

چک لیست پایش واحد مادران خانه های بهداشت، گروه بهداشت خانواده معاونت بهداشتی استان لرستان صفحه ۳

| امتیاز کسب شده | موضوع مورد بررسی   | ردیف         |                                 |
|----------------|--|--------------|---------------------------------|
|                |  |              |                                 |
|                | آیا آزمایشات روتین در هر دو نیمه درخواست شده است؟                      | ۴۱           | پایش، ارزیابی و ثبت اطلاعات (۲) |
|                | آیا سونوگرافی روتین برای مادر در خواست شده است؟                        | ۴۲           |                                 |
|                | آیا پیگیری مادران طبق دستورالعملها انجام شده است؟                      | ۴۳           |                                 |
|                | آیا پسخورانده مادران در معرض خطر موجود است و با پرونده مطابقت دارد؟    | ۴۴           |                                 |
|                | آیا پیگیری مادران در معرض خطر مطابق پسخورانده انجام شده است؟           | ۴۵           |                                 |
|                | آیا فرم مراقبت دوران بارداری بطور کامل و صحیح برای مادر تکمیل شده است؟ | ۴۶           |                                 |
|                | آیا مراقبتهای پیش از بارداری طبق دستورالعمل انجام شده است؟             | ۴۷           |                                 |
|                | آیا مادر پیش از بارداری به پزشک ارجاع داده شده است؟                    | ۴۸           |                                 |
|                | آیا آزمایشات پیش از بارداری برای مادر انجام و ثبت شده است؟             | ۴۹           |                                 |
|                | آیا فرم مراقبتهای پیش از بارداری برای مادر تکمیل شده است؟              | ۵۰           |                                 |
|                | آیا مراقبتهای پس از زایمان طبق دستورالعمل انجام شده است؟               | ۵۱           |                                 |
|                | آیا مادر پس از زایمان به پزشک ارجاع داده شده است؟                      | ۵۲           |                                 |
|                | آیا فرم مراقبتهای پس از زایمان برای مادر تکمیل شده است؟                | ۵۳           |                                 |
|                | آیا اطلاعات فرمهای مراقبت با دفتر مادران مطابقت دارد؟                  | ۵۴           |                                 |
|                | آیا اطلاعات آماری صحیح شمارش شده اند؟                                  | ۵۵           |                                 |
|                | آیا اطلاعات آماری طبق دستورالعمل تکمیل و محاسبه شده اند؟               | ۵۶           |                                 |
|                | آیا اطلاعات آماری به موقع به سطوح بالاتر ارسال شده اند؟                | ۵۷           |                                 |
|                | آیا عملکرد واحد به موقع به سطوح بالاتر ارسال شده است؟                  | ۵۸           |                                 |
|                | آیا عملکرد ارسالی با فعالیتهای انجام شده مطابقت دارد؟                  | ۵۹           |                                 |
|                | آیا پاسخ نامه های اداری سطوح بالاتر به موقع ارسال شده است؟             | ۶۰           |                                 |
|                |  | جمع امتیازات |                                 |

نام شهرستان: ..... نام مرکز بازدید شده: .....  
 تاریخ بازدید: ..... نام بازدیدکننده: .....