**چک لیست پایش « برنامه هر خانه، یک پایگاه سلامت»**

**مرکز بهداشت شهرستان پایگاه سلامت /خانه بهداشت**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **تاریخ بازدید** | | **نام خانوادگی پایش شونده** | **سمت** | **تحصیلات** | | | | |
|  | |  |  |  | | | | |
| **ردیف** | **عنوان** | | | | **امتیاز استاندارد** | **امتیاز کسب شده** | | **توضیحات** |
| **1** | **آیا جلسات درون بخشی و بین بخشی در راستای ارتقای برنامه برگزار شده و مستندات موجود می باشد؟** | | | | **5** |  | |  |
| **2** | **آیا برنامه عملیاتی و جدول گانت فعالیت­های آموزشی برنامه تدوین شده است؟** | | | | **5** |  | |  |
| **3** | **آیا جذب سفیر سلامت خانوار به حد انتظار تعیین شده رسیده است؟(70%خانوارهای تحت پوشش تا پایان سال 99 )** | | | | **5** |  | |  |
| **4** | **آیا بسته های اموزشی و برنامه زمانبندی آموزش ها در دسترس مراقب سلامت یا بهورز می باشد ؟** | | | | **5** |  | |  |
| **5** | **آیا آموزش بر اساس برنامه زمانبندی اموزشی برگزار می­گردد؟** | | | | **5** |  | |  |
| **6** | **آیا ارزیابی و ارزشیابی اطلاعات آموزش گیرندگان به میزان یک درصد انجام می شود ؟** | | | | **5** |  | |  |
| **7** | **آیا آموزش حضوری و غیر حضوری برای سفیر سلامت خانوار به حد انتظار تعیین شده رسیده است؟** | | | | **5** |  | |  |
| **8** | **آیا پزشک مسئول مرکز خدمات جامع سلامت و کاردان بهداشتی مرکز برای رسیدن به شاخص مورد نظر ، برنامه­ریزی مدونی دارد و از پیشرفت آن اطلاعی دارد ؟** | | | | **5** |  | |  |
| **9** | **آیا میزان آگاهی سفیران سلامت خانوار از متون آموزشی هر خانه یک پایگاه سلامت مطلوب است؟** | | | | **5** |  | |  |
| **10** | **آیا مستندات فرایند آموزش( برنامه عملیاتی ، بسته های اموزشی ، برنامه زمانبندی اموزش ها ، پیش آزمون، پس آزمون) موجود است؟** | | | | **5** |  | |  |
| **11** | **آیا ثبت اطلاعات سفیر سلامت خانوار در سامانه سیب انجام شده است؟** | | | | **5** |  | |  |
| **12** | **آیا ثبت آموزش سفیر سلامت خانوار در سامانه سیب انجام شده است؟** | | | | **5** |  | |  |
| **13** | **آیا گزارش ماهیانه سفیران سلامت خانوار به مرکز بهداشت شهرستان به موقع ارسال می­گردد؟** | | | | **5** |  | |  |
| **14** | **آیا موشن گرافی های برنامه هرخانه یک پایگاه سلامت ازتلویزیون مرکزپخش می شود؟** | | | | **5** |  | |  |
| **15** | **آیا کلاس­های برگزار شده و آموزش­های غیرحضوری برای رابط سلامت محله مطابق برنامه زمانبندی اجرا شده است؟** | | | | **5** |  | |  |
| **16** | **آیا هر رابط سلامت محله 20 خانوار دارای سفیر سلامت را تحت پوشش قرار داده است؟** | | | | **5** |  | |  |
| **17** | **آیا جذب رابط سلامت محله به حد انتظار تعیین شده رسیده است؟(50 % خانوارهای تحت پوشش)** | | | | **5** |  | |  |
| **18** | **آیا رابطین سلامت محله 14 فصل کتاب دوره مقدماتی را گذرانده­اند؟** | | | | **5** |  | |  |
| **19** | **" آیا میزان آگاهی رابط سلامت محله از متون آموزشی هر خانه یک پایگاه مطلوب است؟** | | | | **5** |  | |  |
| **20** | **آیا رابطین سلامت محله جلسات آموزش گروهی، مجازی و چهره به چهره برای سفیران سلامت خانوار تحت پوشش برگزار می­نمایند؟** | | | | **5** |  | |  |
| **21** | **ثبت اطلاعات رابط سلامت محله در سامانه سیب انجام شده است؟** | | | | **5** |  | |  |
| **22** | **ثبت آموزشی رابط سلامت محله در سامانه سیب انجام شده است؟** | | | | **5** |  | |  |
| **23** | **آیا رابطین سلامت محله /سفیران سلامت در کانال های مجازی عضو هستند؟** | | | | **5** |  | |  |
| **جمع** | | | | | **115** | **عدد** | **درصد** |  |

**نام و نام خانوادگی و امضا پایش شونده: نام و نام خانوادگی و امضا پایش کننده :**