

چک لیست پایش عملکرد پزشک خانواده - مدیریت برنامه پزشک خانواده

نام پزشک مرکز بهداشتی درمانی روستایی / شهری تاریخ تکمیل

| ردیف | عملکرد | بلی | خیر | مورد ندارد | امتیاز | |
|------|--|-----|-----|------------|--------------|--------|
| | | | | | مورد کسب شده | انتظار |
| ۱ | آیا تابلوی اطلاعات پزشک خانواده با اطلاعات کامل در اتاق پزشک تکمیل شده است؟ | | | | ۱۰۰ | |
| ۲ | آیا فرمهای زونکن همراه پزشک خانواده با اطلاعات کامل تکمیل شده است؟ | | | | ۱۰۰ | |
| ۳ | آیا پزشک شاخصهای مشکل دار و ارتقا یافته را در تابلوی اطلاعات پزشک خانواده مشخص کرده است؟ | | | | ۲۰۰ | |
| ۴ | آیا پزشک نسبت به تدوین برنامه سالانه فعالیتهای جاری خود (در جدول مربوطه) برای سال جاری اقدام نموده است؟ | | | | ۱۰۰ | |
| ۵ | آیا پزشک گزارش اجرای برنامه سالانه را در قسمت مربوطه جدول درج نموده است؟ | | | | ۲۰۰ | |
| ۶ | آیا پزشک نسبت به بررسی، تعیین اولویت بندی مشکلات سلامت منطقه تحت پوشش خود در جلسات تیم سلامت و هیئت امنای اقدام نموده و برنامه تدوین شده برای حل مشکل را مطابق جدول زمانبندی اجرا نموده است؟ | | | | ۷۰۰ | |
| ۷ | آیا پزشک جلسات هیات امناء را طبق دستورالعمل برنامه پزشک خانواده، تشکیل و اقدام لازم را در مورد مصوبات آن انجام داده است؟ | | | | ۳۰۰ | |
| ۸ | آیا پزشک جلسات هماهنگی با پرسنل تحت پوشش خود را حداقل بصورت ماهانه برگزار و مصوبات آن را پیگیری نموده است؟ | | | | ۲۰۰ | |
| ۹ | آیا پزشک کمبودهای تیم سلامت (نیروی انسانی، تجهیزات و تعمیرات فضای فیزیکی) را استخراج و پیگیری نموده است؟ | | | | ۱۰۰ | |
| ۱۰ | آیا پزشک پایش کادر تحت سرپرستی خود را طبق برنامه، انجام داده است؟ | | | | ۵۰۰ | |
| ۱۱ | آیا پزشک کارانه پرسنل کادر تیم سلامت را بر اساس فرمت استاندارد توزیع نموده است؟ | | | | ۱۰۰ | |
| ۱۲ | آیا پزشک دهگردشی خانه های بهداشت را طبق برنامه زمانبندی هفتگی اجرا کرده است؟ | | | | ۳۰۰ | |
| ۱۳ | آیا برای تمامی نسخ تجویز شده توسط پزشک (در مرکز و دهگردشی ها) دارو داده می شود و یا پیگیری لازم توسط پزشک خانواده بعمل آمده است؟ | | | | ۱۰۰ | |
| ۱۴ | آیا پرونده سلامت برای کل جمعیت تحت پوشش، تکمیل گردیده است؟ | | | | ۱۰۰ | |
| ۱۵ | آیا پزشک نسبت به انجام ویزیت ادواری جمعیت تحت پوشش براساس دستورالعمل اجرایی اقدام نموده است؟ | | | | ۱۰۰۰ | |
| ۱۶ | آیا درصد بیماران قابل مراقبت ثبت شده در دفتر پیگیری مطابق با استاندارد است؟ | | | | ۳۰۰ | |
| ۱۷ | آیا پزشک مراقبتهای بعدی و ویزیتهای مجدد را بطور مرتب انجام داده است؟ | | | | ۳۰۰ | |
| ۱۸ | آیا موارد ارجاع شده به سطوح بالاتر یا پاراکلینیک پیگیری و اقدامات انجام گرفته در پرونده سلامت و دفتر ارجاع ثبت می شود؟ | | | | ۱۰۰ | |
| ۱۹ | آیا پزشک تمامی اقدامات انجام گرفته را در دفاتر و فرمهای ثبت اطلاعات (برابر دستورعمل) ثبت نموده است؟ | | | | ۱۰۰ | |
| ۲۰ | آیا پزشک بر اجرای جلسات آموزشی بر اساس برنامه آموزشی تدوین شده در مراکز بهداشتی و درمانی و خانه های بهداشت، نظارت نموده است؟ | | | | ۱۰۰ | |
| ۲۱ | آیا پزشک برابر قرارداد، مقررات حضور به موقع و بیتوته را رعایت کرده است؟ | | | | ۲۵۰ | |
| | جمع نمرات | | | | ۵۲۵۰ | |

امضا:

نام و نام خانوادگی رئیس شبکه یا معاون بهداشتی پایش کننده:

امضا:

نام و نام خانوادگی کارشناس گسترش شبکه پایش کننده:

چک لیست پایش عملکرد پزشک خانواده - گروه سلامت خانواده و جمعیت

نام پزشک مرکز بهداشتی درمانی روستایی / شهری تاریخ تکمیل

| ردیف | عملکرد | بلی | خیر | مورد ندارد | امتیاز | |
|-----------|---|-----|-----|------------|-------------|---------|
| | | | | | مورد انتظار | کسب شده |
| ۱ | آیا پزشک مادران باردار را طبق فرم مراقبت دوران بارداری در اولین مراجعه ویزیت و بخش معاینه فرم را تکمیل و مهر می نماید؟ | | | | ۲۴ | |
| ۲ | آیا مراقبت پیش از بارداری را برای زنان واجد شرایط بارداری انجام و قسمت مربوطه را در فرم تکمیل فرم های مربوطه تکمیل می نماید؟ | | | | ۲۴ | |
| ۳ | آیا در صورت وقوع مرگ مادر ، مورد حداکثر تا یک هفته به ستاد شهرستان گزارش می گردد و علل مرگ بررسی و در صورت نیاز به مداخله در حیطه وظایف مرکز بهداشتی درمانی مداخلات لازم بعمل می آید؟ | | | | ۱۲ | |
| ۴ | آیا پزشک برای متقاضیان جدید قرصهای خوراکی پیشگیری از بارداری، DMPA و آمپول های ترکیبی درخواست آزمایشها و معاینات لازم را حداکثر تا سه ماه پس از شروع وسیله پیشگیری انجام می دهد؟ | | | | ۲۴ | |
| ۵ | آیا پزشک برای تمامی گیرندگان خدمت تنظیم خانواده موارد کنتراندیکاسیون های مطلق و نسبی را طبق فرم های مربوطه بررسی می نماید؟ | | | | ۲۴ | |
| ۶ | آیا پزشک کودکان زیر ۵ سال را طبق برنامه مانا ویزیت و برای آنها فرم ثبت تکمیل می نماید؟ | | | | ۳۶ | |
| ۷ | آیا پزشک کودکان بیمار را طبق بوکلت چارت مانا ارزیابی و طبقه بندی نموده و براساس همان بوکلت درمان لازم را انجام داده و توصیه ها و پیگیری لازم را در صورت نیاز انجام می دهد؟ | | | | ۳۶ | |
| ۸ | آیا پزشک فرم ثبت نوزاد در ۱۰ روز اول تولد را طبق بوکلت چارت کودک سالم تکمیل می نماید؟ | | | | ۲۴ | |
| ۹ | آیا پزشک برای کودکان ارجاع شده با مشکل تکاملی نامعلوم فرم ASQ تکمیل و طبق دستورالعمل اقدامات لازم را انجام می دهد؟ | | | | ۲۴ | |
| ۱۰ | آیا در صورت وجود مرگ کودک ۵۹-۱ ماهه در منطقه تحت پوشش، پزشک در تکمیل پرسشنامه های ج و ح با پرسشگر همکاری می نماید؟ | | | | ۱۲ | |
| ۱۱ | آیا برای تمامی سالمندان بالای ۶۰ سال جمعیت تحت پوشش مراقبت بار اول انجام و اطلاعات آن بصورت صحیح در فرم های مربوطه ، ثبت می گردد؟ (در شهرستانهای مجری برنامه) | | | | ۴۲ | |
| ۱۲ | آیا سالمندان بالای ۶۰ سال جمعیت تحت پوشش منطقه خود را بر اساس بوکلت بصورت دوره ای مراقبت نموده و بر اساس ارزیابی و طبقه بندی انجام شده ، توصیه ها و درمان لازم را در جدول مراجعات ثبت می نماید؟ (در شهرستانهای مجری برنامه) | | | | ۶ | |
| ۱۳ | آیا پزشک آمارمراقبت سالمندان تحت پوشش منطقه خود را طبق دستورالعمل تکمیل فرم های آماری بطور مرتب ، صحیح و فصلی به سطوح بالاتر اعلام می نماید؟ (در شهرستانهای مجری برنامه) | | | | ۸ | |
| ۱۴ | آیا پزشک در برنامه آموزشی مرتبط با برنامه مادران و سالمندان که برای مادران و سالمندان تحت پوشش منطقه برگزار می گردد طبق تقویم آموزش همگانی همکاری و مشارکت می نماید؟ | | | | ۱۰ | |
| ۱۵ | آیا پزشک گروههای هدف برنامه های واحد سلامت خانواده و جمعیت ارجاع شده از منطقه تحت پوشش را ویزیت نموده و به سطوح پائین پس خوراند ارائه و یا در صورت نیاز به سطوح بالا ارجاع و یا دستورات مقتضی را صادر می نماید؟ | | | | ۸۶ | |
| ۱۶ | آیا دستورالعمل برنامه های گروه سلامت خانواده و جمعیت در مرکز بهداشتی درمانی موجود بوده یا نسبت به درخواست آنها اقدام گردیده است؟ | | | | ۸ | |
| جمع نمرات | | | | | ۴۰۰ | |

امضا:

نام و نام خانوادگی پایش کننده:

چک لیست پایش عملکرد پزشک خانواده - گروه پیشگیری و مراقبت از بیماریهای واگیر

نام پزشک مرکز بهداشتی درمانی روستایی / شهری تاریخ تکمیل

| ردیف | عملکرد | بلی | خیر | مورد ندارد | امتیاز | |
|------|---|-----|-----|------------|-------------|---------|
| | | | | | مورد انتظار | کسب شده |
| ۱ | آیا نقشه اپیدمیولوژیک بیماریهای منطقه روی نقشه مشخص شده است؟ | | | | ۳۵ | |
| ۲ | آیا پزشک ضمن آشنایی با فرایندهای جاری بیماریهای واگیر ، دستور العمل های بیماریهای قابل پیگیری و مراقبت را در دسترس دارد و یا درخواست نموده است؟ | | | | ۵۲ | |
| ۳ | آیا نسبت به بیماریابی بیماریهای هدف اقدام شده است؟ | | | | ۱۰۴ | |
| ۴ | آیا نسبت به مراقبت بیماران شناسایی شده در منطقه اقدام نموده است؟ | | | | ۱۲۰ | |
| ۵ | آیا نسبت به گزارش دهی بیماریهای قابل مراقبت اقدام نموده است؟ | | | | ۲۷ | |
| ۶ | آیا آموزشهای لازم توسط پزشک طبق تقویم آموزش همگانی به گروههای هدف داده شده است؟ | | | | ۱۲ | |
| | جمع نمرات | | | | ۳۵۰ | |

امضا:

نام و نام خانوادگی پایش کننده:

چک لیست پایش عملکرد پزشک خانواده - گروه پیشگیری و مراقبت از بیماریهای غیرواگیر

نام پزشک مرکز بهداشتی درمانی روستایی / شهری تاریخ تکمیل

| ردیف | عملکرد | بلی | خیر | مورد ندارد | امتیاز | |
|-----------|---|-----|-----|------------|-------------|---------|
| | | | | | مورد انتظار | کسب شده |
| ۱ | آیا بیماریابی بیماران دیابتی و فشارخونی در جمعیت تحت پوشش به نسبت مورد انتظار انجام شده است؟ | | | | ۶۴ | |
| ۲ | آیا مراقبت مجدد بیماران دیابتی و فشارخونی به موقع انجام و وضعیت مراقبت در پرونده بیماران ثبت می شود؟ | | | | ۶۰ | |
| ۳ | آیا در صورت وجود زوج ناقل یا مشکوک تالاسمی ، یا نوزاد مبتلا به کم کاری مادرزادی تیروئید در جمعیت تحت پوشش اقدامات طبق دستورالعمل کشوری انجام می شود؟ | | | | ۲۰ | |
| ۴ | آیا بیماریابی بیماران روانی و عصبی در جمعیت تحت پوشش به نسبت مورد انتظار انجام شده است و پس خوراند برگ های ارجاع بیماران از خانه بهداشت تکمیل و نسبت به ارجاع بیماران شدید روانی و عصبی شناسایی شده جدید به متخصص روانپزشکی اقدام می شود؟ | | | | ۵۰ | |
| ۵ | آیا مراقبت مجدد برای بیماران روانی و عصبی به موقع انجام و وضعیت مراقبت در پرونده بیماران ثبت می شود؟ | | | | ۵۶ | |
| ۶ | آیا شناسایی گروههای در معرض خطر اقدام به خودکشی انجام و در صورت وجود اقدام به خودکشی پزشک مراقبت و ارجاع به متخصص می نماید؟ | | | | ۱۵ | |
| ۷ | آیا بیماریابی افراد دارای سوء مصرف یا وابستگی مواد در ویزیت دوره ای و مراجعات سرپایی در جمعیت تحت پوشش انجام گردیده و نسبت به ارجاع افراد دارای سوء مصرف یا وابستگی مواد به کلینیک های ترک اعتیاد یا خدمات کاهش آسیب اقدام می شود؟ | | | | ۲۲ | |
| ۸ | آیا فرم های آماری مربوط به فرایندهای بیماریهای غیر واگیر تکمیل و به موقع ارسال می گردد؟ | | | | ۱۶ | |
| ۹ | آیا آموزش های لازم برای گروه هدف بیماریهای غیر واگیر طبق تقویم آموزش همگانی انجام می شود؟ | | | | ۳۵ | |
| ۱۰ | آیا دستورالعمل برنامه های گروه بیماریهای غیر واگیر در مرکز بهداشتی درمانی موجود بوده یا نسبت به درخواست آنها اقدام گردیده است؟ | | | | ۱۲ | |
| جمع نمرات | | | | | ۳۵۰ | |

امضا:

نام و نام خانوادگی پایش کننده:

چک لیست پایش عملکرد پزشک خانواده - گروه بهداشت محیط و حرفه (بهداشت محیط)

نام پزشک مرکز بهداشتی درمانی روستایی / شهری تاریخ تکمیل

| ردیف | عملکرد | بلی | خیر | مورد ندارد | امتیاز | |
|------|---|-----|-----|------------|-------------|---------|
| | | | | | مورد انتظار | کسب شده |
| ۱ | آیا پزشک دستورالعمل روند صدور کارت معاینه پزشکی را رعایت می کند ؟ | | | | ۴۰ | |
| ۲ | آیا دستورالعمل برنامه های بهداشت محیط در مرکز بهداشتی درمانی موجود بوده یا نسبت به درخواست آنها اقدام گردیده است؟ | | | | ۲۰ | |
| ۳ | آیا پزشک ضوابط جمع آوری و دفع پسماندهای ویژه پزشکی را در خصوص پسماندهای حاصل از ویزیت رعایت می کند ؟ | | | | ۳۰ | |
| ۴ | آیا پزشک ضوابط جمع آوری و دفع پسماندهای ویژه پزشکی را به کادر تحت پوشش خود ابلاغ نموده است ؟ | | | | ۲۰ | |
| ۵ | آیا در آموزش عوامل محیطی طبق تقویم آموزش همگانی به گروه های هدف مشارکت نموده است؟ | | | | ۳۰ | |
| ۶ | در صورت وجود توالی غیر بهداشتی در مرکز و خانه های بهداشت تحت پوشش آیا پزشک پیگیری لازم را از شبکه و مسئولین مربوطه برای اصلاح وضعیت آنها بعمل آورده است ؟ | | | | ۳۰ | |
| ۷ | آیا پزشک در مواقع بروز فوریت های بهداشت محیطی نسبت به هماهنگی و جلب مشارکت های مردمی و بین بخشی اقدام می نماید ؟ | | | | ۳۰ | |
| | جمع نمرات | | | | ۲۰۰ | |

نام و نام خانوادگی پایش کننده:

امضا:

چک لیست پایش عملکرد پزشک خانواده - گروه بهداشت محیط و حرفه (بهداشت حرفه ای)

نام پزشک مرکز بهداشتی درمانی روستایی / شهری تاریخ تکمیل

| ردیف | عملکرد | بلی | خیر | مورد ندارد | امتیاز | |
|-----------|---|-----|-----|------------|-------------|---------|
| | | | | | مورد انتظار | کسب شده |
| ۱ | آیا پزشک معاینات شاغلین منطقه تحت پوشش خود را انجام داده است؟ | | | | ۳۰ | |
| ۲ | آیا پزشک نسبت به ارجاع موارد مشکوک به بیماری به سطوح بالا اقدام نموده است؟ | | | | ۱۰ | |
| ۳ | آیا پزشک مشکل عمده سلامت شغلی منطقه تحت پوشش خود را شناسایی نموده است؟ | | | | ۱۵ | |
| ۴ | آیا پزشک در خصوص آموزش شاغلین منطقه تحت پوشش خود طبق تقویم آموزش همگانی مشارکت فعال دارد؟ | | | | ۲۵ | |
| ۵ | آیا پزشک فرمهای آماری (جمع بندی فرم بیماریابی و فرم شماره ۳-۱۱۱) را بموقع تکمیل و به مرکز بهداشت شهرستان مربوطه ارسال می نماید؟ | | | | ۲۰ | |
| جمع نمرات | | | | | ۱۰۰ | |

نام و نام خانوادگی پایش کننده:

امضا:

چک لیست پایش عملکرد پزشک خانواده - گروه دارو و آزمایشگاه (دارو)

نام پزشک مرکز بهداشتی درمانی روستایی / شهری تاریخ تکمیل

| ردیف | عملکرد | بلی | خیر | مورد ندارد | امتیاز | |
|-----------|--|-----|-----|------------|-------------|---------|
| | | | | | مورد انتظار | کسب شده |
| ۱ | آیا اصول استاندارد ارائه خدمات دارویی در برنامه پزشک خانواده رعایت می گردد؟ | | | | ۸۵ | |
| ۲ | آیا سقف میانگین ۲/۵ قلم دارو برای هر نسخه رعایت می شود؟ | | | | ۴۵ | |
| ۳ | آیا در تجویز دارو های روانی سقف تعداد دارو ی تجویزی ، اقلام دارو (حداکثر مصرف ۲ ماه) رعایت می گردد ؟ | | | | ۲۰ | |
| جمع نمرات | | | | | ۱۵۰ | |

نام و نام خانوادگی پایش کننده:

امضا:

چک لیست پایش عملکرد پزشک خانواده - گروه دارو و آزمایشگاه (آزمایشگاه)

نام پزشک مرکز بهداشتی درمانی روستایی / شهری تاریخ تکمیل

| ردیف | عملکرد | بلی | خیر | مورد ندارد | امتیاز | |
|------|--|-----|-----|------------|-------------|---------|
| | | | | | مورد انتظار | کسب شده |
| ۱ | آیا ضوابط درخواست آزمایش ها توسط پزشک خانواده رعایت می گردد؟ | | | | ۵۰ | |
| | جمع نمره | | | | ۵۰ | |

نام و نام خانوادگی پایش کننده:

امضا:

چک لیست پایش عملکرد پزشک خانواده - گروه سلامت نوجوانان ، جوانان و مدارس

نام پزشک مرکز بهداشتی درمانی روستایی / شهری تاریخ تکمیل

| ردیف | عملکرد | بلی | خیر | مورد ندارد | امتیاز | |
|-----------|--|-----|-----|------------|-------------|---------|
| | | | | | مورد انتظار | کسب شده |
| ۱ | آیا مطابق دستورالعمل تشکیل و تکمیل پرونده سلامت مدرسه ، نسبت به انجام فرآیندهای مرتبط با خود و ثبت نتایج آنها در فرم های داخل پرونده اقدام و پیگیری می کند؟ | | | | ۷۵ | |
| ۲ | آیا نسبت به نظارت و پایش فعالیت های تیم سلامت (بهورز ، مربی و ماما و کاردان / کارشناس بهداشتی زن / مرد) مطابق دستورالعمل های مربوطه ، پرونده بهداشتی و سایر مستندات موجود اقدام و نتیجه را در دفتر گزارش بازدید مرکز بهداشتی درمانی / خانه | | | | ۲۵ | |
| ۳ | آیا مطابق دستورالعمل نسبت به انجام ویزیت ، بیماریابی ، ارجاع و مراقبت از گروههای هدف برنامه سلامت نوجوانان و جوانان اقدام ، پیگیری و نتایج مربوطه را در دفاتر و فرم های آماری ثبت می کند؟ | | | | ۱۰۰ | |
| ۴ | آیا طبق تقویم آموزش همگانی و با توجه به دستورالعمل مربوطه نسبت به آموزش گروه های هدف برنامه سلامت نوجوانان ، جوانان غیر دانش آموز اقدام و پیگیری می کند؟ | | | | ۲۵ | |
| ۵ | آیا مطابق دستورالعمل و با مشارکت اعضای تیم سلامت نسبت به اجرا ؛ جمع آوری ، جمع بندی ، محاسبه و تحلیل شاخص های سلامت نوجوانان و جوانان ، حفظ و ارتقای آنها اقدام و پیگیری می کند؟ | | | | ۲۵ | |
| جمع نمرات | | | | | ۲۵۰ | |

امضا:

نام و نام خانوادگی پایش کننده:

چک لیست پایش عملکرد پزشک خانواده - گروه آموزش و ارتقای سلامت

نام پزشک مرکز بهداشتی درمانی روستایی / شهری تاریخ تکمیل

| ردیف | عملکرد | بلی | خیر | مورد ندارد | امتیاز | |
|-----------|---|-----|-----|------------|-------------|---------|
| | | | | | مورد انتظار | کسب شده |
| ۱ | آیا طبق تقویم آموزش همگانی نسبت به آموزش گروههای هدف مورد نظر اقدام نموده است | | | | ۱۴۰ | |
| ۲ | آیا در برنامه های آموزشی اجرا شده از روشها و رسانه های آموزشی متناسب با گروه هدف و موضوع آموزشی استفاده نموده است؟ | | | | ۳۰ | |
| ۳ | آیا پزشک تیم سلامت نسبت به ثبت دفتر آموزش و ارسال آمار فصلی طبق دستورالعمل اقدام نموده است؟ | | | | ۳۰ | |
| ۴ | آیا در اجرای برنامه های آموزشی و حل مشکلات سلامت از حامیان سلامت (شورای اسلامی ، دهیار ، رابطین سلامت ، بسیجیان و ...) استفاده بعمل می آید؟ ۲۰ نمره (تشویقی) | | | | | |
| ۵ | آیا نسبت به اجرای برنامه های مروج سلامت (توسعه برنامه ورزش های همگانی ، تغذیه سالم ، پیشگیری از رفتارهای پرخطر مانند سیگار و مواد مخدر و...) در منطقه تحت پوشش خود اقدام نموده است ؟ ۲۰نمره (تشویقی) | | | | | |
| ۶ | آیا با شناسایی خیرین محلی کمک آنها را برای ارتقای امور سلامت جلب نموده است ؟ ۶۰ نمره (تشویقی) | | | | | |
| جمع نمرات | | | | | ۲۰۰ | |

نام و نام خانوادگی پایش کننده:

امضا:

چک لیست پایش عملکرد پزشک خانواده - گروه بهبود تغذیه

نام پزشک مرکز بهداشتی درمانی روستایی / شهری تاریخ تکمیل

| ردیف | عملکرد | بلی | خیر | مورد ندارد | امتیاز | |
|-----------|---|-----|-----|------------|-------------|---------|
| | | | | | مورد انتظار | کسب شده |
| ۱ | آیا پزشک ، کودکان دارای اختلال رشد و یا سوء تغذیه ای ارجاعی و یا مراجعین سرپایی را "ویزیت" ، "پیگیری" و در صورت لازم به مراکز تخصصی "ارجاع" نموده است؟ | | | | ۲۵ | |
| ۲ | آیا پزشک مادران سوء تغذیه ای ارجاعی یا مراجعین سرپایی را قبل از بارداری "ویزیت" ، "پیگیری" و در صورت لازم "ارجاع" نموده است؟ | | | | ۱۵ | |
| ۳ | آیا پزشک مادران باردار سوء تغذیه ای ارجاعی یا مراجعین سرپایی را "ویزیت" ، "پیگیری" و در صورت لازم "ارجاع" نموده است؟ | | | | ۲۵ | |
| ۴ | آیا پزشک طبق تقویم آموزش همگانی جلسات آموزشی برای معلمین ، اولیاء دانش آموزان و دانش آموزان در خصوص برنامه ارتقاء سطح سلامت دانش آموزان دختر دبیرستانی و راهنمایی برگزار نموده است؟ | | | | ۲۵ | |
| ۵ | آیا کتابها و منابع آموزشی ارسالی لازم در دسترس پزشک موجود بوده و یا درخواست شده است؟ | | | | ۱۰ | |
| جمع نمرات | | | | | ۱۰۰ | |

امضا:

نام و نام خانوادگی پایش کننده:

چک لیست پایش عملکرد پزشک خانواده - گروه اطلاعات و پژوهشهای کاربردی

نام پزشک مرکز بهداشتی درمانی روستایی / شهری تاریخ تکمیل

| ردیف | عملکرد | بلی | خیر | مورد ندارد | امتیاز | |
|----------|---|-----|-----|------------|-------------|---------|
| | | | | | مورد انتظار | کسب شده |
| ۱ | آیا آمار مربوط به پزشک بموقع به مرکز بهداشت شهرستان ارسال می شود؟ | | | | ۱۰۰ | |
| جمع نمره | | | | | ۱۰۰ | |

نام و نام خانوادگی پایش کننده:

امضا: