به نام خدا

وزارت بهداشت ،درمان وآموزش پزشکی

معاونت بهداشت دانشكده/ دانشگاه علوم پزشكي .........................

مرکز بهداشت شهرستان ............................

مرکز بهداشتی درمانی ....................

مركز خدمات جامع سلامت.......................

خانه بهداشت/پايگاه بهداشتي .................................

چک لیست پایش عملکرد سفير سلامت

توسط بهورز/ كارشناس مراقب سلامت

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ردیف | سنجه | استاندارد | وضعیت ارزیابی |
| **بلی** | **خیر** | **تا حدودی** | **توضیحات** |
| 1 | در دوره های آموزشی پیش‌بینی شده (حضوری/ آنلاین) شرکت کرده است.  | در سه ماه گذشته حداقل در سه دوره آموزشی شرکت کرده است. |  |  |  |  |
| 2 | آموزش های کسب شده را به خانواده خود منتقل نموده است. | انتقال آموزش‌ها به اعضای خانواده از طریق خوداظهاری |  |  |  |  |
| 3 | برای انجام مراقبت‌های مرتبط با گروه سنی خود به پایگاه/ خانه بهداشت مراجعه نموده است.  | بررسی پرونده الکترونیک فرد در خصوص انجام به موقع مراقبت های گروه سنی  |  |  |  |  |
| 4 | اعضای خانواده سفیر برای انجام مراقبت های گروه سنی به پایگاه/ خانه بهداشت مراجعه کرده است. | بررسی پرونده الکترونیک اعضای خانواده سفیر در خصوص انجام به موقع مراقبت های گروه سنی |  |  |  |  |

نام و نام خانوادگي تكميل كننده چك‌ليست :.................................................... تاريخ تكميل چك‌ليست: ..............................

نام و نام خانوادگي سفير سلامت: ........................................

شماره خانوار: .......................................................