|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **سوال** | **نحوه سنجش** | **معیار سنجش** | **شش ماهه اول سال****تاریخ تکمیل :****نام خانودگی تکمیل کننده :** | **شش ماهه دوم سال****تاریخ تکمیل :****نام خانودگی تکمیل کننده :** |
| **بله** | **خیر** | **ملاحظات** | **بله** | **خیر** | **ملاحظات** |
| **1** | **آيا رابط سلامت تعیین شده است؟( نماینده شورا)** | **مشاهده مستندات** | **تکمیل فرم شماره 1** |  |  |  |  |  |  |
| **2** | **آيا اعضای شورا کارگاه برنامه ریزی مشارکتی را گذرانده اند؟** | **مشاهده و بررسي مستندات** | **مستندات کارگاه** |  |  |  |  |  |  |
| **3** | **آيا برنامه عملیاتی تدوین شده است؟** | **مشاهده و بررسي مستندات** | **تكميل فرم شماره 2** |  |  |  |  |  |  |
| **4** | **آيا برنامه تدوین شده مورد تایید است؟** | **مشاهده و بررسي مستندات** | **بررسی و تحلیل فرم شماره 2** |  |  |  |  |  |  |
| **5** | **آیا برنامه تدوین شده طبق زمان تعیین شده، اجرا شده است؟** | **مشاهده و بررسي مستندات** | **بررسی مستندات مرتبط به اجرای برنامه** |  |  |  |  |  |  |
| **6** | **آيا اهداف برنامه تحقق یافته است؟****(بررسی دستیابی به اهداف)** | **مشاهده و بررسي مستندات** | **بررسی مستندات مرتبط** |  |  |  |  |  |  |

**چک لیست پایش عملکرد برنامه خودمراقبتی اجتماعی خانه بهداشت :**

**چک لیست پایش عملکرد برنامه خودمراقبتی اجتماعی خانه بهداشت :**