



| | | |
|----------------------|--|--|
| کد مدرک ۰۹FM۰۲۰۰۸ | فرم |  سازمان بهداشت و آموزش پزشکی ایران |
| | پایش برنامه پزشک خانواده و بیمه روستائیی | |


بخش کیفی

الف: خدمات پزشکی (۳۴.۷ امتیاز)


| | | | |
|---|--|-----|---|
| در بررسی ۲ پرونده: <input type="checkbox"/> در ۱۰۰ درصد موارد انجام شده است (۲) <input type="checkbox"/> در ۵۰ درصد موارد انجام شده است (۱) <input type="checkbox"/> انجام نشده است (۰) | پزشک خانواده براساس فرم های بازگشت ارجاع از سطح ارجاع شده (بهورز / متخصص)، خدمات در نظر گرفته شده را در پرونده سلامت ثبت کرده است. در صورت عدم ارجاع از سوی متخصص امتیازی از پزشک کسر نمی گردد. | ۲ | ۱ |
| در بررسی ۲ پرونده: <input type="checkbox"/> در ۱۰۰ درصد موارد انجام شده است (۲) <input type="checkbox"/> در ۵۰ درصد موارد انجام شده است (۱) <input type="checkbox"/> انجام نشده است (۰) | ویزیت و مراقبت موارد ارجاعی گروه نوزادان و کودکان طبق گزارش سامانه انجام شده است. (ترجیحا از هر مورد ۱ پرونده) | ۲.۵ | ۲ |
| در بررسی ۲ پرونده: <input type="checkbox"/> در ۱۰۰ درصد موارد انجام شده است (۲) <input type="checkbox"/> در ۵۰ درصد موارد انجام شده است (۱) <input type="checkbox"/> انجام نشده است (۰) | ویزیت و مراقبت موارد ارجاعی گروه نوجوانان و جوانان طبق گزارش سامانه انجام شده است. (ترجیحا از هر مورد ۱ پرونده) | ۲.۵ | ۳ |
| در بررسی ۲ پرونده: <input type="checkbox"/> در ۱۰۰ درصد موارد انجام شده است (۲) <input type="checkbox"/> در ۵۰ درصد موارد انجام شده است (۱) <input type="checkbox"/> انجام نشده است (۰) | ویزیت و مراقبت موارد ارجاعی گروه باروری سالم و مادران طبق گزارش سامانه انجام شده است. (ترجیحا از هر مورد ۱ پرونده) | ۲.۵ | ۴ |
| در بررسی ۲ پرونده: <input type="checkbox"/> در ۱۰۰ درصد موارد انجام شده است (۲) <input type="checkbox"/> در ۵۰ درصد موارد انجام شده است (۱) <input type="checkbox"/> انجام نشده است (۰) | ویزیت و مراقبت موارد ارجاعی گروه میانسالان و سالمندان طبق گزارش سامانه انجام شده است. (ترجیحا از هر مورد ۲ پرونده) | ۲.۵ | ۵ |
| در بررسی ۲ پرونده: <input type="checkbox"/> در ۱۰۰ درصد موارد انجام شده است (۲) <input type="checkbox"/> در ۵۰ درصد موارد انجام شده است (۱) <input type="checkbox"/> انجام نشده است (۰) | ویزیت و مراقبت بیماران فشارخون طبق گزارش سامانه انجام شده است. | ۳ | ۶ |
| در بررسی ۲ پرونده: <input type="checkbox"/> در ۱۰۰ درصد موارد انجام شده است (۲) <input type="checkbox"/> در ۵۰ درصد موارد انجام شده است (۱) <input type="checkbox"/> انجام نشده است (۰) | ویزیت و مراقبت بیماران دیابت طبق گزارش سامانه انجام شده است. | ۳ | ۷ |
| در بررسی ۴ نسخه: <input type="checkbox"/> در ۱۰۰-۷۵ درصد موارد انجام شده است (۳) <input type="checkbox"/> بین ۷۵-۵۰ درصد موارد انجام شده است (۲) <input type="checkbox"/> بین ۵۰-۲۵ درصد موارد انجام شده است (۱) <input type="checkbox"/> کمتر از ۲۵ درصد موارد انجام شده است (۰) | پزشک دارو ها را در سامانه تجویز می کند. (مبتنی بر سامانه سطح ۱) | ۲ | ۸ |
| بررسی ۴ پرونده: <input type="checkbox"/> در ۱۰۰-۷۵ درصد موارد انجام شده است (۳) <input type="checkbox"/> بین ۷۵-۵۰ درصد موارد انجام شده است (۲) <input type="checkbox"/> بین ۵۰-۲۵ درصد موارد انجام شده است (۱) <input type="checkbox"/> کمتر از ۲۵ درصد موارد انجام شده است (۰) | پزشک خانواده تمام اطلاعات ارجاع شامل معاینات بالینی، ذکر تشخیص احتمالی، نوع تخصص و کد ارجاع را بطور کامل تکمیل می نماید. | ۳.۵ | ۹ |

| | | |
|------------------------------------|--|---|
| کد مدرک ۰۹FM۰۲۰۰۸ | فرم |  سازمان بهداشت و درمان ایران |
| | پایش برنامه پزشک خانواده و بیمه روستائی | |


| | | | |
|--|---|-----|----|
| <input type="checkbox"/> تا ۱۵ درصد (۳) <input type="checkbox"/> تا ۱۷.۵ درصد (۲) <input type="checkbox"/> تا ۱۷.۶ تا ۲۰ درصد (۱) <input type="checkbox"/> بالاتر از ۲۰ درصد (۰) | نسبت تعداد کل ارجاعات به تعداد کل ویزیت های انجام شده بیمه شدگان روستایی (درصد ارجاع به متخصص) مطابق استاندارد تعریف شده حداکثر (۱۵ درصد) است. | ۲ | ۱۰ |
| مطابق جدول زمانبندی اعلام شده به مرکز بهداشت شهرستان: <input type="checkbox"/> ۱۰۰-۸۰ درصد انجام شده است (۳) <input type="checkbox"/> ۸۰-۶۰ درصد انجام شده است (۲) <input type="checkbox"/> ۶۰-۴۰ درصد انجام شده است (۱) <input type="checkbox"/> کمتر از ۴۰ درصد انجام شده است (۰) | پزشک طبق جدول زمانبندی اعلام شده به مرکز بهداشت شهرستان، حداقل یک بار در هفته از همه خانه های بهداشت و ماهی یک بار از روستاهای قمر و فصلی یکبار از روستای سیاری دهگردشی می نماید. | ۳.۲ | ۱۱ |
| <input type="checkbox"/> همه جلسات تشکیل و پیگیری مصوبات آنها انجام شده است (۳) <input type="checkbox"/> بعضی از جلسات تشکیل شده ولی پیگیری مصوبات آنها انجام شده است (۲) <input type="checkbox"/> جلسه به ندرت تشکیل شده یا مصوبات جلسات پیگیری نشده اند (۱) <input type="checkbox"/> جلسه ای برگزار نشده است و مصوبه ای نیز وجود ندارد (۰) | پزشک خانواده در خصوص تقویت همکاری های بین بخشی برای حل مشکلات روستاها اقدام به تشکیل هیأت امناء و پیگیری مصوبات نموده است. (با ارایه مستندات جلسات فصلی) | ۲ | ۱۲ |
| <input type="checkbox"/> بلی (۳) <input type="checkbox"/> خیر (۰) | فرانشیز و تعرفه های مصوب طبق تفاهم نامه و دستور عمل ابلاغی در تمامی موارد ارایه خدمت رعایت می گردد. | ۲ | ۱۳ |
| <input type="checkbox"/> آموزش ها را در شبکه و اداره کل بیمه گذرانده است و هردو گواهی را دارد (۳) <input type="checkbox"/> آموزش ها را در شبکه یا اداره کل بیمه گذرانده است و فقط یک گواهی را دارد (۲) <input type="checkbox"/> آموزش ها را در شبکه یا اداره کل بیمه گذرانده ولی گواهی هیچکدام را ندارد (۱) <input type="checkbox"/> اصلاً آموزشی را در شبکه و اداره کل بیمه نگذرانده است (۰) | پزشک در بدو ورود آموزشهای مربوط به برنامه پزشک خانواده را بطور کامل در شبکه و مدیریت بیمه سلامت استان/ شهرستان گذرانده و گواهی را دریافت نموده است (در صورت صدور). چنانچه شروع به کار پزشک در یکماه اخیر بوده و هنوز گواهی صادر نشده باشد، امتیاز کامل داده می شود. | ۲ | ۱۴ |

| | | |
|----------------------|---|---|
| کد مدرک ۰۹FM۰۲۰۰۸ | فرم |  سازمان بررسی‌های سلامت ایران |
| | پایش برنامه پزشک خانواده و بیمه روستائی | |

| ب: خدمات مامایی (۱۱.۷ امتیاز) | | | |
|---|---|------|------|
| ارزیابی | موضوع | ضریب | ردیف |
| | گزارش مراقبت های پیش از بارداری، بارداری، پس از زایمان، میانسالان و باروری سالم، در سامانه موجود است. (در کل ۵ پرونده و ترجیحا از هر مورد ۱ پرونده) | ۱۰ | ۱ |
| مطابق جدول زمانبندی اعلام شده به مرکز بهداشت شهرستان: <input type="checkbox"/> ۱۰۰-۸۰ درصد انجام شده است (۳) <input type="checkbox"/> ۸۰-۶۰ درصد انجام شده است (۲) <input type="checkbox"/> ۶۰-۴۰ درصد انجام شده است (۱) <input type="checkbox"/> کمتر از ۴۰ درصد انجام شده است (۰) | ماما طبق جدول زمانبندی اعلام شده به مرکز بهداشت شهرستان، حداقل یک بار در هفته از همه خانه های بهداشت و ماهی یک بار از روستاهای قمر و فصلی یکبار از روستای سیاری دهگردشی می نماید. | ۱.۷ | ۲ |

| | | |
|------------------------------------|--|---|
| کد مدرک ۰۹FM۰۲۰۰۸ | فرم |  سازمان بهره‌ملاست ایران |
| | پایش برنامه پزشک خانواده و بیمه روستائی | |

| ج: خدمات دارویی (۱۴ امتیاز) | | | |
|------------------------------------|------|---|---|
| ردیف | ضریب | موضوع | ارزیابی |
| ۱ | ۳ | مرکز، خدمات دارویی را طبق دستور عمل ابلاغی رایحه می نماید. | <input type="checkbox"/> خدمات دارویی در داخل مرکز یا محدوده روستا یا با فاصله حداکثر ۵۰۰ متر از مراکز مجری برنامه رایحه می شود (۳) <input type="checkbox"/> خدمات دارویی در داخل مرکز یا محدوده روستا یا با فاصله ۵۰۰ تا ۱۰۰۰ متر از مراکز مجری برنامه رایحه می شود (۲) <input type="checkbox"/> خدمات دارویی در داخل مرکز یا محدوده روستا یا با فاصله بیش از ۱۰۰۰ متر از مراکز مجری برنامه رایحه می شود (۱) <input type="checkbox"/> خدمات دارویی هیچکدام از شرایط فوق ندارد (۰) |
| ۲ | ۱.۵ | حداقل به میزان ۵۰٪ از هر دارو، از آخرین لیست درخواستی پزشک در داروخانه موجود است. | <input type="checkbox"/> حداقل ۵۰ درصد از هر دارو از آخرین درخواست موجود است (۳) <input type="checkbox"/> ۴۰ تا ۵۰ درصد موجود است (۲) <input type="checkbox"/> ۲۰ تا ۴۰ درصد موجود است (۱) <input type="checkbox"/> کمتر از ۲۰ درصد موجود است (۰) |
| ۳ | ۱.۵ | قیمت گذاری نسخ در حضور بیمار و فرانشیز بر اساس تعرفه مصوب دریافت می گردد. | در بررسی ۴ نسخه: <input type="checkbox"/> در ۱۰۰-۷۵ درصد موارد انجام شده است (۳) <input type="checkbox"/> بین ۷۵-۵۰ درصد موارد انجام شده است (۲) <input type="checkbox"/> بین ۵۰-۲۵ درصد موارد انجام شده است (۱) <input type="checkbox"/> کمتر از ۲۵ درصد موارد انجام شده است (۰) |
| ۴ | ۱ | در داروخانه طرف قرارداد مرکز مجری، تعرفه خدمات دارویی (۸۰۰۰ ریال) صرفاً در صورت حضور داروساز دریافت می گردد. | در بررسی ده نسخه بیمه شده: <input type="checkbox"/> بلی (۳) <input type="checkbox"/> خیر (۰) |
| ۵ | ۲ | قفسه بندی و شرایط نگهداری مناسب داروها (نظافت، درجه حرارت، نور مستقیم، قرار ندادن داروها روی زمین و ...) در داروخانه (براساس دستورعمل سازمان غذا و دارو) رعایت می گردد. | <input type="checkbox"/> قفسه بندی و شرایط نگهداری مناسب داروها رعایت می گردد (۲) <input type="checkbox"/> یکی از دو مورد قفسه بندی یا شرایط نگهداری داروها رعایت می گردد (۱) <input type="checkbox"/> هیچکدام از موارد رعایت نمی شود (۰) |
| ۶ | ۲ | در داروخانه مرکز داروی تاریخ گذشته وجود دارد. | <input type="checkbox"/> خیر (۳) <input type="checkbox"/> بلی (۰) |
| ۷ | ۲ | خدمات دارویی مرکز در در شیفتهای کاری منطبق با فعالیت پزشک رایحه می شود | <input type="checkbox"/> بلی (۳) <input type="checkbox"/> خیر (۰) |
| ۸ | ۱ | در ساعات بیتوته داروهای مورد نیاز جهت خدمات اورژانس ارائه می گردد. | <input type="checkbox"/> بلی (۳) <input type="checkbox"/> خیر (۰) |

| | | |
|----------------------|---|--|
| کد مدرک ۰۹FM۰۲۰۰۸ | فرم |  سازمان بهداشت و آموزش پزشکی ایران |
| | پایش برنامه پزشک خانواده و بیمه روستائی | |



فرم
پایش برنامه پزشک خانواده و بیمه روستائی


کد مدرک
۰۹FM۰۲۰۰۸

د: خدمات داروهای مکمل (۵ امتیاز)

| ردیف | ضریب | موضوع | ارزیابی |
|------|------|--|---|
| ۱ | ۱.۵ | توزیع داروهای مکمل بر اساس گروه های هدف بطور کامل صورت می گیرد. | در بررسی ده مورد (از هر گروه هدف دو مورد): <input type="checkbox"/> ۱۰۰-۸۰ درصد ثبت شده است (۳) <input type="checkbox"/> ۸۰-۶۰ درصد ثبت شده است (۲) <input type="checkbox"/> ۶۰-۴۰ درصد ثبت شده است (۱) <input type="checkbox"/> کمتر از ۴۰ درصد ثبت شده است (۰) |
| ۲ | ۲ | اقلام مکمل به میزان ۲۵٪ برآورد مورد نیاز سال وجود دارد. (مصرف سال معادل مصرف سال قبل در نظر گرفته شود) | <input type="checkbox"/> حداقل ۲۵ درصد موجود است (۳) <input type="checkbox"/> ۲۵-۱۵ درصد موجود است (۲) <input type="checkbox"/> ۱۵-۵ درصد موجود است (۱) <input type="checkbox"/> کمتر از ۵ درصد موجود است (۰) |
| ۳ | ۱.۵ | توزیع داروهای مکمل بر اساس برنامه منظم ارایه شده توسط واحد مربوطه در زمان های مقرر بین گروه های هدف وجود دارد. | در طی یک ماه : <input type="checkbox"/> در ۱۰۰-۷۵ درصد موارد در زمان مقرر توزیع شده است (۳) <input type="checkbox"/> بین ۷۵-۵۰ درصد موارد در زمان مقرر توزیع شده است (۲) <input type="checkbox"/> بین ۵۰-۲۵ درصد در زمان مقرر توزیع شده است (۱) <input type="checkbox"/> کمتر از ۲۵ درصد در زمان مقرر توزیع شده است (۰) |

ه: خدمات آزمایشگاهی (۵ امتیاز)


| ردیف | ضریب | موضوع | ارزیابی |
|------|------|--|---|
| ۱ | ۲ | در مرکز واحد شرایط وجود آزمایشگاه طبق دستورعمل، آزمایشگاه موجود است. اگر مرکز واحد شرایط داشتن آزمایشگاه نباشد، امتیاز این سوال بطور کامل داده می شود. | <input type="checkbox"/> بلی (۳) <input type="checkbox"/> خیر (۰) |
| ۲ | ۱ | نگهداری و انتقال نمونه های ارجاعی به روش استاندارد انجام می شود. نمونه های ارسالی مطابق با دستورالعمل استاندارد (لوله در پیچ دار پلاستیکی و یا لوله های دارای درپوش پلاستیکی محکم که غیر قابل نفوذ به مایعات و غیر قابل نشت) جمع آوری شده است. برای بسته بندی نمونه ها جهت انتقال باید از محفظه استاندارد سه لایه ای استفاده شود. (مطابق با راهنمای "روش استاندارد انتقال نمونه های عفونی"). در صورت عدم وجود محفظه تجاری از بسته بندی سه لایه ای استفاده می گردد. (اطراف لوله را ماده جاذب و ضربه گیر کافی با توجه به حجم مایع ارسالی مانند حوله کاغذی، دستمال های جاذب، اسفنج نازک و غیره به طور کامل پیچیده ، محفظه دوم لوله فالكون یا زیپ مرغوب و محفظه سوم کلد باکس) | <input type="checkbox"/> هر دو کار استاندارد انجام می شود (۲) <input type="checkbox"/> یکی از کارها استاندارد انجام می شود (۱) <input type="checkbox"/> هیچ کدام از دو فرآیند استاندارد نیست. (۰) |
| ۳ | ۱ | فرانشیز مصوب (۱۵٪ تعرفه دولتی، رایگان در آزمایش های ادغام یافته، نمونه گیری رایگان) در ارایه خدمات آزمایشگاهی در بخش دولتی و غیر دولتی طرف قرارداد در تمامی موارد رعایت می گردد. | در بررسی چهار مراجعه کننده پذیرش شده، صرفا فرانشیز و تعرفه مصوب رعایت شده است: <input type="checkbox"/> بلی (۳) <input type="checkbox"/> خیر (۰) |
| ۴ | ۱ | کیت های آزمایشگاهی موجود در مرکز از نظر تاریخ انقضاء معتبر است. | <input type="checkbox"/> بلی (۳) <input type="checkbox"/> خیر (۰) |

| | | |
|----------------------|---|--|
| کد مدرک ۰۹FM۰۲۰۰۸ | فرم |  سازمان بیمه سلامت ایران |
| | پایش برنامه پزشک خانواده و بیمه روستائی | |


| و: خدمات رادیولوژی (۱.۵ امتیاز) | | | |
|---------------------------------|------|--|--|
| ردیف | ضریب | موضوع | ارزیابی |
| ۱ | ۱.۵ | فرانشیز مصوب (۱۵٪ تعرفه دولتی در ارائه خدمات رادیولوژی) رعایت می گردد. | در بررسی چهار مراجعه کننده، فرانشیز و تعرفه مصوب: <input type="checkbox"/> رعایت شده است (۳) <input type="checkbox"/> رعایت نشده است (۰) |

| خدمات بهداشت دهان و دندان (۷ امتیاز) | | | |
|--------------------------------------|------|---|--|
| ردیف | ضریب | موضوع | ارزیابی |
| ۱ | ۱ | به ازای هر دندانپزشک فعال/ بهداشتکار، مراقب سلامت دهان و دندان وجود دارد.. | <input type="checkbox"/> بلی (۳) <input type="checkbox"/> خیر (۰) |
| ۲ | ۱ | دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان طبق استاندارد تعریف شده وجود دارد. | <input type="checkbox"/> به ازای هر ۱۵ هزار نفر یک دندانپزشک/ بهداشتکار وجود دارد. (۳) <input type="checkbox"/> به ازای هر ۲۰-۱۵ هزار نفر یک دندانپزشک/ بهداشتکار وجود دارد (۲) <input type="checkbox"/> به ازای هر ۲۵-۲۰ هزار نفر یک دندانپزشک/ بهداشتکار وجود دارد (۱) |
| ۳ | ۴ | گزارش خدمات دندانپزشکی برنامه سلامت دهان و دندان در سامانه موجود است. | <input type="checkbox"/> بلی (۳) <input type="checkbox"/> خیر (۰) |
| ۴ | ۱ | فرانشیز و تعرفه های مصوب طبق تفاهم نامه و دستور عمل ابلاغی در تمامی موارد ارایه خدمت رعایت می گردد. | <input type="checkbox"/> بلی (۳) <input type="checkbox"/> خیر (۰) |

| ح: فناوری اطلاعات و ارتباطات به منظور پرونده الکترونیک (۲.۷ امتیاز) | | | |
|---|------|--|--|
| ردیف | ضریب | موضوع | ارزیابی |
| ۲ | ۲.۷ | همه کاربران به سامانه سطح یک دسترسی دارند. (در مناطق فاقد اینترنت امتیاز کامل داده می شود) | <input type="checkbox"/> بلی (۳) <input type="checkbox"/> خیر (۰) |


| | | |
|----------------------|---|--|
| کد مدرک ۰۹FM۰۲۰۰۸ | فرم |  سازمان بهداشت و سلامت ایران |
| | پایش برنامه پزشک خانواده و بیمه روستائى | |

| ط: آماده سازی و بهبود استانداردهای واحد مجری برنامه (۱۱.۶ امتیاز) | | | |
|---|------|---|---|
| ردیف | ضریب | موضوع | |
| ۱ | ۱ | به ازای هر پزشک مرکز هنگام معاینه یک اتاق وجود دارد. | <input type="checkbox"/> بلی (۳) <input type="checkbox"/> خیر (۰) |
| ۲ | ۲.۶ | تجهیزات و لوازم در اتاق پزشک و اتاق تزریقات و پانسمان کامل می باشد: <input type="checkbox"/> تخت معاینه <input type="checkbox"/> تخت بیماران تحت نظر و تزریقات <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> اتوسکوپ <input type="checkbox"/> افتالموسکوپ <input type="checkbox"/> گوشی پزشکی <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> فشارسنج <input type="checkbox"/> ترازو بزرگسال <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> پایه سرم <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> سیلندر اکسیژن و مانومتر <input type="checkbox"/> ساکشن <input type="checkbox"/> ست پانسمان <input type="checkbox"/> استریل <input type="checkbox"/> فور یا اتوکلاو <input type="checkbox"/> پاراوان <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> همه موارد وجود دارد (۳) <input type="checkbox"/> ۶-۱۰ مورد وجود دارد (۲) <input type="checkbox"/> ۱-۵ مورد وجود دارد (۱) <input type="checkbox"/> هیچکدام از موارد وجود ندارد (۰) |
| ۳ | ۱.۵ | تجهیزات ترالی اورژانس طبق استاندارد، کامل و آماده بهره برداری می باشد: <input type="checkbox"/> انواع سوند <input type="checkbox"/> لارنگوسکوپ <input type="checkbox"/> Airway <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> داروهای اورژانسی <input type="checkbox"/> انواع لوله تراشه <input type="checkbox"/> آمیوبگ <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> همه موارد وجود دارد (۳) <input type="checkbox"/> ۳-۵ مورد وجود دارد (۲) <input type="checkbox"/> ۱-۲ مورد وجود دارد (۱) <input type="checkbox"/> هیچکدام از موارد وجود ندارد (۰) |
| ۴ | ۱.۵ | تجهیزات اتاق مامایی کامل می باشد: <input type="checkbox"/> تخت ژنیکولوژی <input type="checkbox"/> اسپکولوم <input type="checkbox"/> چراغ پایه دار <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> گوشی مامایی / سونیکید <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ست IUD <input type="checkbox"/> فشار سنج <input type="checkbox"/> ست پاپ اسمیر <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> همه موارد وجود دارد (۳) <input type="checkbox"/> ۳-۶ مورد وجود دارد (۲) <input type="checkbox"/> ۱-۲ مورد وجود دارد (۱) <input type="checkbox"/> هیچکدام از موارد وجود ندارد (۰) |
| ۵ | ۲ | مرکز بیتوته دارای محل زیست پزشک با رعایت تجهیزات لازم و امکانات گرمایشی و سرمایشی است. | <input type="checkbox"/> بلی (۳) <input type="checkbox"/> تجهیزات و امکانات دارای نواقصی است (۲) <input type="checkbox"/> خیر (۰) |
| ۶ | ۱.۵ | تمهیدات لازم جهت امنیت، نظافت، تعمیر و تجهیز فضای فیزیکی، امکانات گرمایشی و سرمایشی لحاظ شده است. | <input type="checkbox"/> ۱۰۰-۷۵ درصد مورد انتظار انجام شده است (۳) <input type="checkbox"/> ۷۵-۵۰ درصد مورد انتظار انجام شده است (۲) <input type="checkbox"/> ۵۰-۲۵ درصد مورد انتظار انجام شده است (۱) <input type="checkbox"/> کمتر از ۲۵ درصد مورد انتظار انجام شده است (۰) |
| ۷ | ۱.۵ | اقدامات اطلاع رسانی به مراجعین در خصوص ۱. مسیر ارجاع به سطوح بالاتر، آدرس و ساعت فعالیت مراکز پذیرش ارجاع شدگان ۲. برگه خط سیر و برنامه دهگردشی و سیاری. ۳. مبالغ فرانشیز خدمات ۴. لیست، آدرس و ساعت فعالیت مراکز ارایه دهنده خدمات آزمایشگاهی طرف قرارداد ۵. آدرس و ساعت فعالیت مراکز معین ارایه دهنده خدمات دندانپزشکی ۶. لیست، آدرس و ساعت فعالیت مراکز ارایه دهنده خدمات رادیولوژی طرف قرارداد انجام و اطلاعات مورد نیاز در محل مناسب (بورد مرکز) نصب شده است. امتیاز در صورتی تعلق خواهد گرفت که اطلاعات روی بورد نصب شده باشد و صرف وجود آن در مرکز امتیازی ندارد. | <input type="checkbox"/> هر ۶ مورد در تابلو اطلاع رسانی نصب شده است. (۳ امتیاز) <input type="checkbox"/> ۵ مورد نصب شده است (۲.۵ امتیاز) <input type="checkbox"/> ۴ مورد نصب شده است (۲ امتیاز) <input type="checkbox"/> ۳ مورد نصب شده است (۱.۵ امتیاز) <input type="checkbox"/> ۲ مورد نصب شده است (۱ امتیاز) <input type="checkbox"/> ۱ مورد نصب شده است (۰.۵ امتیاز) <input type="checkbox"/> هیچکدام نصب نشده است (۰ امتیاز) |

| | | |
|-----------------------------|--|---|
| کد مدرک ۰۹FM۰۲۰۰۸ | فرم |  سازمان بررسی سلامت ایران |
| | پایش برنامه پزشک خانواده و بیمه روستائی | |

| ی: خودروی دهگردشی (۳.۹ امتیاز) | | | |
|---|---|------|------|
| ارزیابی | موضوع | ضریب | ردیف |
| <input type="checkbox"/> وسیله نقلیه واجد شرایط در مرکز وجود دارد و عمر وسیله نقلیه تا ۵ سال (۵ سال کامل) (۳) <input type="checkbox"/> وسیله نقلیه واجد شرایط در مرکز وجود دارد ولی عمر وسیله نقلیه بالاتر از ۶ سال است. (۲ امتیاز) <input type="checkbox"/> وسیله نقلیه وجود ندارد (۰) | وسیله نقلیه واجد شرایط براساس برنامه دهگردشی مرکز وجود دارد | ۳.۹ | ۱ |

| ک: اجرای برنامه های فنی ادغام یافته جدید (۲.۹ امتیاز) | | | |
|---|--|------|------|
| ارزیابی | موضوع | ضریب | ردیف |
| <input type="checkbox"/> چهار مورد موجود است. (۳) <input type="checkbox"/> سه مورد موجود است. (۲) <input type="checkbox"/> دو مورد موجود است. (۱) <input type="checkbox"/> هیچ موردی وجود ندارد. (۰) | گزارش خدمات برنامه های ادغام یافته (سرطان، بیماری های تنفسی، اعصاب و روان، قلبی عروقی، دیابت) در سامانه وجود دارد. | ۲.۹ | ۱ |

| | | |
|----------------------|---|--|
| کد مدرک ۰۹FM۰۲۰۰۸ | فرم |  سازمان بهداشت ایران |
| | پایش برنامه پزشک خانواده و بیمه روستائی | |

بخش کمی

پزشک:

تاریخ روزهای غیبت پزشکان به تفکیک

| نام مرکز فعالیت اصلی پزشک جانشین | نام و نام خانوادگی پزشک جانشین | ردیف |
|-------------------------------------|-----------------------------------|------|
| | | ۱ |
| | | ۲ |

| نام و نام خانوادگی پزشک | تاریخ روز غیبت | ساعت غیبت | ردیف |
|----------------------------|----------------------|-----------|------|
| | | | ۱ |
| | | | ۲ |

راهنما: در صورت مرخصی پزشک، از پزشک جانشین/ پزشکان همان مرکز یا مراکز مجاور استفاده شده است

ماما:

تاریخ روزهای غیبت ماما به تفکیک

| نام مرکز فعالیت اصلی ماما جانشین | نام و نام خانوادگی ماما جانشین | ردیف |
|-------------------------------------|-----------------------------------|------|
| | | ۱ |
| | | ۲ |

| نام و نام خانوادگی ماما | تاریخ روز غیبت | ساعت غیبت | ردیف |
|----------------------------|----------------------|-----------|------|
| | | | ۱ |
| | | | ۲ |

راهنما: در صورت مرخصی پزشک، از پزشک جانشین/ پزشکان همان مرکز یا مراکز مجاور استفاده شده است

دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان:


تاریخ روزهای غیبت دندانپزشک/بهداشتکار دهان و دندان

| نام و نام خانوادگی دندانپزشک | تاریخ روز غیبت | ساعت غیبت | ردیف |
|---------------------------------|----------------|-----------|------|
| | | | ۱ |
| | | | ۲ |

■ خدمات مرکز

خدمات دهان و دندان:

| ردیف | محل ارائه خدمات دهان و دندان | مرکز مجری |
|------|------------------------------|--------------------------------------|
| ۱ | | مرکز مجری |
| | | مرکز طرف قرارداد شبکه بهداشت شهرستان |
| | | عدم ارائه خدمت |

| | | |
|----------------------|---|---|
| کد مدرک ۰۹FM۰۲۰۰۸ | فرم |  سازمان بهر سلامت ایران |
| | پایش برنامه پزشک خانواده و بیمه روستائی | |

خدمات دندانپزشکی (سطح دو ساختار)

| ع.م.ا | نام خدمات | عدم ارائه |
|-------|--|-----------|
| ۱ | آموزش بهداشت دهان و دندان | |
| ۲ | ثبت اطلاعات وضعیت سلامت و خدمات دهان و دندان | |
| ۳ | فیشرسیلانت تراپی | |
| ۴ | فلوراید تراپی | |
| ۵ | ترمیم دندانهای شیری و دائمی با استفاده از آمالگام و کامپوزیت | |
| ۶ | کشیدن دندانهای غیر قابل نگهداری شیری و دائمی | |
| ۷ | درمان پالپ زنده دندانهای شیری و دائمی | |
| ۸ | جرم گیری و بروساژ | |
| ۹ | پالپوتومی | |

خدمات دندانپزشکی (سطح یک ساختار)

| ع.م.ا | نام خدمات | عدم ارائه |
|-------|---|-----------|
| ۱ | شناسایی عوامل تعیین کننده سلامت دهان و دندان | |
| ۲ | آموزش بهداشت دهان و دندان | |
| ۳ | ارتقای مهارتهای فردی گروه هدف (استفاده درست از مسواک ، نخ دندان، مشکلات رویش دندانها ، تغذیه غیر پوسیدگی زا ، اهمیت دندانهای شیری، شناسایی و حفظ سلامت دندان ۶ سالگی) | |
| ۴ | معاینه و ثبت اطلاعات وضعیت سلامت دهان در سامانه الکترونیک و یا پرونده خانوار | |
| ۵ | انجام وارنیش فلوراید جهت ارائه به گروههای هدف | |
| ۶ | توزیع مسواک انگشتی جهت کودکان زیر ۳ سال | |
| ۷ | پایش بکارگیری ابزار ارزیابی سطح خطر پوسیدگی دندان برای خود مراقبتی | |
| ۸ | ارجاع به سطوح بالاتر در صورت لزوم | |


خدمات دارویی:

کمبود اقلام دارویی مرکز مجری: (بر اساس لیست فارماکوپه پزشک مرکز)

| ردیف | کد دارو | ردیف | کد دارو |
|------|---------|------|---------|
| ۵ | | ۷ | |
| ۶ | | ۸ | |

| ردیف | کد دارو | ردیف | کد دارو |
|------|---------|------|---------|
| ۱ | | ۳ | |
| ۲ | | ۴ | |

کمبود اقلام دارویی کمتر از ۵۰٪ مرکز مجری: (بررسی موجودی داروهای آخرین درخواست پزشک مرکز)

| | | |
|------------------------------------|--|--|
| کد مدرک ۰۹FM۰۲۰۰۸ | فرم |  سازمان بهداشت ایران |
| | پایش برنامه پزشک خانواده و بیمه روستائی | |

| | | | |
|------|---------|------|---------|
| ردیف | کد دارو | ردیف | کد دارو |
| ۳ | | ۵ | |
| ۴ | | ۶ | |

| | | | |
|------|---------|------|---------|
| ردیف | کد دارو | ردیف | کد دارو |
| ۱ | | ۳ | |
| ۲ | | ۴ | |

شیفت خدمات دارو به سطح دو: (براساس نرم افزار اسناد پزشکی اداره کل بیمه سلامت)

| | | |
|------|----------------------|---------|
| ردیف | سهم سازمان شیفت دارو | توضیحات |
| ۱ | | |
| ۲ | | |

خدمات آزمایشگاه:

محل ارائه خدمات آزمایشگاهی

نمونه گیری در مرکز مرکز مجری مرکز تعریف شده (طرف قرارداد شبکه بهداشت شهرستان)

بازدید از آزمایشگاه مرکز مجری:

آزمایشات سطح یک ارائه نشده

| | | | |
|------|------------|------|------------|
| ردیف | نام آزمایش | ردیف | نام آزمایش |
| ۵ | | ۷ | |
| ۶ | | ۸ | |

| | | | |
|------|------------|------|------------|
| ردیف | نام آزمایش | ردیف | نام آزمایش |
| ۱ | | ۳ | |
| ۲ | | ۴ | |

بهداشت:

آزمایشات سطح یک ارائه نشده:

| | | | |
|------|------------|------|------------|
| ردیف | نام آزمایش | ردیف | نام آزمایش |
| ۵ | | ۷ | |
| ۶ | | ۸ | |

| | | | |
|------|------------|------|------------|
| ردیف | نام آزمایش | ردیف | نام آزمایش |
| ۱ | | ۳ | |
| ۲ | | ۴ | |

خدمات تصویر برداری:


محل ارائه خدمات تصویر برداری: مرکز مجری مرکز تعریف شده (طرف قرارداد شبکه بهداشت شهرستان)

بازدید مرکز مجری:

نام رادیوگرافی های سطح یک ارائه نشده:

| | | | |
|------|----------------|------|----------------|
| ردیف | نام رادیوگرافی | ردیف | نام رادیوگرافی |
| ۵ | | ۷ | |
| ۶ | | ۸ | |

| | | | |
|------|----------------|------|----------------|
| ردیف | نام رادیوگرافی | ردیف | نام رادیوگرافی |
| ۱ | | ۳ | |
| ۲ | | ۴ | |

| | | |
|----------------------|---|--|
| کد مدرک ۰۹FM۰۲۰۰۸ | فرم |  سازمان بهداشت ایران |
| | پایش برنامه پزشک خانواده و بیمه روستائی | |

بازدید مرکز تعریف شده (طرف قرارداد شبکه بهداشت شهرستان):

نام رادیوگرافی سطح یک ارائه نشده

| | | | |
|----------------|------|----------------|------|
| نام رادیوگرافی | ردیف | نام رادیوگرافی | ردیف |
| | ۷ | | ۵ |
| | ۸ | | ۶ |

| | | | |
|----------------|------|----------------|------|
| نام رادیوگرافی | ردیف | نام رادیوگرافی | ردیف |
| | ۳ | | ۱ |
| | ۴ | | ۲ |

داروهای مکمل:

اطلاعات ارائه داروهای مکمل به جمعیت هدف در محل تعریف شده (خانه بهداشت)

| | | | |
|-----------|---------------------|-----------|---|
| عدم ارائه | داروی مکمل | عدم ارائه | داروی مکمل |
| | آهن یا سولفات فرو | | قطره مولتی ویتامین یا ویتامین آ+د |
| | اسیدفولیک | | قرص مولتی ویتامین |
| | ویتامین D (۵۰ هزار) | | کلسیم / کلسیم D |
| | | | مولتی ویتامین مینرال حاوی ۱۵۰ میکروگرم ید |

بهبود استاندارد:

بر اساس تفاهم نامه فیما بین شبکه و اداره کل، میزان هزینه کرد محل سرانه بهبود استانداردها در موارد تعمیر و تجهیز، چه میزان می باشد؟

| | | | | | |
|---------------|------|-----|-----|-----|----------------|
| عنوان | ٪۱۰۰ | ٪۷۵ | ٪۵۰ | ٪۲۵ | عدم ارائه خدمت |
| احداث | | | | | |
| تعمیر و تجهیز | | | | | |


خودرو:

| | | |
|-----|----------------------------------|---|
| بلی | آیا خودرو جهت دهگردشی وجود دارد؟ | ۱ |
| خیر | | |

پرونده الکترونیک:

| | | |
|-----|---|---|
| بلی | آیا مرکز به رایانه و امکانات شبکه مجهز شده است؟ | ۱ |
| خیر | | |

برنامه های فنی ادغام یافته جدید:

| | | |
|----------------------|---|--|
| کد مدرک ۰۹FM۰۲۰۰۸ | فرم |  سازمان بهداشت ایران |
| | پایش برنامه پزشک خانواده و بیمه روستائی | |


| | | |
|-----|--|---|
| بلی | آیا اقدامات لازم در خصوص بیماری های برنامه های ادغام یافته صورت پذیرفته است؟ | ۱ |
| خیر | | |

مشخصات پرسنل مرکز :

| نام و نام خانوادگی پزشکان خانواده | شماره نظام پزشکی | آخرین مبلغ دریافتی (۸۰٪) | آخرین مبلغ دریافتی (۲۰٪) ماه |
|-----------------------------------|------------------|--------------------------|------------------------------|
| ۱- | ۱- | ۱- | ۱- |
| ۲- | ۲- | ۲- | ۲- |
| ۳- | ۳- | ۳- | ۳- |
| ۴- | ۴- | ۴- | ۴- |

| نام و نام خانوادگی دندانپزشک / بهداشتکار دهان و دندان | شماره نظام پزشکی | آخرین مبلغ دریافتی (۸۰٪) | آخرین مبلغ دریافتی (۲۰٪) ماه |
|---|------------------|--------------------------|------------------------------|
| ۱- | ۱- | ۱- | ۱- |
| ۲- | ۲- | ۲- | ۲- |

| نام و نام خانوادگی ماما / مراقب سلامت | شماره نظام مامائی | آخرین مبلغ دریافتی (۸۰٪) ماه | آخرین مبلغ دریافتی (۲۰٪) ماه |
|---------------------------------------|-------------------|------------------------------|------------------------------|
| ۱- | ۱- | ۱- | ۱- |
| ۲- | ۲- | ۲- | ۲- |
| ۳- | ۳- | ۳- | ۳- |

| | | |
|----------------------|---|--|
| کد مدرک ۰۹FM۰۲۰۰۸ | فرم |  سازمان بررسی سلامت ایران |
| | پایش برنامه پزشک خانواده و بیمه روستائی | |

مهر و امضاء

نام و نام خانوادگی پزشک خانواده مرکز:

مهر و امضاء

نام و نام خانوادگی کارشناس بیمه:

مهر و امضاء

نام و نام خانوادگی کارشناس مرکز بهداشت شهرستان: