**به نام خالق هستي**

|  |  |
| --- | --- |
| رديف | **شرح استاندارد چک ليست پايش برنامه غربالگري کشوري بيماري کم‌کاري تيروئيد نوزادان**  **(سطح شهرستان)** |
| 1 | **-** وجود برنامه عملياتي (3 امتياز) – تعيين اهداف کلي، اختصاصي و استراتژيها برابر اهداف تعيين شده توسط استان (2 امتياز) - تهيه جدول زمان بندي فعاليت‌ها يا جدول گانت (3 امتياز) – پايش انجام فعاليت ها بر مبناي جدول زمان‌بندي (2 امتياز) |
| 2 | **-** وجود دستورالعمل کشوري برنامه غربالگري کم‌کاري تيروئيد نوزادان (1 امتياز) – کتاب پزشک و کم‌کاري تيروئيد (1 امتياز) – کتاب کاردان و کم‌کاري تيروئيد (1 امتياز) – کتاب بهورز و کم‌کاري تيروئيد (1 امتياز) – کتاب کم‌کاري تيروئيد و خانواده (1امتياز) |
| 3 | - وجود بايگاني کاغذي يا نرم افزاري از شاخص‌ها ي اجرايي برنامه در هر سال (1 امتياز و حداکثر 5 امتياز ) |
| 4 | **-** محاسبه شاخص هاي هر فصل (2 امتياز) - ارسال پسخوراند در هر فصل (2امتياز) – محاسبه شاخص ساليانه و ارسال پسخوراند (1 امتياز) |
| 5 | - برگزاري جلسه کميته هماهنگي مشورتي غيرواگير با حضورتمام اعضاء با موضوعيت هفته جهانی تیروئید - مشاهده صورتجلسه با حضور 80 % اعضاء (هر جلسه 1 امتياز و حداکثر2 امتياز)- پيگيري مصوبات و اجرايي شدن آنها (3امتياز) |
| 6 | **-** ارسال به موقع فرم 3 ،حداکثر 15 روز بعد از پايان هر فصل (1 امتياز)– تاخير هر 5 روز 5/0 امتياز کم خواهد شد – صحت اطلاعات ارسالي و تطابق آنها (1 امتياز) - ارسال فرم 4 اطلاعات بيماران هر 6 ماه يک بار(1 امتياز) – گزارش به موقع موارد منفي کاذب (1 امتياز)  (با توجه به اينکه فرم 4 و فرم منفي کاذب هر 6 ماه يک بار ارسال مي‌گردد، در فصولي که پايش انجام نمي‌شود امتيازي تعلق نمي‌گيرد). |
| 7 | **-** وجود هماهنگي واحد بيماريها و آزمايشگاه (1امتياز) - تنظيم خريد به موقع لوازم مصرفي (2 امتياز) - وجود لوازم مصرفي براساس نياز حداقل براي 3 ماه (1 امتياز) – توزيع به موقع در مراکز نمونه گيري (1 امتياز) |
| 8 | **-**برگزاري جلسه هماهنگي با اداره پست (1 امتياز) – جمع آوري نمونه ها از مراکز و ارسال به موقع نمونه‌ها به آزمايشگاه رفرانس (4 امتياز) (بررسي مستندات و مشاهده تاريخ‌هاي ارسال و دريافت نمونه ها) |
| 9 | **-** وجود exle موارد مشکوک و مثبت (1 امتياز) – پيگيري موارد مشکوک (انجام آزمايشات تکميلي) و ارجاع به موقع به فوکال پونيت برنامه (2 امتياز) - شروع درمان نوزادان بيمار در کمتر از 28 روزگي (2 امتياز)، در صورت تاخير در درمان به ازاء هر نوزاد 5/0 امتياز کسر مي گردد. |
| 10 | **-** وجود ليست اسامي بيماران از ابتداي برنامه (1 امتياز) –ارسال نامه به مرکز تحت پوشش نوزاد بیمار وثبت بیمار در سامانه سیب (2 امتياز) بررسی نامه های ارسالی به مراکز – پيگيري درمان کودکان برابر دستورالعمل انجام شده (2 امتياز) (مشاهده چند مراقبت در فرم شماره 4 وخدمت 8179 در سامانه سیب برای نوزاد بیمار) |
| 11 | **-** اطلاع رساني به مطب‌ها و درمانگاه‌هاي شهرستان انجام شده (1 امتياز) – گزارش‌گيري به موقع موارد منفي کاذب (2 امتياز) – پيگيري درمان و مراقبت موارد منفي کاذب (2 امتياز) (بررسي مستندات و مشاهده اطلاعات تکميل شده) |
| 12 | **-** تهيه ليست بيماران برابر فرم 4و به روز نمودن اطلاعات آن در نرم افزار اکسل(3 امتياز) ( مشاهده تکميل بودن اطلاعات فرم 4 و کنترل آن و به روز بودن اطلاعات)  - تهيه ليست اسامي موارد منفي کاذب و به‌روز نمودن اطلاعات آن (2امتياز) |
| 13 | **-** نظارت بر نرم افزار غربالگری و ثبت جواب‌هاي آزمايشات در سامانه سیب (3 امتياز) – پيگيري تاخير در وصول جواب‌ آزمايشات انجام شده (2 امتياز) |
| 14 | **-** بازديد از آزمايشگاه منتخب و همکار به اتفاق مسئول آزمايشگاه شهرستان وتکميل چک ليست مربوطه (2 امتياز) - هماهنگي با آزمايشگاه منتخب جهت پذيرش بيماران ارجاعي (1 امتياز) |
| 15 | **-** مکاتبه با شهرستان مقصد بيمار (2 امتياز) (مشاهده مکاتبات انجام گرفته) - پيگيري جهت حصول اطمينان ازادامه درمان (1 امتياز) (نتيجه پيگيري) |
| 16 | **-** پزشک فوکال پونيت برنامه تعيين شده است (روئيت ابلاغ)1 امتياز - پزشک فوکال پونيت در برنامه آموزشي شرکت مي کند (2امتياز) - پزشک فوکال پونيت در پيگيري و درمان بيماري همکاري مطلوب دارد (1 امتياز) |
| 17 | **-** برنامه آموزشي ويژه پزشکان، کارشناسان، کاردان ها برگزار شده است (هر جلسه 1 امتياز، حداکثر 3 امتياز) - برنامه آموزشي ويژه بهورزان برگزار شده است (2 امتياز) (هرجلسه 1 امتياز، حداکثر 2 امتياز) |
| 18 | **-** هماهنگي با مسئولين بيمارستان و زايشگاه (1امتياز) - توزيع متون آموزشي، آموزش، پايش و نظارت بر امر اطلاع رساني به والدين نوزادان (3 امتياز) – نمونه‌گيري از نوزادان بيمار بستري در NICU و ديگر بخشها (1امتياز) |
| 19 | **-** وجود برنامه پايش (1 امتياز) - انجام پايش از مراکز تابعه (بازديد از هر مرکز حداقل سالي 2 بار (2 امتياز) - ارسال پسخوراند به مراکز بهداشتي-درماني تابعه (2 امتياز) ( پايش مطلوب حداقل فصلي يک نوبت از مراکز بهداشتي و درماني و حداقل سالي دو نوبت خواهد بود). |
| 20 | - پوشش ساليانه سال قبل ملاک محاسبه مي باشد: پوشش برنامه 100 درصد ساليانه (3 امتياز) - بين 99-90 درصد ساليانه (2 امتياز)  – پوشش کمتراز90 درصد (صفر امتياز) |

**چک ليست پايش برنامه کشوري غربالگري بيماري کم کاري تيروئيد نوزادان**

**(سطح ستاد شهرستان)**

نام شهرستان:

نام و نام خانوادگي کارشناس هماهنگ کننده برنامه در ستاد شهرستان:

نام و نام خانوادگي پايشگر: سمت :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **شرح فعاليت ستاد مرکز بهداشت** | **حداکثر امتياز** | **تاريخ بازديد** | | | |
|  |  |  |  |
| 1 | آيا برنامه عملياتي ساليانه شهرستان موجود است ؟ | 10- 0 |  |  |  |  |
| 2 | آيا دستورالعمل‌ها و متون آموزشي برنامه موجود است ؟ | 5 - 0 |  |  |  |  |
| 3 | آيا مستندسازي آمار و شاخص‌هاي برنامه از ابتداي اجرا تا‌کنون وجود دارد ؟ | 5 - 0 |  |  |  |  |
| 4 | آيا شاخص‌هاي اجرايي فصلي و ساليانه برنامه محاسبه شده و به مراکز ارسال گرديده است؟ | 5 - 0 |  |  |  |  |
| 5 | آيا جلسات هماهنگي ساليانه ( با حضور بهداشت خانواده، گسترش شبکه، آزمايشگاه، فوکال پوينت برنامه و...) برگزار شده است؟ | 5 - 0 |  |  |  |  |
| 6 | آيا کارشناس برنامه فرم‌هاي آماري را دقيق و به موقع به ستاد استان ارسال مي نمايد؟ | 5 - 0 |  |  |  |  |
| 7 | آيا کارشناس برنامه بر خريد و توزيع تجهيزات و لوازم نمونه‌گيري و كيت‌هاي آزمايشگاهي نظارت داشته ومشکلات را پيگيري مي‌کند‌؟ | 5 - 0 |  |  |  |  |
| 8 | آيا هماهنگي و پيگيري لازم با اداره پست استان در خصوص ارسال به موقع و استاندارد نمونه‌ها صورت گرفته است؟ | 5- 0 |  |  |  |  |
| 9 | آيا ثبت،گزارش و پيگيري تمام موارد مشکوک اعلام شده از آزمايشگاه رفرانس شده به موقع انجام شده است؟ | 5 - 0 |  |  |  |  |
| 10 | آيا پيگيري و مراقبت، بر اساس دستورالعمل كشوري در تمامي بيماران شناسايي شده  انجام شده است؟ | 5- 0 |  |  |  |  |
| 11 | آيا اطلاع‌رساني در زمينه "گزارش فوري موارد منفي کاذب بيماري کم‌کاري تيروئيد" به مراکز درماني و مطب‌ها شده است؟ | 5 - 0 |  |  |  |  |
| 12 | آيا اطلاعات مربوط به بيماران (فرم 4 مراقبت در قالب اکسل و فرم منفي کاذب در قالب اکسل) به صورت کامل و دقيق تکميل و هر 6 ماه به استان ارسال مي شود؟ | 5 - 0 |  |  |  |  |
| 13 | آيا کارشناس برنامه بر نرم افزار غربالگری نوزادان نظارت دارد و موارد ثبت ناقص ،پیگیریهای مورد نیاز را بررسی واقدام لازم انجام می دهد ؟ | 5 - 0 |  |  |  |  |
| 14 | آيا آزمايشات تائيد تشخيص در آزمايشگاه منتخب انجام مي‌گيرد‌؟ | 3- 0 |  |  |  |  |
| 15 | آيا موارد مهاجرت بيماران (استاني و خارج استاني) گزارش و پيگيري مي‌شود؟ | 3 - 0 |  |  |  |  |
| 16 | آيا پزشک فوکال پوينت علمي برنامه در شهرستان تعيين و آموزش ديده است و همكاري مطلوب دارد؟ | 4 - 0 |  |  |  |  |
| 17 | آيا کارگاه آموزشي ساليانه در ارتباط با برنامه كشوري غربالگري کم‌کاري تيروئيد نوزادان در ستاد شهرستان برگزار شده است؟ | 5 - 0 |  |  |  |  |
| 18 | آيا کارشناس برنامه هماهنگي‌هاي لازم با مسئولين بيمارستان، زايشگاه، بخش نوزادان و درمانگاه را به منظور اطلاع‌رساني(آموزش، توزيع متون آموزشي، پايش و نظارت) و انجام نمونه‌گيري از نوزادان بيمار بستري انجام داده است؟ | 5 - 0 |  |  |  |  |
| 19 | آيا پايش اجراي برنامه در مراکز تحت پوشش، توسط تيم ستادي شهرستان، انجام و پس خوراند مناسب ارسال شده است؟ | 5 - 0 |  |  |  |  |
| 20 | پوشش برنامه غربالگري به چه ميزان است؟ | 5 - 0 |  |  |  |  |
| **جمع امتيازات** | | **100** |  |  |  |  |

**امضا پايشگر: تاريخ پايش:**