چک‌لیست پایش فرایند اجرای مداخلات ارتقای سلامت

**مرکز بهداشت شهرستان: مرکز خدمات جامع سلامت: خانه بهداشت:**

عنوان مداخله:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | عنوان فعالیت | استاندارد مورد انتظار/ شواهد و مصادیق ارزیابی | وضعیت ارزیابی | | | امتیاز | |
| بلی (انطباق کامل) | ناقص (انطباق نسبی) | خیر (عدم انطباق) | امتیاز | امتیاز کسب شده |
| 1 | تیم مداخلات ارتقای سلامت تشکیل شده است | اگر تیم مداخلات با حضور تمامی اعضای ذکر شده در دستورالعمل تشکیل شود نمره کامل و اگر 4/3 اعضا پیش بینی شده در تشکیل تیم شرکت کنند نمره 3 داده شود. |  |  |  | 5 |  |
| 2 | برنامه تدوین شده و تاییدیه برنامه از مرکز بهداشت شهرستان دریافت شده است. | تاییدیه برنامه از مرکز بهداشت شهرستان |  |  |  | 10 |  |
| 3 | آیا جلسات لازم جهت اجرای مداخلات ارتقای سلامت با اعضای تیم مداخله تشکیل شده است | صورت جلسات |  |  |  | 5 |  |
| 4 | اجرای مداخلات ارتقای سلامت طبق برنامه پیش رفته است | تطابق پیشرفت برنامه با فرم‌های 3 یا 4 |  |  |  | 5 |  |
| 5 | جلسات تیم مداخلات جهت بررسی و گزارش پیشرفت مداخلات ارتقای سلامت برگزار شده است | صورت‌جلسات |  |  |  | 5 |  |
| 6 | گزارش فصلی مداخلات ارتقای سلامت تدوین و به واحد آموزش سلامت مرکز بهداشت شهرستان ارسال شده است | گزارش پیشرفت فصلی طبق فرم شماره 3 یا 4 |  |  |  | 5 |  |
| 7 | گزارش پایانی مداخلات ارتقای سلامت تدوین و به واحد آموزش سلامت مرکز بهداشت شهرستان ارسال شده است | گزارش پیشرفت پایانی طبق فرم شماره 3 یا 4 |  |  |  | 5 |  |
|  | جمع کل |  |  |  |  | 40 |  |

نام و نام خانوادگی پایش کننده:

نام و نام خانوادگی پایش شونده:

تاریخ و ساعت پایش:

چک‌لیست برنامه‌ریزی برای مداخلات ارتقای سلامت

**مرکز بهداشت شهرستان: مرکز خدمات جامع سلامت: خانه بهداشت:** عنوان مداخله:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | عنوان فعالیت | استاندارد مورد انتظار/ شواهد و مصادیق ارزیابی | وضعیت ارزیابی | | | امتیاز | |
| بلی (انطباق کامل) | ناقص (انطباق نسبی) | خیر (عدم انطباق) | امتیاز | امتیاز کسب شده |
| 1 | آیا تحلیل مشکل (علل رفتاری و غیر رفتاری) انجام شده است | فرم شماره 1 |  |  |  | 4 |  |
| 2 | آیا علل رفتاری، امتیاز دهی و اولویت‌بندی شده‌اند | فرم شماره 2 |  |  |  | 3 |  |
| 3 | آیا علل غیر رفتاری، امتیازدهی و اولویت‌بندی شده‌اند | فرم شماره 2 |  |  |  | 3 |  |
| 4 | آیا سه علت رفتاری اولویت‌دار انتخاب شده است | فرم شماره 2 |  |  |  | 3 |  |
| 5 | آیا دو علت غیر رفتاری اولویت‌دار، انتخاب شده‌اند | فرم شماره 2 |  |  |  | 3 |  |
| 6 | آیا هدف کلی به درستی تدوین شده است | فرم شماره 3 یا 4 |  |  |  | 1 |  |
| 7 | آیا اهداف اختصاصی مرتبط با هدف کلی به درستی تدوین شده‌اند | فرم شماره 3 یا 4 |  |  |  | 3 |  |
| 8 | آیا جدول فعالیت‌های مرتبط با اهداف اختصاصی به درستی تدوین شده‌اند | فرم شماره 3 یا 4 |  |  |  | 4 |  |
|  | جمع کل |  |  |  |  | 30 |  |

نام و نام خانوادگی پایش کننده:

نام و نام خانوادگی پایش شونده:

تاریخ و ساعت پایش: