**ابزار پایش برنامه بهبود تغذیه – بهورز / مراقب سلامت**

**نام شهرستان.................. نام مرکز/ پایگاه سلامت/ خانه بهداشت..............**

| **ردیف** | سؤال/ انتظار | توضیحات | ضریب | سقف امتیاز | **امتیاز مکتسبه** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **تاریخ / /** | **تاریخ / /** | **تاریخ / /** | **تاریخ / /** |
| **پایشگر:** | **پایشگر:** | **پایشگر:** | **پایشگر:** |
| مراقب سلامت/ بهورز ..... | مراقب سلامت/ بهورز ..... | مراقب سلامت/ بهورز ..... | مراقب سلامت/ بهورز ..... |
| **1** | منابع اطلاعاتی تغذیه براساس آخرین دستورالعمل همگون سازی موجود است. (پوستر گروه های غذایی 🌕، پوسترهای مقوی و مغذی کردن غذای کودک🌕 لیست و فایل الکترونیک دستور العمل های مرتبط با تغذیه 🌕 لیست مشکلات تغذیه 🌕 دو نمونه از تمامی پمفلت ها 🌕 کتاب ها/ فایل های الکترونیک مرتبط با تغذیه⭘ بسته آموزشی تغذیه⭘ بسته جامع خدمات تغذیه⭘) | 🗆موجود بودن تمامی منابع اطلاعاتی تغذیه (3)🗆موجود بودن 50% منبع اطلاعاتی تغذیه (2)🗆موجود بودن کمتر از 50% منبع اطلاعاتی تغذیه (1)🗆موجود نبودن منابع اطلاعاتی تغذیه (0) | 1 | 3 |  |  |  |  |
| **2** | شاخص های آنتروپومتری مراجعه کنندگان را به درستی اندازه گیری می کند. ( در زمان بازدید نحوه اندازه گیری شاخص های آنتروپومتری در حداقل دو گروه سنی بررسی شود. حتی المقدور یکی از گروه های سنی کودکان در نظر گرفته شود) | 🗆 بلی(2)🗆 تا حدودی(1)🗆 خیر (0) | 1 | 2 |  |  |  |  |
| **3** | الگوی تغذیه متناسب با گروه سنی مراجعه کنندگان را به درستی ارزیابی می کند. ( در زمان بازدید نحوه ارزیابی الگوی تغذیه مناسب در حداقل دو گروه سنی بررسی شود) | 🗆 بلی(2)🗆 تا حدودی(1)🗆 خیر (0) | 2 | 4 |  |  |  |  |
| **4** | تجویز مکمل در گروه های سنی مختلف را به درستی انجام می دهد.کودکان: قطره آهن، قطره مولتی ویتامینجوانان: ویتامین دمیانسالان: ویتامین دسالمندان: ویتامین د و کلسیممادران باردار: قرص آهن، اسیدفولیک/ یدوفولیک، مولتی ویتامین و ویتامین د | 🗆تجویز صحیح مکمل های غذایی در تمامی گروههای سنی (4)🗆تجویز صحیح مکمل های غذایی در4 گروه سنی (3)🗆تجویز صحیح مکمل های غذایی در3 گروه سنی (2)🗆تجویز صحیح مکمل های غذایی در کمتر از 3 گروه سنی (1)🗆تجویز صحیح مکمل های غذایی در هیچیک از گروه های سنی (0) | 1 | 4 |  |  |  |  |
| **5** | موارد تغذیه ای ارجاع شده از بهورز/ مراقب سلامت و پزشک به کارشناس تغذیه را (جهت مراجعه به کارشناس تغذیه) پیگیری نموده است.( فهرست پیگیری های بهورز/ مراقب سلامت در سه ماهه گذشته: تعداد پیگیری های انجام شده به تفکیک 4 بیماری مرتبط با تغذیه تقسیم بر تعداد پیگیری ها به تفکیک 4 بیماری ضربدر 100) | در بررسی فهرست پیگیری های مرتبط با تغذیه درصد پیگیری های انجام شده:🗆 85% و بالاتر (4) 🗆 84% -70% (3)🗆 69% -50% (2) 🗆 کمتر از50% (1)  🗆اصلا پیگیری نکرده است(0) | 1 | 4 |  |  |  |  |
| **6** | به منظور افزایش آگاهی و بهبود عملکرد جمعیت تحت پوشش ( با توجه به مناسبت ها و وضعیت شاخص ها و مشکلات تغذیه منطقه حداقل هر دو ماه یک بار ( 6 بار در سال) آموزش گروهی مرتبط با موضوعات تغذیه برگزار نموده است و مستندات آن موجود است.)  | 🗆 6 جلسه (2) 🗆 5-3 جلسه (1) 🗆 کمتر از 3 جلسه (0) | 2 | 4 |  |  |  |  |
| **7** | **برنامه حمایتی کودکان** | آیا دستورعمل های ابلاغی برنامه از سوی وزارتخانه در خانه بهداشت / پایگاه سلامت موجود است ؟و بهورز /مراقب سلامت از دستورعملها ونحوه تکمیل فرم عملکرد برنامه آگاهی دارد؟ | 🗆 بلی (1) 🗆 خیر (0)  | 1 | 1 |  |  |  |  |
| **8** | آیا بوکلت کودک سالم ومانا در خانه بهداشت / پایگاه سلامت موجود است ؟ | 🗆 بلی (1) 🗆 خیر (0)  | 1 | 1 |  |  |  |  |
| **9** | آیا فرم عملکرد 6 ماهه دوره قبل در خانه بهداشت /پایگاه سلامت موجود است و درست تکمیل شده است ؟ | 🗆 بلی (1) 🗆 خیر (0)  | 1 | 1 |  |  |  |  |
| **10** | آیا بهورز /مراقب سلامت ازنحوه استخراج شاخصهای تن سنجی کودکان آگاهی دارد وآمار را استخراج نموده است ؟ | 🗆 بلی (1) 🗆 خیر (0)  | 1 | 1 |  |  |  |  |
| **11** | آیا اسامی و مشخصات کودکان تأیید شده وپشت نوبتی موجود می باشد ؟ | 🗆 بلی (1) 🗆 خیر (0)  | 1 | 1 |  |  |  |  |
| **12** | آیا پایش قد و وزن کودکان و آموزش مادران کودکان تحت پوشش برنامه، به صورت ماهیانه انجام و در سامانه پرونده الکترونیک ثبت شده است؟(حداقل سه کودک بررسی گردد)( اگر برای حداقل دو کودک بطور کامل انجام شده امتیاز 1 و برای کمتر از دو کودک امتیاز 0 ثبت شود). | 🗆 بلی (1) 🗆 خیر (0)  | 1 | 1 |  |  |  |  |
| **13** | آیا پیگیری ارجاع و مراجعه حضوری کودکان تحت پوشش برنامه به پزشک و کارشناس تغذیه انجام شده و در سامانه ثبت شده است؟ (حداقل سه کودک بررسی گردد)( اگر برای حداقل دو کودک بطور کامل انجام شده امتیاز 1 و برای کمتر از دو کودک امتیاز 0 ثبت شود). | 🗆 بلی (1) 🗆 خیر (0)  | 1 | 1 |  |  |  |  |
| **14** | آیا شرایط تداوم شارژ یارانه حمایتی، خروج کودک، فهرست اقلام غذایی که می تواند با کارت یارانه در این برنامه خرید کند و شماره شکایات اداره تعاون، کار و رفاه اجتماعی را به مادران آموزش داده ودر معرض دید مراجعین قرار داده است ؟ | 🗆 بلی (1) 🗆 خیر (0)  | 1 | 1 |  |  |  |  |
| **15** | آیا راستی آزمایی برای 5% کودکان انجام شده و مستندات موجود است ؟ | 🗆 بلی (1) 🗆 خیر (0)  | 1 | 1 |  |  |  |  |
| **16** | فهرست اسامی و شماره ملی مادران باردار و شیرده تحت پوشش برنامه حمایتی تغذیه به همراه شماره تلفن خانوار آنان تهیه شده و در دسترس است.( بهورز/ مراقب سلامت ماما) | 🗆 بلی (2) 🗆 تا حدودی (1)  🗆 خیر (0) | 1 | 2 |  |  |  |  |
| **17** | مراقبت مادران باردار تحت پوشش برنامه حمایتی براساس بازه های زمانی تعریف شده در بوکلت مادر باردار انجام و موارد ارجاع شده از بهورز/ مراقب سلامت ماما و پزشک به کارشناس تغذیه را (جهت مراجعه به کارشناس تغذیه) پیگیری نموده است.(انتخاب تصادفی3 مورد از مادران مذکور و بررسی اقدامات انجام شده از طریق پرونده الکترونیک سلامت، تماس با مادر و...) | تعداد مواردی که کامل انجام شده است:🗆 3 مورد (2) 🗆 2مورد (1)  🗆یک مورد/ اصلا (0) | 2 | 4 |  |  |  |  |
| جمع امتیاز | 36 |  |  |  |  |
| در صورتی که هنگام پایش مراجعه کننده ای حضور نداشت، سوالات 4-2 به صورت ایفای نقش توسط پایش کننده انجام و امتیازدهی شود.در صورتی که پاسخ هریک از بندهای ابزار پایش «مورد ندارد» باشد، در ردیف مربوطه ذکر شده و امتیاز مکتسبه پایش شونده با کم شدن امتیاز آن ردیف از جمع کل امتیاز(39) محاسبه شود. |
| جمع امتیاز با ضریب : 36 جمع امتیاز مکتسبه باضریب ( مراقب سلامت/ بهورز اول): ................ درصد امتیاز مکتسبه( مراقب سلامت/بهورز اول) : ......................جمع امتیاز با ضریب :36 جمع امتیاز مکتسبه باضریب ( مراقب سلامت/بهورز دوم): ................ درصد امتیاز مکتسبه( مراقب سلامت/بهورز دوم) : ......................جمع امتیاز با ضریب : 36 جمع امتیاز مکتسبه باضریب ( مراقب سلامت/بهورز سوم): ................ درصد امتیاز مکتسبه( مراقب سلامت / بهورزسوم) : ......................جمع امتیاز با ضریب : 36 جمع امتیاز مکتسبه باضریب ( مراقب سلامت/بهورز چهارم): ................ درصد امتیاز مکتسبه( مراقب سلامت/ بهورز چهارم) :...................... |
| **پایش شونده: پایش کننده:****نام و نام خانوادگی: نام و نام خانوادگی:****تاریخ: تاریخ:****امضاء: امضاء:** |