وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشكي

دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني سبزوار

معاونت بهداشتي – گروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

چك ليست پايش عملكرد سلامت روان و پیشگیری از سوءمصرف مواد مركز بهداشتي درماني

مبتني بر شرح خدمات تيم سلامت و پزشك خانواده

سال 1399

**( چك ليست پزشك مركز )**

**اين چك ليست به صورت فصلي توسط كارشناس گروه تكميل مي گردد**

نام شهرستان : ............................

.

**نام مركز بهداشتي درماني/ پايگاه بهداشتي :** .............................

**مشخصات پايش كننده و تاريخ پايش :**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| رديف | نام ونام خانوادگي پايش كننده | سمت | تاريخ بازديد اول | تاريخ بازديد دوم | تاريخ بازديدسوم | تاريخ بازديد چهارم |
| 1 |  |  | .......**/**..........**/**......... | .......**/**..........**/**......... | .......**/**..........**/**......... | .......**/**........**/**......... |
| 2 |  |  | .......**/**..........**/**......... | .......**/**..........**/**......... | .......**/**..........**/**......... | .......**/**........**/**......... |
| 3 |  |  | .......**/**..........**/**......... | .......**/**..........**/**......... | .......**/**..........**/**......... | .......**/**........**/**......... |

**مشخصات و درصد عملكرد پايش شونده :**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **نام ونام خانوادگي پايش شونده** | **سمت** | **كد** | **درصد عملكرد بازديد اول** | **درصد عملكرد** بازديد دوم | **درصد عملكرد** بازديد سوم | **درصد عملكرد** بازديد چهارم |
| 1 |  |  | 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  | 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  | 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  | 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  | 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  | 6 |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **موضوع پايش** | **امتياز** | **مورد ندارد** | **امتياز كسب شده** |
| **كد** | **پايش1** | **پايش2** | **پايش 3** | **پايش 4** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **كد** | **كد** | **كد** | **كد** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| 1 | آياپزشک دستورالعمل وبخشنامه مربوط به ادغام سلامت روان در نظام شبکه را مطالعه نموده است (شرح وظایف رده های مختلف تیم سلامت را می شناسد) | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | آیاپزشک بیماران روانی تحت پوشش منطقه خودرا به تقکیک نوع بیماری می شناسند؟ | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | آیا فرم شرح حال بیماران صرفاٌ توسطِ پزشک تکمیل می گردد؟ | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **استاندارد** | **شيوه پايش** |
| 1 | 1.مطالعه هدف ادغام سلامت روان در نظام شبکه 2.مطالعه وظایف بهورزان در برنامه سلامت روان 3.مطالعه وظایف کاردان ها در برنامه سلامت روان 4. مطالعه وظایف پزشکان در برنامه سلامت روان  | مصاحبه |
| 2 | 1.تعداد افسردگی(7/12) 2. تعداد اضطرابی(6/15) 3. تعداد سایکوتیک(1%) 4. مورد انتظار اختلالات(6/23)  | مصاحبه |
| 3 | فرم شرح حال مربوط به بیماران روانی توسط پزشک تکمیل شده است | مشاهده و بررسی |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **موضوع پايش** | **امتياز** | **مورد ندارد** | **امتياز كسب شده** |
| **كد** | **پايش1** | **پايش2** | **پايش 3** | **پايش 4** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **كد** | **كد** | **كد** | **كد** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| 4 | آیا پزشک نسبت به تکمیل اطلاعات و ثبت بیماری در سیب اقدام میکند؟ | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | آیا پزشک نسبت به ارجاع بیماران شدید روانی و صرعی در نوبت اول اقدام می نماید؟ | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **استاندارد** | **شيوه پايش** |
| 4 | بررسی اطلاعات در سیب | مشاهده و بررسی |
| 5 | کلیه بیماران نیازمند به خدمات تخصصی در سامانه ثبت و به مراکز تخصصی ارجاع شده اند | مشاهده و بررسی |
| 6 | 1.با بررسی یک پرونده بیمار شدید روانی که در ویزیت اول ارجاع شده است 2. با بررسی یک پرونده بیمار صرعی که در ویزیت اول ارجاع شده است  | مشاهده و بررسی |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **موضوع پايش** | **امتياز** | **مورد ندارد** | **امتياز كسب شده** |
| **كد** | **پايش1** | **پايش2** | **پايش 3** | **پايش 4** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **كد** | **كد** | **كد** | **كد** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| 7 | آيا پزشک در دهگردشی بیماران تحت پوشش سلامت روان را ویزیت می کند؟  | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | آيا پزشک هنگام مراجعه بیمار به مرکز و ویزیت وی پسخوراند آن را به خانه بهداشت و بهورز در سیب ثبت می کند؟ | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | آيا برنامه زمان بندی جهت ویزیت بیماران روانی تحت پوشش منطقه وجود دارد ؟ | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **استاندارد** | **شيوه پايش** |
| 7 | 1. 50 درصد بیماران ویزیت شده اند 2. 75 درصد بیماران ویزیت شده اند 3. 100 درصد بیماران ویزیت شده اند
 | بررسی و مشاهده پرونده بیماران |
| 8 | رو نوشت یک پسخوراند در فصل که در بایگانی مرکز وجود دارد | مشاهده بایگانی |
| 9 | ویزیت بیماران روان در برنامه دهگردشی مرکز | مشاهده  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **موضوع پايش** | **امتياز** | **مورد ندارد** | **امتياز كسب شده** |
| **كد** | **پايش1** | **پايش2** | **پايش 3** | **پايش 4** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **كد** | **كد** | **كد** | **كد** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| 10 | آیا پزشک مشکلات سیستم سلامت روان منطقه را شناسایی وبه معاونت بهداشتی منعکس می کند؟ | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 | آیا پزشک با همکاری کاردان و کارشناس نسبت به برگزاری جلسات آموزشی و باز آموزی بهورزان منطقه (هر 4 ماه یکبار )اقدام مینماید؟ | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 | آیا پزشک از شاخص های کشوری و مرکز تحت پوشش اطلاع دارد؟  | 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **استاندارد** | **شيوه پايش** |
| 10 | رونوشت مکاتبات(آمار بالای بیماران عقب مانده ذهنی،یا عدم همکاری سایر بخشهای مرتبط با تیم سلامت) موجود می باشد | مشاهده  |
| 11 | صورتجلسات موجود می باشد | مشاهده  |
| 12 | اطلاع ازافسردگی، اضطراب و شاخص کل اختلالات (3 امتیاز) شاخص مرکز(3 امتیاز) | پررسش |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **موضوع پايش** | **امتياز** | **مورد ندارد** | **امتياز كسب شده** |
| **كد** | **پايش1** | **پايش2** | **پايش 3** | **پايش 4** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **كد** | **كد** | **كد** | **كد** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| 14 | آیا تیم سلامت نتیجه و پسخوراند پایش وبازدید از خانه بهداشت رادر دفتر بازدید مسئولین ثبت و به خانه بهداشت منعکس می کند؟ | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 | آیا پزشک اقلام داروهای مصرفی موجود در برنامه سلامت روان را مطابق با نیاز منطقه خود در خواست می کند و بر توزیع دارو نظارت دارد؟ | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **استاندارد** | **شيوه پايش** |
| 13 | مستندات موجود می باشد و پاراف پزشک مرکز در صورتجلسات وجود دارد. | مشاهده و بررسی |
| 14 | مستندات و مکاتبات موجود است. | مشاهده و بررسی دفتر بازدید مسئولین |
| 15 |  1.بررسی فرم درخواست دارویی مطابق با نیاز منطقه است  | مشاهده و بررسی و بازدید از داروخانه |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **موضوع پايش** | **امتياز** | **مورد ندارد** | **امتياز كسب شده** |
| **كد** | **پايش1** | **پايش2** | **پايش 3** | **پايش 4** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **كد** | **كد** | **كد** | **كد** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| 16 | آیا داروهای موجود در برنامه سلامت روان در داروخانه مرکز وجود دارد؟  | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 | آیا پزشک در تکمیل ویک کاسه نمودن فرم آمار ماهانه وارسال بموقع آن نظارت دارد ؟ | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 | آیا کتب وجزوات وسایر بسته های آموزشی سلامت روان در مرکز وجود دارد ؟ | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **استاندارد** | **شيوه پايش** |
| 16 | داروهای موردنیاز در داروخانه موجود است  | مشاهده و بازدید از داروخانه |
| 17 | پاراف مسئول مرکز روی فرم آمار ماهانه وجود دارد. | مشاهده و بررسی |
| 18 |  کتب و جزوات در مرکز وجود دارد. | مشاهده و بازدید کتابخانه مرکز |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **موضوع پايش** | **امتياز** | **مورد ندارد** | **امتياز كسب شده** |
| **كد** | **پايش1** | **پايش2** | **پايش 3** | **پايش 4** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **كد** | **كد** | **كد** | **كد** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| 19 | آیا پزشک اطلاعات کافی درباره موارد خودکشی در منطقه تحت پوشش دارد؟  | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 | اگر بلی علت خودکشی بررسی شده است ؟ | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 21 | در صورت وجود خودکشی در 3ماه گذشته در منطقه آیا پیشگیری و اقدامات لازم انجام شده است؟  | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **استاندارد** | **شيوه پايش** |
| 19 | اطلاعات خانه بهداشت با اطلاعات پزشک همخوانی دارد | سوال و مشاهده مستندات |
| 20 | پزشک علت خودکشی را بررسی نموده است. | مشاهده و بررسی |
| 21 | 1. بررسی علت خودکشی – در صورت لزوم ارجاع به سطح تخصصی – انجام مداخلات ( مشاوره – دارو درمانی – احیا) | مشاهده و بررسی |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **موضوع پايش** | **امتياز** | **مورد ندارد** | **امتياز كسب شده** |
| **كد** | **پايش1** | **پايش2** | **پايش 3** | **پايش 4** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **كد** | **كد** | **كد** | **كد** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| 22 | چنانچه خودکشی موفق صورت گرفته آیا به مرکز بهداشت شهرستان بموقع اطلاع داده شده است . | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 23 | آیا نیازهای آموزشی منطقه رادر ارتباط با برنامه های سلامت روان شناسایی نموده است .1.....2.....3...... | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 24 | نیاز های آموزشی در برنامه سالانه آموزشی گنجانده شده است؟ | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **استاندارد** | **شيوه پايش** |
| 22 | در آمار ماهیانه مستندات موجود می باشد  | مشاهده و بررسی مستندات |
| 23 | پزشک نیازهای آموزشی را می داند. | سوال |
| 24 | بررسی برنامه آموزشی مرکز | مشاهده و بررسی مستندات |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **موضوع پايش** | **امتياز** | **مورد ندارد** | **امتياز كسب شده** |
| **كد** | **پايش1** | **پايش2** | **پايش 3** | **پايش 4** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **كد** | **كد** | **كد** | **كد** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| 25 | آیا پزشک نوع ماده مصرفی شایع و شیوه مصرف در منطقه می داند؟ | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 26 | برای افرادی که جهت درمان به مرکز مراجعه می نمایند چه اقداماتی انجام می گیرد ؟ | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **استاندارد** | **شيوه پايش** |
| 25 | 1.نوع ماده مصرفی شایع را می داند 2. شیوه مصرف را می داند | سوال  |
| 26 | 1. در صورت لزوم ارجاع 2. پیگیری | سوال  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **موضوع پايش** | **امتياز** | **مورد ندارد** | **امتياز كسب شده** |
| **كد** | **پايش1** | **پايش2** | **پايش 3** | **پايش 4** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **كد** | **كد** | **كد** | **كد** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| 27 | آیا در منطقه اعتیاد تزریقی وجود دارد ؟ | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 28 | آیا سوزن و سرنگ در اختیار معتادین تزریقی قرار داده می شود؟ | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 29 | ایا تعداد سرنگ و سوزن توزیع شده به صورت روزانه ثبت می شود؟ | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **استاندارد** | **شيوه پايش** |
| 27 | آمار معتادین تزریقی را می داند | سوال  |
| 28 | در صورت بلی 1 در صورت خیر 0 | سوال و بررسی مستندات |
| 29 | رونوشت مستندات موجود باشد. | مشاهده و بررسی مستندات |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **موضوع پايش** | **امتياز** | **مورد ندارد** | **امتياز كسب شده** |
| **كد** | **پايش1** | **پايش2** | **پايش 3** | **پايش 4** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **كد** | **كد** | **كد** | **كد** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| 31 | آیا برای موارد مثبت غربال مصرف مواد و الکل اقدامات لازم مطابق دستورالعمل انجام شده است؟ | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 32 | آیا پزشک موارد تزریقی را جهت انجام تستهای تشخیصی HIV-HCV\_HBV به مرکز بهداشت شهرستان ارجاع می دهد؟ | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 33 | آیا جلسات آموزشی حداقل هر 4 ماه یکبار در زمینه های سوءمصرف مواد در منطقه برگزار می شود؟ | **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **استاندارد** | **شيوه پايش** |
| 31 | بیماران بطور مرتب ویزیت می شوند | مشاهده و بررسی پرونده بیمار |
| 32 | ارجاع بیماران جهت انجام تستهای تشخیصی | مشاهده و بررسی مستندات |
| 33 | جلسات برگزار می شود | مشاهده و بررسی صورتجلسه ها |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **موضوع پايش** | **امتياز** | **مورد ندارد** | **امتياز كسب شده** |
| **كد** | **پايش1** | **پايش2** | **پايش 3** | **پايش 4** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **كد** | **كد** | **كد** | **كد** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| 34 | آياپزشک عملکرد کاردان /کارشناس مرکز را در زمینه برنامه های سلامت روان و سوءمصرف مواد بر اساس چک لیست مربوطه پایش می نماید؟ | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 35 | آیا نقاط قوت و ضعف عملکرد وی را به صورت مکتوب اعلام نموده است؟ | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 36 | آیا پزشک مرکز ویزیت اول پزشک (شرح حال روانپزشکی) را در سامانه سیب کامل کرده است | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 37 | آیا پزشک مرکز مراقبت دوره ای پزشک (شرح حال روانپزشکی) را در سامانه سیب کامل کرده است | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 38 | ایا پزشک ارزیابی های سلامت روان در گروه سنی های مختلف را انجام داده است | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 39 | آیا پزشک دستورالمل داروهای رایگان روانپزشکی را رعایت می کند. | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **استاندارد** | **شيوه پايش** |
| 34 |  عملکرد کاردان/کارشناس پایش می شود | مشاهده مستندات و چک لیست تکمیل شده توسط پزشک |
| 35 | نقاط ضعف و قوت بررسی می شود | مشاهده مستندات |
| 36 | تکمیل آیتم ویزیت اول پزشک (شرح حال روانپزشکی) ویژه افراد تازه شناسایی شده توسط پزشک مرکز |  |
| 37 | تکمیل آیتم مراقبت دوره ای پزشک (شرح حال روانپزشکی) به صورت ماهانه ویژه افراد ی که قبلا توسط پزشک تشخیص گرفته اند |  |
| 38 | تکمیل ارزیابی های سلامت روان در گروههای سنی مختلف ویژه افراد ارجاع شده از سوی بهورزان  |  |
| 39 | ثبت داروهای رایگان روانپزشکی در سرنسخه های جداگانه-بایگانی سر نسخه ها به صورت جداگانه.چک کردن منظم تاریخ داروها و عودت داروهای تاریخ نزدیک سه ماه قبل از پایان تاریخ انقضای دارو-تجویز دارو فقط برای مصرف یک ماه بیمار-ثبت داروها در پرونده کاغذی و الکترونیک بیمار |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **كد پايش شونده** | **كل امتياز**  | **پايش1** | **پايش2** | **پايش 3** | **پايش 4** | **پايش1** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| **امتياز كسب شده** | **100** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **درصد عملكرد** | **امتياز كسب شده : كل امتياز \* 100** |

|  |  |
| --- | --- |
| **پايش1** | **1.** **2.****3.** |
| **پايش2** | **1.** **2.****3.** |
| **پايش3** | **1.** **2.****3..** |
| **پايش4** | **1.** **2.****3..** |