**چک لیست پایش واحد مدیریت خطر بلایا– بهورز / مراقب سلامت**

**نام شهرستان..................نام مرکز/ پایگاه/ خانه بهداشت..............نام پایش شوندگان: ............نام پایشگران........... تاریخ پایش................**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | سؤال/ انتظار | توضیحات | ضریب | سقف امتیاز | **امتیاز مکتسبه** | | |
| مراقب سلامت/ بهورز ..... | مراقب سلامت/ بهورز ..... | مراقب سلامت/ بهورز ..... |
| 1 | **برنامه ارزيابی سطح خطرو ایمنی واحد بهداشتی ( (SARA** | بر اساس برنامه SARA مخاطرات تهدید کننده منطقه، جمعیت و واحد بهداشتی تحت پوشش را به ترتیب اولویت و درصد خطر می شناسد؟(براساس 5 دسته مخاطرات هر اولویت صحیح 1 امتیاز) | **1** | **5** |  |  |  |
| بیان شاخص ایمنی سازه ای، غیر سازه ای و عملکردی واحد بهداشتی تحت پوشش سال 1401 و 1402 وتحلیل هر کدام از آنها.( 6 شاخص که هر آیتم0.25 امتیاز و تحلیل آن 0.25امتیاز دارد) | **2** | **6** |  |  |  |
| 2 | **برنامه عملیات پاسخ به بلایا و فوریتها(EOP)** | برنامه EOP مرکز تدوین شده و پزشک از آن آگاهی دارد؟1 امتیاز)  نحوه فراخون اعضا مشخص شده است؟(1 امتیاز)  تیم ارزیابی سریع مشخص شده است؟(1 امتیاز)  آیا چارت فرماندهی حادثه تدوین شده و پزشک نقش و وظایف خود در چارت اطلاع دارد؟(1 امتیاز) | **2** | **8** |  |  |  |
| 3 | **برنامه نظام ثبت وقوع و پیامدهای بلايا (DSS)** | فرم های گزارش مخاطره به سطح بالاتر را می شناسد(فرم سیت رپ و دی اس اس)-(هر کدام 1 امتیاز)  تفاوت این دو نوع گزارش را بیان می نماید.( 1 امتیاز )  تعریف دو نوع گزارش صفر را بیان می کند.(هر کدام 1 امتیاز) | **2** | **8** |  |  |  |
| فرایند گزارش مخاطره و یا گزارش صفر به سطح بالاتر در فصل قبل در مرکز اجرا شده است. 2 امتیاز | **2** | **4** |  |  |  |
| 4 | **برنامه آموزش آمادگی خانوار در برابر بلایا(DART)** | تعریف برنامه دارت را می داند.(2متیاز)  درصد شاخص های آموزش بار اول و بار دوم خانوار تحت پوشش در واحد بهداشتی را میداند(هر کدام 1 متیاز) | **2** | **6** |  |  |  |
| 5 | **اقدامات کاهش آسیب غیر سازه ای (SNS)** | چیدمان ایمن وسایل و تجهیزات در واحد بهداشتی رعایت و نظارت شده است(1 امتیاز)  پیگیری انجام اقدامات کاهش آسیب غیر سازه ای و یا سازه ای در واحد بهداشتی انجام شده است.(در صورت پیگیری و مشاهده مستندات و یا مشاهده نتیجه پیگیری واقدام( 1 امتیاز)  در صورت انجام اقدامات کاهش آسیب در واحد بهداشتی حفظ و نگهداشت آن رعایت شده است(1امتیاز) | **2** | **6** |  |  |  |
| 6 | **کمیته های درون بخشی** | آیا کمیته بهداشت مدیریت بلایا و کمیته ارتقای ایمنی مرکز برگزار می گردد و صورتجلسات موجود است؟(1 امتیاز)  جلسات هماهنگی مرکز تشکیل شده و مباحث مربوط به بلایا و حوادث و ایمنی مرکز مطرح می شود؟(1 امتیاز) | **2** | **4** |  |  |  |
| 7 | **بزرگداشت مناسبت ها و برگزاری کمپین ها** | اقدامات مربوط به فعالیتهای مختلف (هفته پیشگیری از غرق شدگی، هفته کاهش اثرات بلایای طبیعی، یادواره قربانیان حوادث ترافیکی، پدافند غیر عامل، پیشگیری حوادث ترافیکی زمستانه، پیشگیری از حوادث ترافیکی نوروز و پیشگیری از حوادث چهارشنبه) سوری انجام گردیده است؟(هر کدام 1 امتیاز) | **1** | **7** |  |  |  |
| 8 | **نظارت و پایش** | پایش واحدهای زیرمجموعه انجام شده و مباحث مدیریت خطر بلایا، حوادث و پدافند غیر عامل (DART. SARA. SNS.DSS.تمرین و مانور، مناسبتها و ... بررسی می شود؟(3امتیاز) | **2** | **6** |  |  |  |
| 9 | **اجرای برنامه پدافند غیر عامل** | آیا بهورز / مراقب از کلیات برنامه پدافند غیر عامل اطلاع دارد؟(2 امتیاز) | **2** | **4** |  |  |  |
| 10 | **دستورالعمل همگون سازی** | نقشه خطر واحد بهداشتی رسم و در معرض دید عموم قرار گرفته است. (1 امتیاز)  چارت فرماندهی حادثه (ICS)واحد بهداشتی بروز رسانی و در بورد نصب گردیده است(1 امتیاز)  جدول مربوط به شاخصهای برنامه SARA از سال 1395 تا 1402 استخراج و در سیستم مراقب/ بهورز بایگانی گردیده است؟(1 امتیاز) | **2** | **6** |  |  |  |
| جمع امتیاز با ضریب : 70 جمع امتیاز مکتسبه باضریب ( مراقب سلامت/بهورز اول): ................ درصد امتیاز مکتسبه( مراقب سلامت/بهورز اول) : ......................  جمع امتیاز با ضریب : 70 جمع امتیاز مکتسبه باضریب ( مراقب سلامت/بهورز دوم): ................ درصد امتیاز مکتسبه( مراقب سلامت / بهورزدوم) : ......................  جمع امتیاز با ضریب : 70 جمع امتیاز مکتسبه باضریب ( مراقب سلامت/بهورز سوم): ................ درصد امتیاز مکتسبه( مراقب سلامت/بهورز سوم) : ...................... | | | | | | | |
| **پایش شونده: پایش کننده:**  **نام و نام خانوادگی: نام و نام خانوادگی:**  **تاریخ: تاریخ:**  **امضاء: امضاء:** | | | | | | | |