**وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشكي**

**معاونت بهداشتي دانشگاه / دانشكده علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني .......**

**شهرستان .................. مركزخدمات جامع سلامت / پايگاه / خانه بهداشت ..................**

**فرم ارزیابی میزان فعالیت رابطان سلامت محله**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1**  **نام و نام خانوادگي** | **2**  **تعداد خانوار تحت پوشش** | **3**  **مشارکت در شناسایی و جمع آوری اطلاعات جمعیت تحت پوشش** | **4**  **مشارکت فعال در جلسات آموزشی راهنماهای خود مراقبتی** | **5**  **حضور در كلاس های آموزشی** | **6**  **انتقال مفاهیم مرتبط با سلامت جامعه به خانوارهاي تحت پوشش** | **7**  **پيگيري خدمات و مراقبت هاي بهداشتي** | **8**  **جذب رابط سلامت محله** | **9**  **مشارکت در شناسایی مسایل محله از طریق نیازسنجی** | **10**  **همكاري در طرح هاي ملي و منطقه اي** | **11**  **مشارکت در فعالیت های اجتماعی** | **12**  **همكاري با برنامه رابطان سلامت به عنوان رابط مربي** | **13**  **شناسایی و جلب مشاركت خیرین در ارتقای سلامت** | **14**  **نظر مراقب سلامت** | **15**  **كل امتياز** | **16**  **تاریخ** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**نام و نام خانوادگي مراقب سلامت مسوول رابطان سلامت محله:**

**دستورالعمل فرم امتياز بندي رابطان سلامت محله**

همانگونه كه اطلاع داريد رابطان سلامت محله بصورت افتخاري با نظام سلامت همكاري مي‌كنند‌، لذا رابطه استخدامي و كارگزيني با ما ندارند به همين دليل فرم ارزيابي فعاليت آنان بايستي محرمانه در كمال صداقت به دور از هر گونه سمت و سويي براي ارزيابي میزان همکاری آنان تهيه گردد تا اگر شرایطی جهت اختصاص امتيازات تشویقي نظير " هديه‌، سفر زيارتي و يا تقدير كتبي، تخفیف در هزینه ارایه خدمات سرپایی" برای رابطان سلامت محله فراهم شود، از طريق اين فرم ها فعالیت های آن ها هر 6 ماه یکبار ارزیابی شود و از بین آنان افرادی که مشارکت بیشتری دارند انتخاب گردند.

**ستون 1 :** نام و نام خانوادگي رابط سلامت محله نوشته شود .

**ستون 2 :** تعداد خانوار های تحت پوشش رابط سلامت محله که شناسایی شده­اند و ارتباط رابط سلامت محله با آن ها برقرار گردیده است منظور مي گردد حداكثر 6 امتياز براي 20خانوار.

**ستون 3** : منظور مشارکت در برنامه های جمع آوری اطلاعات جمعیتی و بازنگری اطلاعات خانوارهای تحت پوشش پایگاه/مرکز /خانه بهداشت می باشد(حداکثر4 امتیاز )

**ستون 4**:حضور فعال در جلسات آموزشی حضوری و مجازی راهنماهای خود مراقبتی مد نظر می باشد(حداکثر 3 امتیاز)

**ستون 5** : مشاركت فعال در كلاس ها ی حضوری و مجازی " مجموعه آموزشی رابطان سلامت محله " طبق برنامه زمان بندي مد نظر مي باشد كه به ازاء حضور در هر جلسه آموزشي 5/0 امتياز محسوب مي‌گردد(حداکثر 10امتیاز در شش ماه) .

**ستون 6 :** رابطان سلامت محله بر اساس بسته های آموزش ديده، در کلاس های آموزشی حضوری یا مجازی ، با توجه به مسایل مرتبط به سلامتی هر خانوار به سفیران سلامت خانواده یا مادر یا هر فردی که توانایی در دریافت مطالب آموزشی دارد ، انتقال می دهند كه لازم است مراقب سلامت مرتبط به طور تصادفي از خانوارهای تحت پوشش هر رابط سلامت محله ، 2 خانوار را ارزيابي نمايد ، به ازاء هر خانوارکه آموزش ها در بررسی تصادفی به او منتقل شده است، 5/2 امتياز محسوب گردد(حداکثر5 امتیاز) .

**ستون 7:** در صورت انجام به موقع پيگيري مراقبت های به تاخیر افتاده اعلام شده توسط مراقب سلامت، توسط رابط سلامت محله حداکثر امتياز 4 در نظر گرفته شود .

**ستون 8** : جذب رابط سلامت محله توسط رابط سلامت محله، جهت مناطق فاقد رابط سلامت مد نظر مي‌باشد كه به ازای جذب هر رابط سلامت محله 2 امتياز در نظر گرفته مي‌شود(حداکثر6 امتیاز) .

**ستون9 :** در صورت همكاري رابط سلامت محله در شناسايي مسائل محله ، يافتن راهكارها و اقدام براي رفع مسائل با استفاده از روش های نیازسنجی یا سایر روش های مبتنی بر شواهد،‌ حداکثر امتياز 4 در نظر گرفته شود.

**ستون 10 :** در صورت همكاري رابط سلامت محله در طرح هاي كشوري ( 1 امتياز ) ، استاني و یا شهرستاني ( 1 امتياز ) ( حداكثر 2امتياز ) محسوب شود .

ستون 11: منظور از مشاركت در فعاليت هاي اجتماعي ، مشارکت در هر گونه اقدامي كه منجر به توسعه و ارتقای سلامتي آن منطقه گرديده است خصوصا مشارکت در گروه های خودیار، هیات امنای مرکز و شورای بهداشت، خانه مشارکت براي هر مورد 2 امتياز در نظر گرفته شود(حداکثر 8امتیاز) .

**ستون 12 :**  در صورتي كه رابط سلامت محله دوره آموزش مشاركتي (‌ مربيگري )را گذرانده و با مراقب سلامت پایگاه /مرکز بهداشتي /خانه بهداشت به عنوان رابط مربي همكاري مي كند‌، حداکثر امتياز 3 محسوب گردد.

**ستون 13:** درصورتی که رابط سلامت محله در جذب و شناسایی خیرین همکاری می کنند ، حداکثر 2 امتیاز در نظرگرفته شود.

**ستون 14:**در اين ستون مربي براساس عملكرد رابط سلامت محله در اموري مانند انجام به موقع پيگيري ها ، حضور فعال در كلاس هاي آموزشي ، انتقال پيام ها به خانوارها و جذب رابطان سلامت در مناطق فاقد رابط سلامت و فعالیت های اجتماعی رابط سلامت در محله و همكاري تنگاتنگ با پایگاه سلامت/خانه بهداشت جهت حل مسایل مرتبط با سلامتی، امتياز لازم را کسب مي كند (‌حداكثر امتياز8مي‌باشد )‌.

**ستون15:** مجموعه امتیازات این فرم 65 امتیاز می باشد.

**ستون 16:** اطلاعات این فرم جهت ارزیابی فعالیت رابطان سلامت محله هر 6 ماه یکبار توسط مراقب سلامت مرتبط تکمیل و نتیجه ارزیابی در سامانه پرونده الکترونیکی تکمیل می گردد.

**پیوست 3:**

**چك ليست پايان دوره مقدماتي توانمند سازی رابط سلامت محله**

**آیا رابط سلامت دوره های آموزشی خود مراقبتی را دیده است؟ 1- بلی 2- خیر**

**آيا رابط سلامت محله با وظايف خود آشنا شده است؟ 1- بلی 2- خیر**

**آيا با رابطان دیگرآشنا شده است؟ 1- بلی 2- خیر**

**آيا با مركز بهداشتي درماني وكاركنان آن آشنا شده است؟ 1- بلی 2- خیر**

**آیا كتاب ها و روش آموزشي خود را مي شناسند؟ 1- بلی 2- خیر**

**آيا در شناسایی مسائل بهداشتي محله مشارکت داشته است؟ 1- بلی 2- خیر**

**آيا رابط سلامت اهميت مهارت هاي ارتباطي را در ارتباط با خانوارها می داند؟ 1- بلی 2- خیر**

**این فرم پس ازگذراندن دوره مقدماتی توسط هریک از رابطان سلامت، در پرونده مجازی او در رایانه هر مراقب سلامت/ بهورز قرار می گیرد و رابط سلامت پس از طی این دوره می تواند با خانوارها و سفیران سلامت خانواده ارتباط برقرار کند.**

**پیوست 4:فرم هایی که در پوشه الکترونیک هر رابط سلامت باید موجود باشد**

**1-فرم خانوارهای تحت پوشش رابط سلامت محله**

**پایگاه سلامت / خانه بهداشت .......................**

**نام و نام خانوادگي رابط سلامت محله** .......................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **نام نام خانوادگی سرپرست خانوار** | **کد ملی سرپرست خانوار** | **تعداد افراد خانوار** | **فرزند زیر 2 سال در خانوار** | **فرزند زیر 5 سال در خانوار** | **زن باردار در خانوار** | **فرد سالمند در خانواده** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

* **مطابق استاندارد انتظار می رود هر رابط سلامت شناخت کاملی نسبت به گروه های پر خطر در خانوارهای تحت پوشش داشته باشد**

**2-فرم گزارش ماهيانه وقايع حياتي**

**پایگاه سلامت / خانه بهداشت .......................**

**نام و نام خانوادگي رابط سلامت محله** .......................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **تاریخ** | **شماره ساختمان**  **( پلاك منزل )** | **اطلاعات سرپرست خانوار** | | **تولد** | **مهاجرت** | | **فوت** | | **ازدواج(مشاوره فرزند آوری)** | | **طلاق** | |
|  |  | **نام و نام خانوادگي سرپرست خانوار** | **شماره ملي سرپرست خانوار** | **تاريخ تولد**  **(روز/ماه/سال)** | **مهاجرت به منطقه**  **(تعداد افراد)** | **مهاجرت از منطقه**  **(تعداد افراد)** | **نام و نام خانوادگي متوفي** | **شماره ملي فرد متوفي** | **نام**  **نام خانوادگي فرد ازدواج كرده** | **شماره ملي فرد ازدواج كرده** | **نام**  **نام خانوادگي فرد مطلقه** | **شماره ملي فرد مطلقه** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**- انتظار می رود هر رابط سلامت با برقراری ارتباط موثر حتی بصورت مجازی از اطلاعات جمعیتی خانوارهای تحت پوشش مطلع باشد و جهت خانوارهای تحت پوشش و تبادل اطلاعات، گروه در شبکه های مجازی تشکیل دهد.**

**3-فرم گزارش پیگیری مراقبت های بهداشتی اولیه/غربالگری بیماری های واگیردار و غیر واگیر**

**پایگاه سلامت / خانه بهداشت .........**

**نام و نام خانوادگي رابط سلامت محله** .......................................

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **نام نام خانوادگی فرد مورد پیگیری** | **کد ملی** | **علت پیگیری (نوع مراقبت یا غربالگری)** | **تاریخ** | **نتیجه پیگیری** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

* **یکی از انتظارات از رابطان سلامت محله مشارکت و همکاری آنها با مراقب سلامت و بهورز برای فعال کردن خدمات است درصورتیکه مراقب سلامت / بهورز موفق به ارتباط با خانوار نشد اطلاعات این پیگیری ها توسط مراقب سلامت / بهورز ماهانه به رابط سلامت داده می شود و توسط رابط سلامت انجام و نتایج آن به مراقب سلامت/ بهورز ارایه می شود.**

**4-فرم ثبت مشخصات رابط سلامت محله**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نام | نام |  | نام خانوادگی | ملیت | ایرانی | غیر ایرانی | کد ملی |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| تعداد خانوار تحت پوشش |  | | | | | | تاریخ تولد | |  | |  | | | 13 | | | جنسیت | | | | | | مرد | | | |  | زن | |  | | | | کد بلوک | | | | |  | | | | کد ساختمان | | |  |
| آدرس دقیق پستی | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| تلفن ثابت | | |  | | | تلفن همراه | | | | | | |  | |  | | | |  |  | | | | |  |  | | |  | | |  | | |  | |  | | |  | ایمیل |  | | | | |
| تاريخ شروع همكاري: | |  | | | | تاريخ قطع همكاري: | | | | | |  | | | | | | | | | | | | علت قطع همكاري: | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| ميزان آشنايي با كامپيوتر | | **خيلي زياد** | | | | | | | **زياد** | | | | | | | | **كم** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **ندارم** | | | | | | | | | | | |
| امكان استفاده از كامپيوتردر منزل | | | | | **دارم** | | | | **ندارم** | | | | | | | | | | | | | | **امكان استفاده از اينترنت** | | | | | | | | | | | | | | **دارم** | | | | | | | | **ندارم** | | | |
| وضعیت تحصیلی | | | | | **خواندن و نوشتن** | | | | **راهنمایی** | | | | | | | | | | | | | | **دیپلم** | | | | | | | | | | | | | | **بالاتر از دیپلم** | | | | | | | | | | | |
| وضعیت تاهل | | | | | **دارای همسر** | | | | **بی همسر بعلت فوت** | | | | | | | | | | | | | | **بی همسر بعلت طلاق** | | | | | | | | | | | | | | **هرگز ازدواج نکرده** | | | | | | | | **مورد ندارد(زیر 10 سال)** | | | |
| **نام بیمه اصلی:** | | | | | **نام بیمه تکمیلی:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **دفترچه بیمه ندارد** | | | | | | | |
| **وضعیت اشتغال** | | | | | **خانه دار** | | | | **شاغل(کارمند-کارگر-آزاد)** | | | | | | | | | | **بیکار** | | | | **محصل یا دانشجو** | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| **ارتباط با سرپرست خانوار** | | | | | **همسر** | **فرزند** | | | **سایر خویشاوندان** | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **توانمندی ها و تمایل رابط سلامت به فعالیت های:** | | | | | **هنری (قید شود)** |  | | | | | **آموزشی (قید شود)** | | | | | |  | | | | | **اجتماعی**  **(قید شود)** | | | | | | | | | |  | | | | | | | **فرهنگی**  **(قید شود)** | | | | | | |  | | |
| **نمره ارزشیابی رابط سلامت محله(هر 6 ماه یکبار)** | | | | | **تاریخ**  **نمره** | | | | | | **تاریخ**  **نمره** | | | | | | | | | | | **تاریخ**  **نمره** | | | | | | | | | | | | | | | | | **تاریخ**  **نمره** | | | | | | | | | |

**-به منظور شناسایی توانمندی ها و ظرفیت های رابطان سلامت این فرم برای هریک از رابطان سلامت توسط مراقب سلامت /بهورز مرتبط تکمیل گردد.**

**5-فرم گزارش فعالیت های اجتماعی رابط سلامت محله**

**پایگاه سلامت / خانه بهداشت .......................**

**نام و نام خانوادگي رابط سلامت محله** .......................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **عنوان فعالیت** | **بلی /خیر** | **تاریخ** | **طول مدت همکاری (به ساعت قید شود)** |
| **همکاری در طرح های ملی و محلی عنوان برنامه قید شود** |  |  |  |
| **عضویت در گروه های خودیار** |  |  |  |
| **مشارکت در برنامه نیازسنجی** |  |  |  |
| **مشارکت درجمع آوری اطلاعات جمعیتی خانوارها** |  |  |  |
| **جلب همکاری مسوولین محلی/شوراها در حل مشکلات بهداشتی محله** |  |  | **نوع مشکل بهداشتی برطرف شده قید شود** |
| **عضویت در خانه مشارکت/ کانون سلامت محله** |  |  |  |

**-یکی از فعالیت های رابط سلامت محله مشارکت او در فعالیت های اجتماعی محله است این فرم هر 6 ماه یکبار برای رابط سلامت تکمیل گردد.**

**6-فرم گزارش دوره های آموزشی گذرانده شده توسط رابط سلامت محله**

**پایگاه سلامت / خانه بهداشت .......................**

**نام و نام خانوادگي رابط سلامت محله** .......................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **عنوان دوره** | **تعداد ساعت آموزشی** | **از تاریخ الی تاریخ** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**-یکی از فعالیت های رابطان سلامت شرکت فعالانه آنها در کلاس های آموزش حضوری و مجازی مجموعه آموزشی رابطان سلامت محله است این فرم و گزارش آن هر شش ماه یکبار جهت رابط سلامت محله تکمیل گردد.**