | مکاتبات مربوط به کرونا- آنفلوآنزا- تحلیل سالانه مرگ مادری و مداخلات ابلاغی پیشگیری از مرگ مادر- راهنمای تشخیص و درمان بیماری کووید19 در بارداری | 1 |  |
| **9** | فرم اکسل اطلاعات مادران باردار موجود و با سامانه سیب مطابقت دارد. |  | 2 |  |
| **10** | دفترچه ارجاع و پسخوراند ودفترچه مراقبت مادرموجود است. |  | 1 |  |
| **11** | نظام نوبت دهی اجرا می گردد. |  | 2 |  |
| **جمع:** | | | | 15 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| حیطه | ردیف | فرآیند( بررسی موارد ثبت شده در سامانه) | نام و نام خانوادگی: | |  | |  | |  | | امتیاز مطلوب | امتیاز مکتسبه |
| کد ملی: | |  | |  | |  | |
| هفته ختم بارداری: | |  | |  | |  | |
| مسیر پایش | | بلی | خیر | بلی | خیر | بلی | خیر | در کلیه موارد در صورت سه پاسخ بلی امتیاز 1 تعلق می گیرد | |
| ارائه خدمت | **12** | انجام مراقبت های بارداری متناسب با هفته بارداری | مرحله 1: منوی ثبت نام و سرشماری؛ فهرست خدمت گیرندگان؛ انتخاب وضعیت بارداری/ زایمان کرده؛ انتخاب تصادفی یک مادر باردار/ زایمان کرده  مرحله 2: منوی گزارش ها؛ خلاصه پرونده الکترونیکی؛ بخش سابقه؛ فهرست مراقبت های انجام شده: تطبیق مراقبت های انجام شده با سن بارداری/ سن ختم بارداری(درج شده در منوی ثبت زایمان) و تطابق با دستورعمل تعداد مراقبت ها در پاندمی کووید 19 | |  |  |  |  |  |  | 1 |  |
| **13** | ارجاع موارد نیازمند ارجاع | مرحله 1: منوی ثبت نام و سرشماری؛ فهرست خدمت گیرندگان؛ انتخاب وضعیت بارداری/ زایمان کرده؛ انتخاب تصادفی یک مادر باردار/ زایمان کرده  مرحله 2: خلاصه پرونده؛ فهرست ارجاعات | |  |  |  |  |  |  | 1 |  |
| **14** | دریافت پسخوراند موارد ارجاع شده با توجه به زمان ارجاع | مرحله 1: منوی ثبت نام و سرشماری؛ فهرست خدمت گیرندگان؛ انتخاب وضعیت بارداری؛ انتخاب تصادفی یک مادر باردار  مرحله 2: منوی پیام ها؛ بازخوردهای دریافتی-بررسی ثبت بازخورد در پرونده و بایگانی اسناد فیزیکی | |  |  |  |  |  |  | 1 |  |
| **15** | پیگیری مادرانی که به موقع مراجعه نکرده اند. | مرحله 1: منوی ثبت نام و سرشماری؛ فهرست خدمت گیرندگان؛ انتخاب وضعیت بارداری/ زایمان کرده؛ انتخاب تصادفی یک مادر باردار/ زایمان کرده  مرحله 2: منوی ارائه خدمت؛ فهرست پیگیری ها/ تماس ها؛ بررسی ثبت پیگیری و انجام آن | |  |  |  |  |  |  | 1 |  |
| **16** | ارجاع جهت انجام کامل مراقبت پیش از بارداری | مرحله 1: منوی ثبت نام و سرشماری؛ فهرست خدمت گیرندگان؛ انتخاب وضعیت بارداری/ زایمان؛ انتخاب تصادفی یک مادر باردار/ زایمان کرده  مرحله 2: منوی گزارش ها؛ خلاصه پرونده الکترونیکی؛ بخش سابقه؛ فهرست ارجاعات و مراقبت های انجام شده (در این بخش باید خدمات مربوط به مراقبت پیش از بارداری (ماما و پزشک) و تفسیر نتایج آزمایشات پیش از بارداری انجام شده باشد.) | |  |  |  |  |  |  | 1 |  |
| **17** | تکمیل فرم مراقبت و شرح حال اولیه بارداری قبل از ارائه سایر مراقبت ها | مرحله 1: منوی ثبت نام و سرشماری؛ فهرست خدمت گیرندگان؛ انتخاب وضعیت بارداری/ زایمان؛ انتخاب تصادفی یک مادر باردار/ زایمان کرده  مرحله 2: منوی گزارش ها؛ خلاصه پرونده الکترونیکی؛ بخش سابقه؛ فهرست مراقبت های انجام شده | |  |  |  |  |  |  | 1 |  |
| **18** | ارجاع جهت درخواست و ثبت نتیجه آزمایشات بارداری | مرحله 1: منوی ثبت نام و سرشماری؛ فهرست خدمت گیرندگان؛ انتخاب وضعیت بارداری/ زایمان؛ انتخاب تصادفی یک مادر باردار/ زایمان کرده  مرحله 2: منوی گزارش ها؛ خلاصه پرونده الکترونیکی؛ بخش سابقه؛ فهرست ارجاعات و مراقبت های انجام شده (بررسی ثبت نتیجه ازمایشات) | |  |  |  |  |  |  | 1 |  |
| **19** | ارجاع جهت درخواست و ثبت نتیجه سونوگرافی های بارداری | مرحله 1: منوی ثبت نام و سرشماری؛ فهرست خدمت گیرندگان؛ انتخاب وضعیت بارداری/ زایمان؛ انتخاب تصادفی یک مادر باردار/ زایمان کرده  مرحله 2: منوی گزارش ها؛ خلاصه پرونده الکترونیکی؛ بخش سابقه؛ فهرست ارجاعات و مراقبت های انجام شده(بررسی ثبت نتیجه سونوگرافی) | |  |  |  |  |  |  | 1 |  |
| حیطه | ردیف | فرآیند( بررسی موارد ثبت شده در سامانه) | نام و نام خانوادگی: | |  | |  | |  | | امتیاز مطلوب | امتیاز مکتسبه |
| کد ملی: | |  | |  | |  | |
| هفته ختم بارداری: | |  | |  | |  | | در کلیه موارد در صورت سه پاسخ بلی امتیاز 1 تعلق می گیرد | |
| مسیر پایش | | بلی | خیر | بلی | خیر | بلی | خیر |
| ارائه خدمت | **20** | تکمیل وضعیت ایمن سازی | منوی گزارش ها؛ خلاصه پرونده الکترونیکی؛ بخش سابقه؛ فهرست مراقبت های انجام شده (بررسی ثبت وضعیت ایمن سازی ) | |  |  |  |  |  |  | 1 |  |
| **21** | انجام و ثبت غربالگری تغذیه در مراقبت مادر | منوی گزارش ها؛ خلاصه پرونده الکترونیکی؛ بخش سابقه؛ فهرست مراقبت های انجام شده (بررسی ثبت غربالگری تغذیه) | |  |  |  |  |  |  | 1 |  |
| **22** | انجام معاینه فیزیکی مادر باردار توسط پزشک (مراقبت و شرح حال اولیه بارداری) | مرحله 1: منوی ثبت نام و سرشماری؛ فهرست خدمت گیرندگان؛ انتخاب وضعیت بارداری/ زایمان؛ انتخاب تصادفی یک مادر باردار/ زایمان کرده  مرحله 2: منوی گزارش ها؛ خلاصه پرونده الکترونیکی؛ بخش سابقه؛ فهرست ارجاعات و مراقبت ها جهت بررسی انجام شرح حال اولیه پزشک | |  |  |  |  |  |  | 1 |  |
| **23** | هماهنگی ثبت شروع/ خاتمه بیماری ها و دارو ها در زبانه ثبت وقایع (در صورت نیاز) | منوی ثبت وقایع، انتخاب گزینه ثبت بیماری/ ثبت داروی مصرفی | |  |  |  |  |  |  | 1 |  |
| **24** | ثبت وزن مادر و تحلیل آن نسبت به وزن های قبلی | انتخاب نمودار وزن گیری از منوی بالای صفحه و کنترل آن.  در صورت غیرطبیعی بودن، بررسی اقدام انجام شده در خلاصه پرونده بارداری (با توجه به تاریخ) | |  |  |  |  |  |  | 1 |  |
| **25** | ثبت فشارخون مادر و تحلیل آن نسبت به میزان فشارخون های قبلی | کنترل نمودار فشارخون در خلاصه پرونده الکترونیکی مادر  در صورت افزایش، بررسی اقدام انجام شده در خلاصه پرونده | |  |  |  |  |  |  | 1 |  |
| **26** | تکمیل فرم مراقبت پس از زایمان | انتخاب و کنترل یک نوبت مراقبت پس از زایمان | |  |  |  |  |  |  | 1 |  |
| **27** | ثبت و اقدام بر اساس پسخوراند دریافتی | منوی پیام ها؛ بازخوردهای دریافتی-بررسی ثبت بازخورد در پرونده الکترونیک-بایگانی اسناد فیزیکی | |  |  |  |  |  |  | 1 |  |
| **28** | انجام کامل پیگیری مادران مشکوک/ مبتلا به بیماری کووید 19 تحت پوشش | بررسی کامل بودن پیگیری سه مورد به ترتیب و با ثبت کدملی در این ستون | |  |  |  |  |  |  | 1 |  |
| **29** | متناسب بودن تعداد مادران مراقبت شده و جمعیت مورد نظر | منوی ثبت نام و سرشماری؛ فهرست خدمت گیرندگان؛ انتخاب وضعیت بارداری؛ بررسی تعداد مادران باردار (تقریبا هفت دوازدهم تعداد کودکان زیر یکسال) | |  | | | | | | 1 |  |
| **30** | پوشش کامل مراقبت دوران بارداری (بر اساس شاخص مندرج در سامانه جامع داده های سلامت) \*میزان شاخص واحد بهداشتی مربوط به پایان سال 1400 و وضعیت فعلی ثبت شود | در واحد های بهداشتی **مراکز بهداشت شماره 1 و 2 اصفهان** :  80 % و بیشتر: ‌2 امتیاز - 80%- 40% 1 امتیاز کمتر از 40% : 0 امتیاز  **در سایر شبکه های بهداشت و درمان:**  90 % و بیشتر: ‌2 امتیاز - 90%- 50% 1 امتیاز کمتر از 50% : 0 امتیاز | |  | | | | | | 2 |  |
| **31** | پوشش مراقبت 2 و 3 پس از زایمان (بر اساس شاخص مندرج در سامانه جامع داده های سلامت)  \*میزان وضعیت فعلی شاخص واحد بهداشتی ذکر شود | **واحد های بهداشتی اصفهان 1 و 2** | **واحد های بهداشتی سایر شهرستانها** |  | | | | | | 4 |  |
| 90 % و بیشتر: ‌4 امتیاز  90%-85 %: 3 امتیاز  85%-80%: ‌2 امتیاز  80%-75 % : 1 امتیاز  کمتر از 75 %: 0 امتیاز | 90 % و بیشتر: ‌4 امتیاز  90-80 %: 3 امتیاز  80-70%: ‌2 امتیاز  70-60 %: 1 امتیاز  کمتر از 60 %: 0 امتیاز |
| **جمع:** | | | | | | | | | | | 24 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| حیطه | ردیف | نوع فعالیت | توضیح موارد | امتیاز مطلوب | امتیاز مکتسبه |
| مهارت ارائه دهنده خدمت | **32** | استفاده از بوکلت مادران و بکارگیری آن در صورت لزوم |  | 1 |  |
| **33** | مهارت در کار با سامانه سیب |  | 1 |  |
| **34** | توانایی اخذ گزارش از موارد ثبت شده |  | 1 |  |
| **35** | اطلاع از تعداد و وضعیت مادران نیازمند مراقبت ویژه و داشتن لیست اسامی | تکمیل فایل اکسل ثبت مادران باردار | 1 |  |
| **36** | توانایی انجام معاینه شکمی بر اساس سن حاملگی (مانورهای لئوپولد- سمع قلب جنین) |  | 1 |  |
| **جمع:** | | | | 5 |  |
| **جمع کل:** | | | | 45 |  |
| **جمع امتیاز : 45 جمع امتیاز مکتسبه : ................ درصد امتیاز مکتسبه : ......................** | | | | | |
| **پایش شونده: پایش کننده:**  **نام و نام خانوادگی: نام و نام خانوادگی:**  **تاریخ: تاریخ:**  **امضاء: امضاء:** | | | | | |