**دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان**

**چك ليست پایش برنامه سنجش سلامت نوآموزان بدو ورود به دبستان و پیش دبستان در پایگاه سلامت/خانه بهداشت/مرکز خدمات جامع سلامت**

**شهرستان ............ تاريخ بازديد .................**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **شرح فعاليت** | **امتياز** | **امتياز كسب شده** | **توضيحات** |
|  | **پایگاه سلامت/خانه بهداشت ....................** | | | |
| **1** | **دریافت فرم نوبت دهی مراجعه نوآموزان بدو ورود به دبستان به واحد های بهداشتی وکاربرگ اطلاعات نوآموز و ثبت اطلاعات آن در سیب و سپس بایگانی فرمها در واحد بهداشتی** | **2** |  |  |
| **2** | **ثبت نام نوآموز در سامانه یکپارچه بهداشت(سیب)** | **2** |  |  |
| **3** | **تکمیل فرم خلاصه معاینات و ارزیابی وضعیت سلامت دانش آموزان قسمت مشخصات فردی، بیماری های نیازمند مراقبت ویژه و واکسیناسیون فرم مراقبت دوره ای سلامت دانش آموزان سنین 5 تا 18 سال توسط مراقب سلامت/بهورز** | **4** |  |  |
| **4** | **ارائه مابقی خدمات نوآموز طبق سامانه سیب و مشاهده کیفیت حداقل یک مورد معاینه و ثبت در سامانه** | **6** |  |  |
| **5** | **انجام وارنیش فلوراید دندان ها به همراه آموزش وثبت در سامانه سیب** | **2** |  |  |
| **6** | **ارجاع نوآموزان دارای دندان شماره شش به دندانپزشک مرکز جهت فیشورسیلانت** | **2** |  |  |
| **7** | **بررسی و تکمیل واکسیناسیون نوآموزان** | **3** |  |  |
| **8** | **آموزش چهره به چهره نوآموزان و والدين آنها** | **2** |  |  |
| **9** | **وجود تجهيزات و ابزار كار مورد نياز جهت معاينات غربالگري(تابلو بینایی سنجی، وارنیش فلوراید، فشار سنج اطفال و...)** | **2** |  |  |
| **10** | **راهنمایی والدین جهت مراجعه به پزشک مرکز با در دست داشتن فرم خلاصه معاینات و ارزیابی وضعیت سلامت دانش آموزان** | **2** |  |  |
| **11** | **تکمیل فرم ثیت و پیگیری ارجاعات و مراقبت ویژه دانش آموزان در اکسل جهت نوآموزان نیازمند ارجاع/مراقبت ویژه** | **3** |  |  |
|  | **جمع امتیاز** | **30** |  |  |
|  | **در صد امتیاز** | **100 در صد** |  |  |
|  | **مرکز خدمات جامع سلامت..................................** | | | |
| **1** | **پذیرش نوآموزان در مرکز و نوبت دهی به آنها** | **2** |  |  |
| **2** | **معاینه نوآموزان توسط پزشک طبق سامانه سیب** | **6** |  |  |
| **3** | **ارجاع به سطوح تخصصی یا پاراکلینیک در موارد لزوم و تکمیل فرم ارجاع به متخصص و تحویل به والدین** | **3** |  |  |
| **4** | **پیگیری و دریافت فرم ارجاعات به سطوح تخصصی یا پاراکلینیک و ادامه انجام معاینات** | **2** |  |  |
| **5** | **تکمیل دقیق فرم خلاصه معاینات و ارزیابی وضعیت سلامت دانش آموزان توسط پزشک به همراه مهر و امضای و ثبت تاریخ** | **3** |  |  |
| **6** | **تحویل فرم مهر شده فرم خلاصه معاینات و ارزیابی وضعیت سلامت دانش آموزان به والدین جهت تحویل به مدیر مدرسه محل ثبت نام و در صورت لزوم تکمیل فرم نتایج ارجاع/مراقبت ویژه دانش آموز به پزشک/مراقب سلامت/بهورز و...** | **2** |  |  |
| **7** | **آموزش چهره به چهره نوآموزان و والدين آنها** | **2** |  |  |
|  | **جمع امتیاز** | **20** |  |  |
|  | **در صد امتیاز** | **100 درصد** |  |  |

**نام و نام خانوادگي ناظر و امضا:**