نام سازمان : تاریخ تکمیل چک لیست :

نام و نام خانوادگی رئیس سازمان : تعداد کارکنان :

نام و نام خانوادگی رابط سلامت سازمان : شماره تماس رابط سلامت :

چک لیست پایش خود مراقبتی سازمانی

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **سوال** | **نحوه سنجش** | **معیار سنجش** | **سقف امتیاز** | **امتیاز کسب شده** | **توضیحات** |
| 1 | آیا جلسه شورای ارتقای سلامت کارکنان به صورت فصلی تشکیل شده است | بررسی صورت جلسات فصلی | تشکیل جلسات فصلی  (هر صورت جلسه 25 امتیاز ) | 100 |  |  |
| 2 | آیا نیاز های مرتبط با سلامت در محل کار شناساییو اولویت بندی شده اند | بررسی مستندات | تعیین نیاز های سلامت کارکنان سازمان  (مشاهده فرم نظر سنجی کارکنان ) | 150 |  |  |
| 3 | آیا هدف کلی و اهداف اختصاصی برنامه عملیاتی ارتقای سلامت کارکنان مشخص شده است | بررسی مستندات | وجود یک هدف کلی (50 امتیاز )و حداقل دو هدف اختصاصی smartمرتبط که باشد (50 امتیاز برای هر هدف اختصاصی ) | 150 |  |  |
| 4 | آیا فعالیتهای مرتبط با هر هدف اختصاصی تدوین شده است | بررسی مستندات | تعیین حداقل یک فعالیت مرتبط به ازای هر هدف اختصاصی (به ازای هر فعالیت 100 امتیاز ) | 200 |  |  |
| 5 | آیا برنامه عملیاتی مطابق زمان پیش بینی شده اجرا گردیده است |  | تدوین جدول زمانبندی فعالیتها (50 امتیاز )و اجرای اقدامات طبق زمانبندی پیش بینی شده (به ازای هرفعایت 100 امتیاز ) | 250 |  |  |
| 6 | آیا برنامه عملیاتی ارزشیابی شده است | بررسی مستندات | انجام ارزشیابی فرایند (50 امتیاز )و برای ارزشیابی تاثیر (100امتیاز ) | 150 |  |  |