|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| چک لیست بازدید برنامه سرطان شبکه بهداشت شهرستان.............. | | | | | |
| **توضیحات** | **تاریخ بازدید**  **...................** | | | **برنامه** | **ردیف** |
| **امتیاز0تا3** | **خیر** | **بلی** |
|  |  |  |  | **آیا کمیته سرطان در سال جاری تشکیل و به مشکلات برنامه پرداخته 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 : خیریه ها ، 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 انجام شده است؟** | 5 |
|  |  |  |  | **جدول زمان بندی بازدید مراکز محیطی 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 به صورت فصلی و سالیانه استخراج و موجود می باشد؟** | 10 |
|  |  |  |  | **آیا مقایسه ورتبه بندی شاخص های مراکز و پایگاههای سلامت انجام و برای آنها ارسال شده است؟** | 11 |
|  |  |  |  | **آیا پوشش غربالگری سرطان کولورکتال در حدمطلوب می باشد؟** | 12 |
|  |  |  |  | آیا پوشش غربالگری سرطان برست در حدمطلوب می باشد؟آآ | 13 |
|  |  |  |  | آیا پوشش غربالگری سرطان سرویکس در حدمطلوب می باشد؟ | 14 |
|  |  |  |  | **آیا شاخص کولونوسکوپی شهرستان در حد مطلوب است؟** | 15 |
|  |  |  |  | **آیا جهت رفع مشکلات مراکزی که دارای عملکرد ضعیف هستند اقدامی انجام شده است؟** | 16 |
|  |  |  |  | **آیا پرسنل مراکزی که عملکرد مطلوب داشته اند تشویق شده اند؟** | 17 |
|  |  |  |  | **آیا ارسال آمار به استان در موعد مقرر انجام می شود؟(حداکثر تا 15 روز از فصل بعد)** | 18 |
|  |  |  |  | **آیا امار ارسالی صحیح بوده است؟** | 19 |
|  |  |  |  | **آیا مستندات کولونوسکوپی های انجام شده در شبکه موجود است** | 20 |
|  |  |  |  | **آیا مستندات سرطان های کولورکتال فصل به طور کامل به استان ارسال شده است** | 21 |
|  |  |  |  | **آیا مستندات سرطان های برست فصل به طور کامل به استان ارسال شده است** | 22 |
|  |  |  |  | **آیا در خصوص برگزاری هفته سرطان سال قبل ببرنامه ریزی مناسب انجام شده است** | 23 |
|  |  |  |  | **آیا مستندات برنامه های اجرا شده در هفته سرطان موجود است** | 24 |
|  |  |  |  | **آیا گزارش عملکرد هفته سرطان به استان ارسال گردیده است؟** | 25 |
|  |  |  |  |  | 26 |
|  |  |  |  | **نام و نام خانوادگی و امضای ناظر: جمع کل امتیاز : 75** | |