

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

معاونت بهداشتی دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی .....

مرکز خدمات جامع سلامت / پایگاه / خانه بهداشت .....

شهرستان .....

فرم ارزیابی میزان فعالیت رابطان سلامت محله

۱۶	۱۵	۱۴	۱۳	۱۲	۱۱	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱
تاریخ	کل امتیاز	نظرمراقب سلامت	شناسایی و جلب مشارکت خیرین در ارتقای سلامت	همکاری با برنامه رابطان سلامت به عنوان رابط مربی	مشارکت در فعالیت های اجتماعی	همکاری در طرح های ملی و منطقه ای	مشارکت در شناسایی مسایل محله از طریق نیازسنجی	جذب رابط سلامت محله	پیگیری خدمات و مراقبت های بهداشتی	انتقال مفاهیم مرتبط با سلامت جامعه به خانوارهای تحت پوشش	حضور در جلسات آموزشی راهنماهای خود مراقبتی	مشارکت فعال در جلسات آموزشی راهنماهای خود مراقبتی	مشارکت در شناسایی و جمع آوری اطلاعات جمعیت تحت پوشش	تعداد خانوار تحت پوشش	نام و نام خانوادگی

نام و نام خانوادگی مراقب سلامت مسوول رابطان سلامت محله:

## دستورالعمل فرم امتیاز بندی رابطان سلامت محله

همانگونه که اطلاع دارید رابطان سلامت محله بصورت افتخاری با نظام سلامت همکاری می‌کنند، لذا رابطه استخدامی و کارگزینی با ما ندارند به همین دلیل فرم ارزیابی فعالیت آنان بایستی محرمانه در کمال صداقت به دور از هر گونه سمت و سوی برای ارزیابی میزان همکاری آنان تهیه گردد تا اگر شرایطی جهت اختصاص امتیازات تشویقی نظیر "هدیه، سفر زیارتی و یا تقدیر کتبی، تخفیف در هزینه ارایه خدمات سرپایی" برای رابطان سلامت محله فراهم شود، از طریق این فرم ها فعالیت های آن ها هر ۶ ماه یکبار ارزیابی شود و از بین آنان افرادی که مشارکت بیشتری دارند انتخاب گردند.

**ستون ۱:** نام و نام خانوادگی رابط سلامت محله نوشته شود .

**ستون ۲:** تعداد خانوار های تحت پوشش رابط سلامت محله که شناسایی شده‌اند و ارتباط رابط سلامت محله با آن ها برقرار گردیده است منظور می گردد حداکثر ۶ امتیاز برای ۲۰ خانوار.

**ستون ۳:** منظور مشارکت در برنامه های جمع آوری اطلاعات جمعیتی و بازنگری اطلاعات خانوارهای تحت پوشش پایگاه/مرکز/خانه بهداشت می باشد(حداکثر ۴ امتیاز )

**ستون ۴:** حضور فعال در جلسات آموزشی حضوری و مجازی راهنماهای خود مراقبتی مد نظر می باشد(حداکثر ۳ امتیاز)

**ستون ۵:** مشارکت فعال در کلاس های حضوری و مجازی " مجموعه آموزشی رابطان سلامت محله " طبق برنامه زمان بندی مد نظر می باشد که به ازاء حضور در هر جلسه آموزشی ۰/۵ امتیاز محسوب می گردد(حداکثر ۱۰ امتیاز در شش ماه) .

**ستون ۶:** رابطان سلامت محله بر اساس بسته های آموزش دیده، 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 که لازم است مراقب سلامت مرتبط به طور تصادفی از خانوارهای تحت پوشش هر رابط سلامت محله ، ۲ خانوار را ارزیابی نماید ، به ازاء هر خانوار که آموزش ها در بررسی تصادفی به او منتقل شده است، ۲/۵ امتیاز محسوب گردد(حداکثر ۵ امتیاز) .

**ستون ۷:** در صورت انجام به موقع پیگیری مراقبت های به تاخیر افتاده اعلام شده توسط مراقب سلامت، توسط رابط سلامت محله حداکثر امتیاز ۴ در نظر گرفته شود .

**ستون ۸:** جذب رابط سلامت محله توسط رابط سلامت محله، جهت مناطق فاقد رابط سلامت مد نظر می‌باشد که به ازای جذب هر رابط سلامت محله ۲ امتیاز در نظر گرفته می‌شود(حداکثر ۶ امتیاز) .

**ستون ۹:** در صورت همکاری رابط سلامت محله در شناسایی مسائل محله ، یافتن راهکارها و اقدام برای رفع مسائل با استفاده از روش های نیازسنجی یا سایر روش های مبتنی بر شواهد، حداکثر امتیاز ۴ در نظر گرفته شود.

**ستون ۱۰:** در صورت همکاری رابط سلامت محله در طرح های کشوری ( ۱ امتیاز ) ، استانی و یا شهرستانی ( ۱ امتیاز ) ( حداکثر ۲ امتیاز ) محسوب شود .

**ستون ۱۱:** منظور از مشارکت در فعالیت های اجتماعی ، مشارکت در هر گونه اقدامی که منجر به توسعه و ارتقای سلامتی آن منطقه گردیده است خصوصا مشارکت در گروه های خودیار، هیات امنای مرکز و شورای بهداشت، خانه مشارکت برای هر مورد ۲ امتیاز در نظر گرفته شود(حداکثر ۸ امتیاز) .

**ستون ۱۲:** در صورتی که رابط سلامت محله دوره آموزش مشارکتی ( مربیگری ) را گذرانده و با مراقب سلامت پایگاه /مرکز بهداشتی /خانه بهداشت به عنوان رابط مربی همکاری می کند، حداکثر امتیاز ۳ محسوب گردد.

**ستون ۱۳:** در صورتی که رابط سلامت محله در جذب و شناسایی خیرین همکاری می کنند ، حداکثر ۲ امتیاز در نظر گرفته شود.

**ستون ۱۴:** در این ستون مربی براساس عملکرد رابط سلامت محله در اموری مانند انجام به موقع پیگیری ها ، حضور فعال در کلاس های آموزشی ، انتقال پیام ها به خانوارها و جذب رابطان سلامت در مناطق فاقد رابط سلامت و فعالیت های اجتماعی رابط سلامت در محله و همکاری تنگاتنگ با پایگاه سلامت/خانه بهداشت جهت حل مسایل مرتبط با سلامتی، امتیاز لازم را کسب می کند (حداکثر امتیاز ۸ می باشد).

**ستون ۱۵:** مجموعه امتیازات این فرم ۶۵ امتیاز می باشد.

**ستون ۱۶:** اطلاعات این فرم جهت ارزیابی فعالیت رابطان سلامت محله هر ۶ ماه یکبار توسط مراقب سلامت مرتبط تکمیل و نتیجه ارزیابی در سامانه پرونده الکترونیکی تکمیل می گردد.

چک لیست پایان دوره مقدماتی توانمند سازی رابط

سلامت محله

آیا رابط سلامت دوره های آموزشی خود مراقبتی را دیده است؟	۱- بلی	۲- خیر
آیا رابط سلامت محله با وظایف خود آشنا شده است؟	۱- بلی	۲- خیر
آیا با رابطان دیگر آشنا شده است؟	۱- بلی	۲- خیر
آیا با مرکز بهداشتی درمانی و کارکنان آن آشنا شده است؟	۱- بلی	۲- خیر
آیا کتاب ها و روش آموزشی خود را می شناسند؟	۱- بلی	۲- خیر
آیا در شناسایی مسائل بهداشتی محله مشارکت داشته است؟	۱- بلی	۲- خیر
آیا رابط سلامت اهمیت مهارت های ارتباطی را در ارتباط با خانوارها می داند؟	۱- بلی	۲- خیر

این فرم پس از گذراندن 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 ۴: فرم هایی که در پوشه الکترونیک هر رابط سلامت باید موجود باشد

### ۱- فرم خانوارهای تحت پوشش رابط سلامت محله

پایگاه سلامت / خانه بهداشت .....

نام و نام خانوادگی رابط سلامت محله .....

ردیف	نام نام خانوادگی سرپرست خانوار	کد ملی سرپرست خانوار	تعداد افراد خانوار	فرزند زیر ۲ سال در خانوار	فرزند زیر ۵ 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

## ۲- فرم گزارش ماهیانه وقایع حیاتی

پایگاه سلامت / خانه بهداشت .....

نام و نام خانوادگی رابط سلامت محله .....

طلاق	ازدواج (مشاوره فرزند آوری)			فوت		مهاجرت		تولد	اطلاعات سرپرست خانوار		شماره ساختمان (پلاک منزل)	تاریخ
	نام	شماره ملی فرد ازدواج کرده	نام خانوادگی فرد ازدواج کرده	شماره ملی فرد متوفی	نام و نام خانوادگی متوفی	مهاجرت از منطقه (تعداد افراد)	مهاجرت به منطقه (تعداد افراد)	تاریخ تولد (روز/ماه/سال)	شماره ملی سرپرست خانوار	نام و نام خانوادگی سرپرست خانوار		
شماره ملی فرد مطلقه	نام خانوادگی 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.

### ۳- فرم گزارش پیگیری مراقبت های بهداشتی اولیه/ غربالگری بیماری های واگیردار و غیر واگیر

پایگاه سلامت / خانه بهداشت .....

نام و نام خانوادگی 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 در صورتیکه 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 ارائه می شود.

#### ۴- فرم ثبت مشخصات رابط سلامت محله

نام خانوادگی		ملیت	ایرانی	غیر ایرانی	کد ملی					

تعداد خانوار تحت پوشش		تاریخ تولد		۱۳	جنسیت	مرد	زن	کد بلوک	کد ساختمان		
آدرس دقیق پستی											
تلفن ثابت		تلفن همراه		ایمیل							
تاریخ شروع همکاری:		تاریخ قطع همکاری:		علت قطع همکاری:							
میزان آشنایی با کامپیوتر		خیلی زیاد		زیاد		کم		ندارم			
امکان استفاده از کامپیوتر در منزل		دارم		ندارم		امکان استفاده از اینترنت		دارم			
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 ۱۰ 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 ۶ ماه یکبار)		تاریخ نمره		تاریخ نمره		تاریخ نمره		تاریخ نمره			

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



## ۵- فرم گزارش فعالیت های اجتماعی رابط سلامت محله

پایگاه سلامت / خانه بهداشت .....

نام و نام خانوادگی 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 در جمع 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 ۶ ماه یکبار برای

رابط سلامت تکمیل گردد.

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

پایگاه سلامت / خانه بهداشت .....

نام و نام خانوادگی 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.