

- نکته قابل توجه در تهیه نمونه برای آزمایش بیوشیمی مخصوصاً FBS ، جداسازی سریع سرم از لخته می باشد، که باید طی مدت کمتر از یک ساعت انجام گرفته و تا قبل از انجام آزمایش، لوله حاوی سرم حتماً در یخچال ۴ درجه سانتیگراد یا زنجیره سرما قرار گیرد.

- برای جمع آوری سرم در آزمایشهای سرولوژی (Coombs wright ,Wright, Widal, RF, CRP) از همین روش استفاده می شود.

### - جمع آوری ادرار:

برای انجام آزمایش کامل ادرار، ادرار تمیز صبحگاهی، بهترین نمونه و غلیظ ترین نمونه برای اندازه گیری مقادیر غیر طبیعی موادی چون پروتئین، کریستال ها و..... می باشد.

آزمایش باکتریایی ادرار صبحگاهی نیز جهت تشخیص عفونتهای مجاری ادرار یا مثانه بسیار مهم است بنابراین، تهیه نمونه مناسب ادرار خیلی اهمیت دارد.

- قبل از نمونه گیری باید از تمیز و استریل بودن ظرف مخصوص جمع آوری ادرار مطمئن بود.

- به بیمار آموزش دهید: چند قطره از ادرار خود را دور ریخته و سپس مقدار ۱۵ میلی لیتر ادرار را داخل ظرف مخصوص جمع آوری ادرار بریزد، درب آن را فوراً و بخوبی ببندد تا از آلودگی و نشسته شدن آن جلوگیری شود. ظرف حاوی نمونه ادرار را در اولین فرصت ممکن و با رعایت زنجیره سرما به آزمایشگاه ارسال نمایند.

برای نمونه گیری ادرار از خانمها به آنها یادآوری کنید تا قبل از نمونه گیری، مجرای ادرار خود را با آب فراوان و بخوبی شستشو داده، سپس اقدام به نمونه گیری نمایند.

### **برای جمع آوری ادرار بچه ها باید به نکات زیر توجه شود.**

- قبل از نصب کیسه پلاستیکی مخصوص، حتماً ناحیه مجرای ادرار را با آب فراوان شستشو دهید.

- کیسه را اطراف دستگاه تناسلی و مجرای ادرار نصب کنید و تا زمان تخلیه ادرار در محل بماند.

- پس از اطمینان از جمع آوری ادرار به میزان کافی، (حدود ۱۵ میلی لیتر) کیسه را به آرامی از محل جدا کرده و با رعایت نکات استریل، آن را داخل ظرف مخصوص جمع آوری ادرار بگذارید و خیلی فوری نمونه را ارسال نمایند.

#### - جمع آوری مدفوع :

در صورتیکه منظور از درخواست مدفوع، بررسی وجود تخم انگل ها یا خون مخفی در مدفوع است بایستی مقدار کافی، حدوداً ۱۰ تا ۱۵ گرم (به اندازه یک بادام) مدفوع را در داخل ظرف مخصوص گذاشته و آن را به آزمایشگاه ارسال کرد. برای تشخیص عامل اسهال خونی از جمله آمیب انتامباهیستولیتیکا نیاز به بررسی مدفوع و مشاهده ترو فوزئیت آمیب است. بنابراین، باید توجه داشت که برای انجام آزمایش نیاز به مدفوع تازه و گرم می باشد. لذا دقت کنید که از زمان نمونه گیری تا زمان آزمایش تنها ۳۰ دقیقه برای مشاهده و تشخیص این آمیب فرصت هست. برای کشت مدفوع و ادرار رعایت نمونه گیری تمیز و دور از آلودگی همچنین، رعایت ارسال فوری و صحیح نمونه مورد نظر است. - برای انجام آزمایش hCG رعایت زمان نمونه گیری ادرار در زمان ۱۵ روز پس از قاعدگی ضروری است. - آزمایش BT, CT باید در محل نمونه گیری انجام شود.

پوشه پرونده سلامت خانوار



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی  
برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده  
پرونده سلامت فرد

شماره پرونده سلامت فرد: .....  
شماره پرونده خانوار موجود در خانه بهداشت: .....

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی .....

مرکز بهداشت شهرستان: ..... نام بخش .....

نام و نام خانوادگی فرد ..... کد ملی فرد .....

نام و نام خانوادگی سرپرست خانوار .....

منطقه سکونت فرد: روستا  عشایر  شهر

نوع مرکز بهداشتی درمانی: روستایی  شهری یا شهری روستایی

نام مرکز بهداشتی درمانی .....

نام خانه بهداشت ..... نام روستای محل سکونت .....

نام پایگاه بهداشت ..... نام شهر محل سکونت .....

نشانی محل سکونت .....

شماره تلفن محل سکونت (کد) ..... کد پستی .....

نشانی محل کار .....

شماره تلفن محل کار (کد) .....

نام و نام خانوادگی پزشک خانواده فرد ..... شماره نظام پزشکی .....

نام و نام خانوادگی پزشک جانشین ..... شماره نظام پزشکی .....

تاریخ آخرین بررسی سالانه پزشک خانواده از فرد ..... تاریخ تشکیل پرونده .....





## فرم های ویزیت پزشک خانواده و متخصصین

دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی .....  
 مرکز بهداشت شهرستان .....

فرم شماره ۲ درمان سرپایی پزشک خانواده

### فرم مراجعات فرد به پزشک خانواده

نام و نام خانوادگی بیمار ..... شماره پرونده سلامت فرد ..... شماره پرونده بهداشتی خانوار ..... خانه بهداشت ..... مرکز بهداشتی درمانی .....

اطلاعات مربوط به شرح حال، معاینه، و اقدامات تشخیصی درمانی:

ردیف	تاریخ ویزیت	علاجم بیماری	نشانه های بیماری	اقدامات پاراکلینیکی	تشخیص	دستورات دارویی، درمانی و دیگری

**فرم سابقه ارجاع به پزشک متخصص**

نام و نام خانوادگی بیمار ..... شماره پرونده سلامت فرد ..... شماره پرونده بهداشتی خانوار ..... خانه بهداشت ..... مرکز بهداشتی درمانی .....

اطلاعات مربوط به ارجاع، نوع اقدام، پیگیری و توصیه های بهداشتی، مشاوره و سایر دستورات

کد ارجاع	تشخیص احتمالی	تاریخ ارجاع	نام پزشک و نوع تخصص	تشخیص نهایی	اقدام انجام شده برای بیمار		پیگیری		توصیه های بهداشتی و مشاوره و سایر دستورات
					بوج انجام فارسی ام و دستور (حسرت)، پراخی کویبش و ...	بوج انجام فارسی ام و دستور (حسرت)، پراخی کویبش و ...	بوج انجام فارسی ام و دستور (حسرت)، پراخی کویبش و ...	بوج انجام فارسی ام و دستور (حسرت)، پراخی کویبش و ...	
			نام و تخصص			بوج انجام فارسی ام و دستور (حسرت)، پراخی کویبش و ...	بوج انجام فارسی ام و دستور (حسرت)، پراخی کویبش و ...	بوج انجام فارسی ام و دستور (حسرت)، پراخی کویبش و ...	بوج انجام فارسی ام و دستور (حسرت)، پراخی کویبش و ...
			بلاگشت ارجاع [تاریخ]			بوج انجام فارسی ام و دستور (حسرت)، پراخی کویبش و ...	بوج انجام فارسی ام و دستور (حسرت)، پراخی کویبش و ...	بوج انجام فارسی ام و دستور (حسرت)، پراخی کویبش و ...	بوج انجام فارسی ام و دستور (حسرت)، پراخی کویبش و ...
			نام و تخصص			بوج انجام فارسی ام و دستور (حسرت)، پراخی کویبش و ...	بوج انجام فارسی ام و دستور (حسرت)، پراخی کویبش و ...	بوج انجام فارسی ام و دستور (حسرت)، پراخی کویبش و ...	بوج انجام فارسی ام و دستور (حسرت)، پراخی کویبش و ...
			بلاگشت ارجاع [تاریخ]			بوج انجام فارسی ام و دستور (حسرت)، پراخی کویبش و ...	بوج انجام فارسی ام و دستور (حسرت)، پراخی کویبش و ...	بوج انجام فارسی ام و دستور (حسرت)، پراخی کویبش و ...	بوج انجام فارسی ام و دستور (حسرت)، پراخی کویبش و ...
			نام و تخصص			بوج انجام فارسی ام و دستور (حسرت)، پراخی کویبش و ...	بوج انجام فارسی ام و دستور (حسرت)، پراخی کویبش و ...	بوج انجام فارسی ام و دستور (حسرت)، پراخی کویبش و ...	بوج انجام فارسی ام و دستور (حسرت)، پراخی کویبش و ...
			بلاگشت ارجاع [تاریخ]			بوج انجام فارسی ام و دستور (حسرت)، پراخی کویبش و ...	بوج انجام فارسی ام و دستور (حسرت)، پراخی کویبش و ...	بوج انجام فارسی ام و دستور (حسرت)، پراخی کویبش و ...	بوج انجام فارسی ام و دستور (حسرت)، پراخی کویبش و ...

<b>هوالشافی</b>		
<b>فرم جمع آوری اطلاعات ارجاع به آزمایشگاه (برحسب سطح ارجاع)</b>		
نام دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی .....		
نام مرکز بهداشت شهرستان .....		
نام مرکز بهداشتی درمانی (با ذکر نوع مرکز) .....		
نام و نام خانوادگی پزشک خانواده: محل خدمت: از تاریخ: تا تاریخ: .....		
ردیف	نام و نام خانوادگی	تعداد اقلام آزمایشگاهی درخواستی
نام و نام خانوادگی مسوول آزمایشگاه:		مهر و امضاء:

<b>هوالشافی</b>		
<b>فرم جمع آوری اطلاعات ارجاع به رادیولوژی (برحسب سطح ارجاع)</b>		
نام دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی .....		
نام مرکز بهداشت شهرستان .....		
نام مرکز بهداشتی درمانی (با ذکر نوع مرکز) .....		
نام و نام خانوادگی پزشک خانواده: محل خدمت: از تاریخ: تا تاریخ: .....		
ردیف	نام و نام خانوادگی	علت ارجاع نتیجه بررسی
نام و نام خانوادگی مسوول رادیولوژی:		مهر و امضاء:



<b>هوالسانی</b>			
<b>فرم جمع آوری اطلاعات ارجاع به متخصص</b>			
نام دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی .....		نام مرکز بهداشت شهرستان .....	
نام مرکز بهداشتی درمانی (با ذکر نوع مرکز) .....			
نام و نام خانوادگی پزشک خانواده:		محل خدمت:	
از تاریخ: .....		تا تاریخ: .....	
ردیف	نام و نام خانوادگی	علت ارجاع	نتیجه معاینه
نام و نام خانوادگی پزشک متخصص:		مهر و امضاء:	

<b>هوالسانی</b>	
<b>فرم جمع آوری اطلاعات دارویی</b>	
نام دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی .....	
نام مرکز بهداشت شهرستان .....	
نام مرکز بهداشتی درمانی (با ذکر نوع مرکز) .....	
نام و نام خانوادگی پزشک خانواده:	
محل خدمت:	
از تاریخ: .....	
تا تاریخ: .....	
تعداد نسخ ارسالی:	
تعداد کل اقلام تجویز شده:	
تعداد اقلامی که جزو داروهای سطح اول نبوده است:	
نام و نام خانوادگی مسوول داروخانه:	
مهر و امضاء:	

## دستورعمل تکمیل پوشه و فرمهای اولین ویزیت و درمان سرپایی پرونده سلامت فرد در برنامه بیمه روستایی

### پوشه پرونده سلامت فرد:

این پوشه شامل مطالبی در روی جلد پوشه و اطلاعات کلی از ویژگیهای هر فرد تحت پوشش برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده و تعیین شرایط سلامت آنها براساس برنامه های جاری در نظام سلامت است که بصورت ۲ جدول در صفحات داخلی پوشه قرار می گیرند. فرم مربوط به ویزیت های ادواری (که بایستی سالانه برای هر فرد توسط پزشک خانواده تکمیل شود) و فرمهای درمان سرپایی پزشک خانواده (۲ و ۳) برای هر فرد جداگانه تکمیل و از قسمت بالا سوراخ شده و در داخل پرونده سلامت خانوار جای می گیرند.

### روی جلد پوشه سلامت فرد:

چنانچه جمعیت شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر نیز در قرارداد فی مابین اداره بیمه خدمات درمانی استان و مرکز بهداشت شهرستان مورد تفاهم قرار گرفت تا خدمات سطح اول سلامت به آنان نیز ارائه شود و سرانه این جمعیت هم پرداخت شد، گزینه های مربوط به اطلاعات مناطق شهری نیز در این پوشه تکمیل می شود (مثل پایگاه بهداشت و ...). در غیراینصورت، اطلاعات فقط خاص جمعیت های روستایی و عشایری خواهد بود.

کلیه اطلاعاتی که باید در مقاطع مختلف زمانی تغییر کند، باید با مداد نوشته شود تا نیاز به تغییر پوشه یا قلم خوردگی نباشد.

نام دانشگاه یا دانشکده علوم پزشکی مربوط ثبت می گردد. همچنین، نام مرکز بهداشت شهرستان و نام بخش (براساس طرح های گسترش شبکه و تقسیمات کشوری) که محل سکونت فرد مورد نظر می باشد، درج می شود.

نام و نام خانوادگی فرد: براساس اطلاعات شناسنامه ای فرد ثبت می شود.

کد ملی فرد: کد ملی فرد ثبت می شود.

نام و نام خانوادگی سرپرست خانوار: سرپرست خانوار یعنی کسی که عمده هزینه خانوار را تامین می کند و به اصطلاح نان آور اصلی است و این فرد تحت سرپرستی وی قرار دارد.

منطقه سکونت: محل سکونت دائم فرد برحسب منطقه روستایی، عشایری یا شهری (خاص شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر) با علامت ✓ در چهارخانه مقابل هریک، مشخص می شود.

نوع مرکز بهداشتی درمانی: نوع مرکزی که فرد مربوطه در پوشش آن قرار دارد و پزشک خانواده در آن محل مستقر است، با علامت ✓ در چهارخانه مقابل هریک، تعیین می شود.

مرکز بهداشتی درمانی شهری: چنانچه جمعیت شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر نیز در تفاهم مشترک با اداره بیمه خدمات درمانی استان جزو قرارداد با مرکز بهداشت شهرستان قرار گرفت و در آن منطقه نوع مرکز، مرکز بهداشتی درمانی شهری بود با قراردادن علامت ✓ در چهارخانه مقابل مرکز شهری، نوع آن تعیین می گردد.

مرکز بهداشتی درمانی شهری روستایی: مرکزی است که محل آن در شهر قرارداد ولی تعدادی خانه بهداشت و جمعیت روستایی را هم در پوشش خود دارد. در صورت عدم انعقاد قرارداد درمورد شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر، ارائه دهندگان به

جمعیت روستایی نباید در همان محل ارائه دهندگان به جمعیت شهری قرار داشته باشند ولی نوع و نام مرکز همان مرکز بهداشتی درمانی شهری روستایی است.

✓ مرکز بهداشتی درمانی روستایی: مرکزی که در روستا قرار دارد.

نام مرکز بهداشتی درمانی: نام مرکزی که فرد در پوشش آن قرار دارد، ثبت می شود.

نام خانه بهداشت: نام خانه بهداشتی که فرد روستایی یا عشایری در پوشش آن قرار دارد، ثبت می شود.

نام روستای محل سکونت: منظور روستای محل سکونت فرد است.

نام پایگاه بهداشت: نام پایگاه بهداشتی که فرد روستایی یا شهری (ساکن در شهرهای با جمعیت زیر ۲۰۰۰۰ نفر، در صورت انعقاد قرارداد) در پوشش آن قرار دارد، ثبت می شود.

نام شهر محل سکونت: نام شهر محل سکونت فرد ثبت می شود. نام شهر فقط در مورد افراد ساکن در شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر است و آن هم در صورت انعقاد قرارداد فی مابین اداره خدمات درمانی استان و مرکز بهداشت شهرستان در مورد این مناطق.

قطعا فقط نام یکی از دو گزینه نام روستا یا شهر و نام خانه بهداشت یا پایگاه بهداشت ثبت خواهد شد.

نشانی محل سکونت: نشانی دقیق محل سکونت فرد نوشته می شود.

شماره تلفن (کد): شماره تلفن منزل فرد با کد منطقه نوشته می شود.

کد پستی: کد پستی محل زندگی فرد بصورت ۱۰ رقمی ثبت می شود. این کد بر روی فیش قبض صورتحساب تلفن نوشته شده است یا می توان از اداره مخابرات منطقه بدست آورد.

نشانی محل کار: نشانی دقیق محل کار فرد نوشته می شود.

شماره تلفن محل کار (کد): شماره تلفن محل کار فرد همراه با کد منطقه نوشته می شود.

شماره پرونده سلامت فرد:

شماره پرونده خانوار موجود در خانه بهداشت یا پایگاه بهداشت: منظور شماره پرونده خانواری است که در خانه بهداشت یا پایگاه بهداشت (در مناطق شهری) برای این خانواری که این فرد جزو آن محسوب می شود، تشکیل شده و در آن محل موجود می باشد. این شماره در حاشیه فوقانی سمت چپ پوشه ثبت می گردد.

نام و نام خانوادگی پزشک خانواده مربوط به این فرد همراه شماره نظام پزشکی وی نوشته می شود.

تاریخ آخرین بررسی سالانه پزشک خانواده از فرد: پزشک خانواده موظف است سالانه یکبار تمام افراد تحت پوشش خود را ویزیت نماید که تاریخ آخرین ویزیت ادواری یا بررسی سالانه برحسب روز/ماه/سال ثبت می شود.

تاریخ تشکیل پرونده: زمان اولین باری که پرونده برای فرد تشکیل داده می شود، ثبت می گردد.

### فرم بررسی سالانه سلامت فرد:

این فرم در ۲ صفحه تنظیم شده است و برای تمامی افراد تحت پوشش پزشک خانواده باید سالانه تکمیل گردد و در داخل پوشه سلامت فرد قرار گیرد. صفحه اول مربوط به اطلاعات عمومی و سابقه پزشکی فرد و خانواده وی می شود که پزشک با گرفتن شرح حال از فرد یا سرپرست وی (در صورتیکه فرد، کودک باشد یا شرایط پاسخگویی را نداشته باشد) آن را تکمیل می کند. صفحه دوم به ثبت نتایج حاصل از معاینات پزشک از فرد مربوط است.

در هنگام تکمیل این فرم برای هر فرد، حضور بهورزی که فرد در پوشش او قرار دارد، الزامی است.

## اطلاعات عمومی فرد:

- ← نام و نام خانوادگی و نام پدر: براساس مشخصات شناسنامه ای فرد ثبت می شود.
- ← تاریخ تکمیل فرم: زمان تکمیل این فرم ۲ صفحه ای برحسب روز/ماه/سال نوشته می شود.
- ← تاریخ تولد: تاریخ تولد برای کودکان زیر ۶ سال برحسب روز و ماه و سال (روز/ماه/سال) مطابق با شناسنامه فرد و برای بقیه سنین فقط برحسب سال تولد (مثلاً سال ۱۳۴۰) نوشته می شود.
- ← محل تولد و شماره شناسنامه: براساس اطلاعات شناسنامه ای ثبت می گردد.
- ← جنس: به صورت "مرد" یا "زن" با گذاردن علامت ✓ مشخص می گردد.
- ← وضعیت تاهل: یکی از موارد متاهل، مجرد یا هرگز ازدواج نکرده، مطلقه، و بیوه درمقابل این گزینه ثبت می شود.
- ← میزان تحصیلات: بصورت یکی از گزینه های زیر می شود شامل: بی سواد، ابتدایی ناقص یا خواندن و نوشتن، ابتدایی کامل تا راهنمایی ناقص، راهنمایی کامل تا متوسطه ناقص، دیپلم، دانشجو و دارای مدرک دانشگاهی.
- ← شغل: به صورت یکی از گزینه های زیر ثبت می گردد: کارمند یا کارگر بخش دولتی، کارمند یا کارگر بخش غیردولتی، کشاورز یا دامدار، خانه دار، محصل یا دانشجو، شغل آزاد، بیکار، و درمورد کسانی که سن آنها برای داشتن شغل ایجاب نمی کند مثل کودکان قبل از سن مدرسه باید کلمه "مورد ندارد" ثبت گردد.
- ← نوع بیمه: نوع بیمه ای که فرد در پوشش آن قرار دارد، مشخص می شود شامل: بیمه روستایی (اگر فرد دارای دفترچه بیمه روستایی خاص می باشد، کلمه خاص نیز ذکر گردد)، خدمات درمانی، تامین اجتماعی، نیروهای مسلح، کمیته امداد، سایر بیمه ها. چنانچه فرد در پوشش بیش از یک بیمه قرارداد داشت هر ۲ یا چند مورد آنها ثبت می گردد.
- ← کد بیمه فرد: کد بیمه فرد که برروی دفترچه وی ثبت است، نوشته می شود.

## سابقه فردی: Personal History

- ← نمایه توده بدن فرد (BMI) برحسب کیلوگرم / مترمربع:
- ← مصرف دخانیات: چنانچه فرد هریک از اقلام دخانی مثل: سیگار، قلیان، چپق و ... را حتی یکبار در روز مصرف می کند، بلی علامتگذاری شود.
- ← سوء مصرف دارو و مواد: مصرف هر نوع داروی اعتیادآور یا ماده مخدر یا الکل توسط فرد تعیین می گردد.
- ← فعالیت بدنی مناسب: یعنی حداقل ۱۰ دقیقه مداوم طوری فعالیت کند که تنفس و ضربان نبض وی تندتر شود.
- ← رفتار تغذیه ای مناسب: یعنی از هر ۴ گروه اصلی غذایی در برنامه روزانه فرد وجود داشته باشد.
- ← حساسیت به دارو، مواد، غذا: چنانچه فرد سابقه حساسیت به هر نوع ماده یا غذا یا دارویی داشته باشد، مشخص می شود.
- ← وضعیت باروری زن: در صورتیکه فرد مورد بررسی، زن می باشد وضعیت وی از نظر بارداری با علامتگذاری در مقابل یکی از گزینه های باردار، شیرده، یائسه یا سایر تعیین می شود.

## سابقه پزشکی: Past Medical History

- ← سابقه بستری: در صورتیکه فرد سابقه بستری در بیمارستان (۲۴ ساعت یا بیشتر) را دارد، با علامتگذاری در گزینه "بلی" مشخص می شود و توضیح درمورد آن شامل علت، زمان، دفعات و طول مدت بستری تعیین می گردد.
- ← سابقه جراحی: در صورتیکه فرد سابقه هر نوع جراحی اعم از جراحی کوچک یا بزرگ داشته است، با علامتگذاری در گزینه "بلی" مشخص می شود و توضیح درمورد آن شامل نوع جراحی، وسعت آن، زمان، دفعات و ... تعیین می گردد.
- ← سابقه بیهوشی: منظور بیهوشی عمومی است که در قسمت توضیح، زمان و علت آن قید می شود.

← سابقه هریک از بیماریها و مشکلاتی که نام برده شده است، در صورت وجود با علامتگذاری درمقابل همان گزینه مشخص می شود. چنانچه مشکل یا بیماری خاصی غیر از موارد گفته شده وجود داشت، در قسمت سایر علامت گذاشته و نام مشکل موردنظر نوشته شود.

#### سابقه خانوادگی: Family History

← سابقه هریک از بیماریها و مشکلاتی که نام برده شده است، در صورت وجود در خانواده فرد با علامتگذاری درمقابل همان گزینه مشخص می شود. چنانچه مشکل یا بیماری خاصی غیر از موارد گفته شده وجود داشت، در قسمت سایر علامت گذاشته و نام مشکل موردنظر نوشته شود.

#### سابقه دارویی: Drug History

← چنانچه فرد سابقه مصرف دارو دارد، نوع دارو و مقدار مصرف و زمان مصرف ثبت شود.

#### صفحه دوم فرم بررسی سالانه سلامت فرد:

← در صورتیکه در زمان بررسی سالانه فرد، علامت بیماری یا شکایتی از جانب بیمار مطرح شد، پزشک مورد را با توضیحات ضروری آن ثبت نماید.

#### معاینات:

← وزن: وزن فرد با سنجش توسط ترازویی که قبلاً "دقت آن تست شده است، برحسب گرم ثبت می شود. به عنوان مثال اگر وزن فرد ۵۷ کیلو و ۲۰۰ گرم بود، نوشته می شود: ۰۵۷:۲۰۰ یا اگر فرد نوزادی ۴ کیلویی بود، نوشته می شود: ۰۰۴:۰۰۰ به عبارت بهتر در ۳ خانه سمت چپ، کیلوگرم و در ۳ خانه سمت راست /، گرم ثبت می گردد.

← قد: با روش صحیح اندازه گیری قد، قد فرد برحسب سانتیمتر ثبت می شود.

← دور سر: فقط برای کودکان کمتر از ۲ سال ثبت می شود.

← دمای بدن: از طریق زیربغل سنجش شده و برحسب سانتیگراد ثبت گردد.

← تعداد نبض: برحسب تعداد در دقیقه ثبت می شود.

← تعداد تنفس: برحسب تعداد در دقیقه ثبت می شود.

← فشارخون: برحسب میلیمتر جیوه و از چپ به راست فشار ماگزیما و مینیما ثبت می شود.

← وضعیت واکسیناسیون: با کمک بهورز و استفاده از سوابق مندرج در پرونده بهداشتی خانوار وی و براساس آخرین دستورعمل انجام واکسیناسیون مشخص می شود. چنانچه واکسیناسیون ناقص بود، مورد ذکر شود.

← وضعیت ظاهری فرد در کل و تک تک اعضای نامبرده شده در جدول مورد معاینه پزشک قرار گرفته و نتیجه در مقابل هریک ثبت می شود. چنانچه توضیح اضافی نیاز بود، درمحل تعیین شده نوشته می شود.

← تشخیص احتمالی بیماریهای فرد: باتوجه به شرح حال گرفته شده و معاینات، چنانچه پزشک تشخیصی برای وجود احتمالی بیماری داد، تشخیص خود را ثبت می کند. در غیر اینصورت سلامت فرد ثبت می شود. در صورت تشخیص بیماری باید فرم شماره ۲ نیز برای فرد تکمیل گردد.

← نیاز به اقدام تشخیصی درمانی: در صورتیکه پزشک نیاز به هرگونه اقدام تشخیصی درمانی از قبیل تجویز دارو یا خدمات آزمایشگاهی، رادیولوژی یا ارجاع به متخصص را تشخیص داد، موارد درخواستی را ثبت می کند و برحسب مورد یکی از فرمهای شماره ۲ یا ۳ تکمیل می شود.

- ← نیاز به پیگیری توسط بهورز: در صورتیکه برابر برنامه های جاری نظام سلامت، پزشک خانواده نیاز به پیگیری خاصی توسط بهورز را تشخیص داد، مورد را ثبت می کند و به بهورز نیز خاطرنشان می سازد.
- ← در پایین فرم نام و نام خانوادگی پزشک خانواده به همراه ثبت مهر و امضای وی قرار می گیرد.

## فرم های درمان سرپایی پرونده سلامت خانوار:

### فرم مراجعات فرد به پزشک خانواده

#### فرم شماره ۲ درمان سرپایی پزشک خانواده

- این فرم برای تمامی افرادی که حداقل در یکی از گزینه های زیر قرار دارند، تکمیل می شود:
  ۱. افرادی که در طی انجام اولین معاینه توسط پزشک خانواده، بیمار تشخیص داده شده اند
  ۲. افرادی که توسط بهورز به علت بیماری یا شکایتی خاص به پزشک خانواده ارجاع شده اند.
  ۳. افرادی که مستقیماً به دلیل بیماری یا شکایتی خاص به پزشک خانواده مراجعه کرده اند.هر یک از ردیفهای این فرم در هر بار مراجعه بیمار به پزشک خانواده تکمیل می گردد.
- نام و نام خانوادگی بیمار: در این قسمت باید نام و نام خانوادگی بیمار ثبت شود.
- شماره پرونده سلامت فرد: شماره پرونده سلامت فرد از روی جلد پوشه به این قسمت منتقل می شود.
- شماره پرونده بهداشتی خانوار: شماره پرونده بهداشتی خانوار فرد از روی جلد پوشه به این قسمت منتقل می شود.
- نام خانه بهداشت و مرکز بهداشتی درمانی: نام خانه و مرکزی که فرد در پوشش آن قرار دارد، ثبت می گردد.
- بازای هر بار مراجعه فرد، یک ردیف تکمیل می شود و در مراجعات بیش از ۳ بار، فرم دیگری اضافه می شود که شماره ردیف بعدی را می گیرد.

### فرم سابقه ارجاع به پزشک متخصص

#### فرم شماره ۳ درمان سرپایی پزشک خانواده

- این فرم برای تمامی افرادی که توسط پزشک خانواده به متخصص ارجاع داده می شود، تکمیل می گردد.
- نام و نام خانوادگی بیمار: در این قسمت باید نام و نام خانوادگی بیمار ثبت شود.
- شماره پرونده سلامت فرد: شماره پرونده سلامت فرد از روی جلد پوشه به این قسمت منتقل می شود.
- شماره پرونده بهداشتی خانوار: شماره پرونده بهداشتی خانوار فرد از روی جلد پوشه به این قسمت منتقل می شود.
- نام خانه بهداشت و مرکز بهداشتی درمانی: نام خانه و مرکزی که فرد در پوشش آن قرار دارد، ثبت می گردد.
- کد ارجاع: براساس دستورعملی که از سوی سازمان بیمه خدمات درمانی برای ثبت کد ارجاع ارسال شده است، عمل می شود.
- تاریخ ارجاع: زمانیکه فرد به متخصص ارجاع شده است، ثبت می گردد.
- تشخیص احتمالی: در این قسمت، هر گونه تشخیصی که براساس یافته های بالینی و پاراکلینیکی حاصل شده است، توسط پزشک خانواده ثبت می گردد.
- نام پزشک و نوع تخصصی که ارجاع به او انجام شده است، به همراه تشخیص نهایی او و فیدبکی که داده شده است، به همراه تاریخ ارائه فیدبک (بازگشت ارجاع) ثبت می شود.
- اقدام انجام شده برای بیمار: شامل کلیه اقدامات دارویی، پاراکلینیکی، جراحی، توانبخشی، بستری و ... با ذکر موارد.
- پیگیری: موارد پیگیریهای که نیاز است، ثبت می شود.
- توصیه های بهداشتی و مشاوره و سایر دستورات: توصیه ها و دستورات بهداشتی ثبت می شود.

- بازای هر بار ارجاع فرد، یک ردیف تکمیل می شود و در مراجعات بیش از ۳ بار، فرم دیگری اضافه شده و شماره ردیف بعدی به آن داده می شود.

در انتها، نام و نام خانوادگی پزشک خانواده تکمیل کننده فرم و مهر و امضاء وی ثبت می شود.



پیوست شماره ۱۷:

چک لیست پایش عملکرد پزشک خانواده (برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده)

مرکز بهداشتی درمانی روستایی / شهری.....

بخش: مدیریت

موضوع اول: تحلیل وضعیت موجود

تاریخ تکمیل .....

ردیف	سوال	خیر	بلی	مورد ندارد
۱	آیا جمع آوری اطلاعات زیج حیاتی انجام می شود؟			
۲	آیا شاخصهای محاسبه شده پوشش خدمات در جمعیت منطقه تحت پوشش موجود است؟			
۳	آیا اطلاعات جغرافیایی، اجتماعی و اقتصادی منطقه موجود است؟			
۴	آیا فهرست مشکلات تعیین شده توسط پزشک برای منطقه تحت پوشش موجود است؟			
۵	آیا لیست وضعیت کمبود یا نواقص نیروی انسانی مرکز بهداشتی درمانی موجود است؟*			
۶	آیا لیست وضعیت کمبود یا نواقص تجهیزات مرکز بهداشتی درمانی موجود است؟*			
۷	آیا لیست وضعیت فضای فیزیکی مرکز بهداشتی درمانی موجود است؟*			

بخش: مدیریت

موضوع دوم: برنامه عملیاتی

ردیف	سوال	خیر	بلی	مورد ندارد
۱	آیا مشکلات سلامتی منطقه، اولویت بندی شده است؟			
۲	آیا برنامه مداخله ای برای حل مشکلات سلامتی منطقه موجود است؟			
۳	آیا در تنظیم برنامه فوق، اصول برنامه ریزی رعایت شده است؟			
۴	آیا برنامه ریزی برای فرآیندهای جاری موجود است؟			
۵	آیا در تنظیم برنامه فوق، اصول برنامه ریزی رعایت شده است؟			

بخش: مدیریت

موضوع سوم: فعالیتهای جاری مرکز

ردیف	سوال	خیر	بلی	مورد ندارد
۱	آیا برای دهگردشی، برنامه زمانبندی شده وجود دارد؟			
۲	آیا برنامه هفتگی فعالیتهای پزشک وجود دارد؟			
۳	آیا برای ارزیابی پرسنل (اعضای تیم سلامت)، برنامه ای وجود دارد؟*			
۴	آیا برای پشتیبانی واحدهای تابعه (مرکز و خانه های بهداشت تابعه)، برنامه ای وجود دارد؟*			
۵	آیا پزشک با شرح وظایف پرسنل در مرکز بهداشتی درمانی آشنایی دارد؟*			
۶	آیا برای کنترل وضعیت هزینه و درآمد مرکز بهداشتی درمانی، برنامه ای وجود دارد؟*			

چک لیست پایش عملکرد پزشک خانواده (برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده)

مرکز بهداشتی درمانی روستایی / شهری.....

۲۰	جمع کل امتیازات بخش مدیریت
	امتیاز کسب شده

توجه : سوالاتی که با علامت \* مشخص شده اند فقط برای مسوول مرکز بهداشتی درمانی تکمیل خواهد شد.

بخش: عملکرد

موضوع اول: مدیریت عملکرد

تاریخ تکمیل .....

ردیف	سوال	خیر	بلی	مورد ندارد
۱	آیا کمبود نیروی انسانی از ستاد مرکز بهداشت شهرستان پیگیری می شود؟ *			
۲	آیا کمبودها و نواقص تجهیزات (فنی و اداری) از ستاد مرکز بهداشت شهرستان پیگیری می شود؟ *			
۳	آیا کمبودها و نیازهای تعمیرات فضای فیزیکی مرکز از ستاد مرکز بهداشت شهرستان پیگیری می شود؟ *			
۴	آیا برنامه مداخله ای طبق تقویم زمانی تهیه شده، اجرا می شود؟			
۵	آیا برنامه جاری طبق تقویم زمانی تهیه شده، اجرا می شود؟			
۶	آیا دهگردشی طبق برنامه زمانبندی شده، اجرا می شود؟			
۷	آیا بعداز بازدیدهای انجام گرفته، پس خوراند کتبی به واحدهای بازدید شده، ارسال می شود؟			
۸	آیا برنامه ارزیابی پرسنل تحت پوشش اجرا می شود؟ *			
۹	آیا برنامه پشتیبانی واحدهای تابعه، اجرا می شود؟ *			
۱۰	آیا پرسنل برابر تقسیم کار صورت گرفته، انجام وظیفه می کنند؟			
۱۱	آیا برنامه کنترل هزینه و درآمد مرکز اجرا می گردد؟			
۱۲	آیا جلسات هماهنگی با پرسنل تحت پوشش حداقل بصورت ماهانه برگزار می شود؟ *			
۱۳	آیا ساعات کار مرکز و زمان حضور پرسنل به اطلاع مردم محل رسیده است؟ *			
۱۴	آیا فرمت استاندارد پرداخت کارانه طرح پزشک خانواده به پرسنل مرکز براساس دستورعمل، رعایت می شود؟ *			
۱۵	آیا برنامه زمانبندی نظارت و دهگردشی حداقل بصورت ماهانه به مرکز بهداشت شهرستان، ارسال می شود؟ *			
۱۶	آیا برنامه زمانبندی نظارت و دهگردشی حداقل بصورت ماهانه به خانه های بهداشت تابعه مرکز، ارسال می شود؟ *			
۱۷	آیا دهگردشی به خانه های بهداشت با تیم کامل (ماما یا پرستار یا دارویار) صورت می گیرد؟			
۱۸	آیا در حین برنامه دهگردشی به بیماران در صورت نیاز، دارو داده می شود؟			

چک لیست پایش عملکرد پزشک خانواده (برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده)  
 مرکز بهداشتی درمانی روستایی / شهری.....

بخش: عملکرد

موضوع دوم: عملکرد فنی

ردیف	سوال	خیر	بلی	مورد ندارد
۱	آیا پزشک با برنامه ها و اهداف آنها آشنایی دارد؟			
۲	آیا پزشک با گروه هدف برنامه ها در سطح مرکز بهداشتی درمانی آشنایی دارد؟			
۳	آیا پزشک با وضعیت موجود برنامه آشنایی دارد؟			
۴	آیا پزشک برای اجرای برنامه ها در سطح منطقه برنامه ریزی کرده است؟			
۵	آیا پشتیبانی موردنیاز (فرمها، تجهیزات، اقلام مصرفی، دارو، خودرو و...) انجام می شود؟			
۶	آیا پایش و نظارت برنامه ها اجرا می شود؟			
۷	آیا ثبت و گزارشدهی از برنامه بموقع انجام می شود؟			

جمع کل امتیازات بخش عملکرد مدیریت و فنی	۴۰
امتیازات کسب شده	

چک لیست پایش عملکرد پزشک خانواده (برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده)

مرکز بهداشتی درمانی روستایی / شهری.....

بخش: قرارداد و دستورعمل تاریخ تکمیل .....

ردیف	سوال	خیر	بلی	مورد ندارد
۱	آیا پزشک ساعت کار را طبق قرارداد رعایت می کند؟			
۲	آیا نظارت بر حضور و غیاب پرسنل شاغل (اعضای تیم سلامت) صورت می گیرد؟*			
۳	آیا پزشک برابر قرارداد در مرکز بهداشتی درمانی بیتوته می کند؟			
۴	آیا پزشک طبق برنامه تنظیمی در روزهای تعطیل در مرکز حضور دارد؟			
۵	آیا پزشک بر عملکرد تیم سلامت تحت پوشش خود، نظارت دارد؟			
۶	آیا پزشک با تیم ناظر بیمه و مرکز بهداشت همکاری دارد؟			
۷	آیا ضوابط و دستورات آیین نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه ای شاغلان حرف پزشکی را رعایت می کند؟			
۸	آیا در صورت ترک محل خدمت، مراتب را یک هفته قبل به مرکز بهداشت شهرستان اعلام می کند؟			
۹	آیا آمار تعداد مراجعین ماهانه بموقع به مرکز بهداشت شهرستان گزارش می گردد؟*			
۱۰	آیا ارقام دارویی مورد نیاز (برابر دستورعمل) را به موقع درخواست می کند؟*			
۱۱	آیا ارقام اورژانسی (گنجه دارو و ترالی اورژانس) در مرکز وجود دارد؟			
۱۲	آیا پزشک نظام ارجاع را برابر شرایط استانی و ضوابط رعایت می کند؟			
۱۳	آیا برای پوشش کامل وضعیت بیمه ای کل جمعیت اقدامی کرده است؟			
۱۴	آیا نسبت به تکمیل پرونده سلامت برای جمعیت تحت پوشش برابر برنامه زمانبندی شده، عمل می کند؟			
۱۵	آیا درصد تکمیل پرونده سلامت برابر دستورعمل اجرایی می باشد؟			
۱۶	آیا میانگین ارقام دارویی تجویز شده به ازای هر نسخه کمتر از ۲/۵ قلم (برابر دستورعمل) می باشد؟			
۱۷	آیا موارد ارجاع بیمار برای انجام آزمایشات سطح اول کمتر از ۱۰٪ می باشد؟			
۱۸	آیا موارد ارجاع بیمار برای انجام رادیوگرافی های سطح اول کمتر از ۴٪ می باشد؟			
۱۹	آیا پزشک تمامی اقدامات انجام گرفته را در دفاتر و فرمهای ثبت اطلاعات (برابر دستورعمل) ثبت می کند؟			
۲۰	آیا موارد ارجاع شده به سطوح بالاتر پزشکی یا پاراکلینیک را پیگیری می کند؟			
۲۱	آیا موارد نیازمند به پیگیری بهورز را به خانه بهداشت ابلاغ می کند؟			
۲۲	آیا برای بیماران ارجاع شده از خانه بهداشت، پس خوراند می دهد؟			
۲۳	آیا دستورعملها، جزوات، کتب آموزشی و بخشنامه های ابلاغی از مرکز بهداشت شهرستان در دسترس می باشد؟			

جمع کل امتیازات بخش قرارداد و دستورعمل	۳۰
امتیازات کسب شده	

چک لیست پایش عملکرد پزشک خانواده (برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده)

مرکز بهداشتی درمانی روستایی / شهری.....

بخش مشارکت جامعه : تاریخ تکمیل .....

ردیف	سوال	خیر	بلی	مورد ندارد
۱	آیا پزشک جلسات هیات امناء (روستایی/شهری) را بصورت ماهانه تشکیل می دهد؟ *			
۲	آیا در جلسات هیات امناء، درمورد رفع مشکلات سلامتی منطقه تحت پوشش تصمیم گیری می شود؟ *			
۳	آیا برای اجرای مصوبات جلسات، اقدامی صورت می گیرد؟ *			
۴	آیا درباره نیازهای واحدهای تابعه (فضای فیزیکی، تجهیزات، خودرو و ...) از طریق جلب مشارکتهای مردمی اقدامی انجام می دهد؟ *			
۵	آیا برای بهبود ارائه خدمات از طریق جلب مشارکتهای مردمی (رابطین روستایی) اقدامی انجام می دهد؟ *			

جمع کل امتیازات بخش همکاریهای بین بخشی	۳
امتیازات کسب شده	

بخش: نتایج

موضوع اول : شاخصهای فنی

ردیف	سوال	خیر	بلی	مورد ندارد
۱	آیا فرم مربوط به محاسبه شاخص های فنی برنامه های جاری و مداخله ای تکمیل شده است؟			

بخش: نتایج

موضوع دوم: شاخصهای پشتیبانی

ردیف	سوال	خیر	بلی	مورد ندارد
۱	آیا فرم مربوط به محاسبه شاخص های پشتیبانی تکمیل شده است؟			

چک لیست پایش عملکرد پزشک خانواده (برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده)

مرکز بهداشتی درمانی روستایی / شهری.....

بخش: نتایج

موضوع سوم: رضایتمندی

رضایت مردم

تاریخ تکمیل .....

ردیف	سوال	خیر	بلی	مورد ندارد
۱	آیا مردم از ساعات حضور پزشک خانواده در مرکز رضایت دارند؟			
۲	آیا مردم از نحوه پذیرش پزشک رضایت دارند؟			
۳	آیا مردم از نحوه برخورد پزشک رضایت دارند؟			
۵	آیا مردم از راهنمایی های پزشک در مورد علت ارجاع آنها رضایت دارند؟			
۶	آیا مردم از راهنمایی های پزشک در مورد محل ارجاع آنها رضایت دارند؟			
۷	آیا مردم از راهنمایی های پزشک در مورد مدارک مورد نیاز برای مراجعه به محل ارجاع رضایت دارند؟			

رضایت پرسنل

ردیف	سوال	خیر	بلی	مورد ندارد
۱	آیا پرسنل مرکز از برخورد و رفتار پزشک خانواده، رضایت دارند؟			
۲	آیا پرسنل مرکز از بکارگیری و مشارکت دادن آنها در برنامه ریزیهای مرکز توسط پزشک خانواده، رضایت دارند؟			
۳	آیا پرسنل از اجرای مقررات اداری (حضور و غیاب، مرخصی و ...) توسط پزشک خانواده، رضایت دارند؟			
۴	آیا پرسنل از نحوه توزیع کارانه اختصاص یافته به مرکز بهداشتی درمانی توسط پزشک خانواده، رضایت دارند؟			
۵	آیا پرسنل از نحوه پایش و ارزیابی توسط پزشک خانواده، رضایت دارند؟			
۶	آیا پرسنل از نحوه انتقال و پیگیری درخواستهایشان به مرکز بهداشت شهرستان توسط پزشک خانواده، رضایت دارند؟			
۷	آیا پرسنل از نحوه انعکاس دستور عملها و بخشنامه های ارسالی از مرکز بهداشت شهرستان توسط پزشک خانواده، رضایت دارند؟			
۸	آیا پرسنل از نحوه بکارگیری از خودروی مرکز، رضایت دارند؟			
۹	آیا پرسنل از تقسیم کار در مرکز توسط پزشک خانواده، رضایت دارند؟			
۱۰	آیا پرسنل از مدیریت پزشک در موارد بروز اختلاف (درونی و بیرونی)، رضایت دارند؟			

چک لیست پایش عملکرد پزشک خانواده (برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده)  
مرکز بهداشتی درمانی روستایی / شهری.....

رضایت مرکز بهداشت شهرستان

ردیف	سوال	خیر	بلی	مورد ندارد
۱	آیا از نحوه ارائه گزارشها و آمار توسط پزشک، رضایت دارد؟*			
۲	آیا از نحوه تعامل پزشک با دهیار، شورای اسلامی و ... رضایت دارد؟*			
۳	آیا از رعایت مقررات اداری و مالی توسط پزشک، رضایت دارد؟			
۴	آیا از مشارکت پزشک در جلسات، رضایت دارد؟			
۵	آیا از ارائه پیشنهاد؛ خلاقیت؛ و نوآوری پزشک رضایت دارد؟			

جمع کل امتیازات بخش نتایج	
امتیازات کسب شده	

نتیجه کلی پایش

امتیاز		عناوین پایش
مورد انتظار	کسب شده	
۲۰		مدیریت
۴۰		عملکرد مدیریت وفنی
۳۰		قرارداد و دستور عمل
۳		همماری های بین بخشی
		نتایج
۱۰۰		جمع امتیاز

نام و نام خانوادگی، سمت پایش کننده و امضاء

نام و نام خانوادگی پایش شونده و امضاء



فرم شاخصهای برنامه های جاری ومداخله ای مرکز بهداشتی ودرمانی

مقدار شاخص			نام شاخص	ردیف
تحقق یافته	پیش بینی شده	در ابتدای برنامه		
				۱
				۲
				۳
				۴
				۵
				۶
				۷
				۸
				۹
				۱۰
				۱۱
				۱۲
				۱۳
				۱۴
				۱۵
				۱۶
				۱۷
				۱۸
				۱۹
				۲۰
				۲۱
				۲۲

فرم شماره ۱

فرم شماره ۲

## جدول شماره ۳: برآورد وضعیت تجهیزات و فضاهای فیزیکی

مرکز بهداشتی درمانی .....  
.....

واحد (مترمربع و...) برای تعمیرات	موارد ساختمانی نیازمند برای تعمیر**	فضای فیزیکی مورد نیاز برای احداث*	لیست تجهیزات مورد نیاز برای تعمیر	لیست کمبود تجهیزات ( براساس لیست استاندارد)	نام واحد تابعه (مرکز یا خانه بهداشت تابعه)	ردیف
						۱
						۲
						۳
						۴

... \* نوع تعمیر مورد نیاز بر حسب واحد آن ثبت می شود مثل مساحت مورد نیاز نقاشی ساختمان و ...

... \* از قبیل: اتاق پزشک، محل بیتوته پزشک و ...

## راهنمای تکمیل چک لیست پایش عملکرد پزشک خانواده (بیمه روستایی و پزشک خانواده)

### خواهشمند است قبل از تکمیل چک لیست به نکات زیر توجه فرمایید:

- مطمئن شوید که پزشک آموزشهای لازم را دیده باشد.
- این چک لیست هر ۳ ماه یک بار توسط تیم پایش شهرستان تکمیل خواهد شد.
- این چک لیست از کلیه پزشکان خانواده شاغل در مرکز بهداشتی درمانی پرسیده شده و تکمیل خواهد شد.
- سوالاتی که با علامت \* مشخص شده اند، فقط از پزشک مسوول مرکز بهداشتی و درمانی پرسیده و تکمیل خواهد شد.
- قبل از تکمیل چک لیست مطالعه دقیق دستورعمل اجرایی و بخشنامه های برنامه پزشک خانواده ضروریست.
- در مواردی که جواب سوال چک لیست "بلی" می باشد، بایستی شواهد مکتوب یا اسنادی که دال بر صحت گفته ها باشد ارائه گردد.
- خواهشمند است در صورت داشتن هرگونه سوال یا وجود ابهام با مرکز توسعه شبکه و ارتقا سلامت تماس حاصل گردد.

### • بخش مدیریت

#### موضوع اول: تحلیل وضعیت موجود

- ۱- در صورت موجود بودن زیج حیاتی تکمیل شده به تفکیک نوع جمعیت (شهری، روستایی وکل) برحسب منطقه، از سال شروع برنامه پزشک خانواده و به روز بودن زیج حیاتی در سال جاری در ستون "بلی" ثبت می گردد.
- ۲- کلیه شاخصهای پوشش خدمات بایستی طبق فرمهای پیوستی در مرکز موجود باشد. شاخصهایی که در خود مرکز قابل محاسبه نبوده و آگاهی پزشک از آنها ضروریست، بایستی توسط پزشک به صورت مکتوب از ستاد شهرستان درخواست کرده و در فرم منعکس گردد (این شاخصها با علامت \* در فرم پیوستی مشخص شده اند).
- ۳- اطلاعات جغرافیایی، اجتماعی و اقتصادی مرکز بایستی طبق فرم شماره ۱ (وضعیت جغرافیایی و اجتماعی روستاهای تحت پوشش مرکز) پیوستی تکمیل گردد.
- ۴- در صورتی که پزشک لیست مشکلات موجود بهداشتی درمانی (مثل مشکل اعتیاد، بهداشت روان و ...) و مشکلات مربوط به شاخصهای مندرج در جدول شاخصهای پیوست مربوط به منطقه را ارائه نماید، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۵- در صورت کامل بودن فرم شماره ۲ "وضعیت پرسنل مرکز بهداشتی و درمانی" که به پیوست می باشد، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۶- در صورت کامل بودن جدول شماره ۳ "برآورد وضعیت تجهیزات و فضای موردنیاز مرکز بهداشتی و درمانی" که به پیوست می باشد، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۷- مشابه توضیح بند ۶.

## • بخش مدیریت

### موضوع دوم: برنامه عملیاتی

- ۱- در صورت ارائه لیست اولویت بندی شده مشکلات سلامتی منطقه مربوط به سوال ۴ از بند تحلیل وضعیت موجود، امتیاز مربوطه داده شود.
  - ۲- در صورتی که پزشک حداقل یک برنامه مداخله ای مشخص و زمان بندی شده برای حل مشکلات سلامتی اولویت بندی شده منطقه تدوین کرده باشد، امتیاز مربوطه داده شود.
  - ۳- در صورتی که پزشک اصول برنامه ریزی (همه موارد: تحلیل و وضعیت موجود؛ طراحی؛ اجرا؛ پایش و ارزشیابی) را رعایت کرده باشد، امتیاز مربوطه داده شود.
  - ۴- در صورتی که پزشک برای فرایندهای جاری خود، برنامه سالانه (عملیاتی) داشته باشد، امتیاز مربوطه داده شود.
  - ۵- در صورتی که پزشک اصول برنامه ریزی (تحلیل وضعیت موجود؛ طراحی؛ اجرا؛ پایش و ارزشیابی) را رعایت کرده باشد، امتیاز مربوطه داده شود.
- تبصره: در صورت برگزار نشدن دوره آموزشی مربوط به برنامه ریزی (سوالات ۲ و ۴) قسمت "مورد ندارد" تکمیل گردد.

## • بخش مدیریت

### موضوع سوم: فعالیتهای جاری مرکز

- ۱- در صورتی که پزشک برنامه زمانبندی شده ماهانه دهگردشی را بصورت مکتوب ارائه نماید، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۲- در صورتی که پزشک برای فعالیتهای جاری در مرکز برنامه هفتگی تنظیم کرده باشد، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۳- در صورتی که پزشک یک برنامه زمانی مکتوب برای ارزیابی کارکنان و پرسنل واحدهای تابعه خود تنظیم کرده باشد، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۴- در صورتی که پزشک راهکارها و برنامه های موجود مرکز را در مورد نحوه پشتیبانی واحدها (تامین فرم، اقلام مصرفی، دارو، تعمیرات و...) را ارائه نماید یا به طور شفاهی بیان کند، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۵- در صورتی که پزشک حداقل ۴ مورد از وظایف هر پرسنل را بیان نموده و نیز شرح وظایف کلیه پرسنل در مرکز موجود باشد، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۶- در صورتی که پزشک میزان درآمد مرکز (نقدی - بیمه) از خدمات تخصصی پزشکی و غیر تخصصی پزشکی را در اختیار داشته باشد و همچنین، هزینه های جاری مرکز را بصورت مکتوب ارائه نماید، امتیاز مربوطه داده شود (این سوال اختصاصاً از مسوول مرکز پرسیده می شود).

## • بخش عملکرد

### موضوع اول: مدیریت عملکرد

- در همه موارد، چنانچه کمبودی وجود نداشت، مورد ندارد ثبت گردد.
- ۱- در صورتی که پزشک سابقه مکاتباتی را که دال بر پیگیری کمبود نیروی انسانی از ستاد مرکز بهداشت شهرستان باشد، ارائه نماید (حداقل یک مکاتبه)، امتیاز مربوطه داده شود.
  - ۲- در صورتی که پزشک سابقه مکاتباتی (حداقل یک مکاتبه) را که دال بر پیگیری کمبود و نواقص تجهیزات (فنی و اداری) و تعمیر تجهیزات تعمیری از ستاد مرکز بهداشت شهرستان باشد، ارائه نماید امتیاز مربوطه داده شود.
  - ۳- پزشک سابقه مکاتبات را که دال بر پیگیری رفع کمبود و نیازهای تعمیرات فضاهای فیزیکی مرکز از ستاد مرکز بهداشت شهرستان باشد، ارائه نماید، امتیاز مربوطه داده شود.
  - ۴- با در نظر گرفتن زمان انجام پایش و مشاهده تقویم زمانی برنامه مداخله ای، در صورت مطابقت فعالیتهای پایش بینی شده با فعالیتهای انجام گرفته امتیاز مربوطه داده شود (مستندات مربوطه ارائه گردد).

- ۵- با در نظر گرفتن زمان پایش و مشاهده تقویم زمانی برنامه های جاری، در صورت مطابقت فعالیتهای پایش بینی شده با فعالیتهای انجام گرفته امتیاز مربوطه داده شود (مستندات مربوطه ارائه گردد).
- ۶- با در نظر گرفتن زمان پایش و مشاهده برنامه دهگردشی در صورت انجام برنامه امتیاز مربوطه داده شود (مستندات مربوطه ارائه گردد)
- ۷- در صورت ارائه نمونه ای از پسخوراند داده شده به واحدها، امتیاز مربوطه داده شود
- ۸- با در نظر گرفتن زمان پایش و مشاهده تقویم زمانی برنامه ارزیابی، در صورت مطابقت فعالیتهای پایش بینی شده با فعالیتهای انجام گرفته امتیاز مربوطه داده شود (مستندات مربوطه ارائه گردد)
- ۹- در صورتی که پزشک مستندات مربوط به انجام پشتیبانی واحدها (تامین فرم، اقلام مصرفی، دارو، خودرو و...) را ارائه نماید امتیاز مربوطه داده شود.
- ۱۰- در صورتی که پزشک مستندات مربوط به تقسیم کار و تعیین تکلیف فعالیتهای پرسنل مرکز را ارائه نماید، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۱۱- جدول مربوط به کنترل هزینه درآمد به تفکیک هر ماه، ارائه گردد، امتیاز مربوطه داده شود (طبق فرم پیوستی). این سوال فقط از مسوول مرکز پرسیده می شود.
- ۱۲- در صورتی که پزشک صورتجلسات مبنی بر تشکیل ماهانه جلسات هماهنگی را ارائه نماید، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۱۳- در صورت نصب برنامه در محل مرکز بهداشتی و درمانی بنحوی که در دید مراجعه کنندگان به مرکز باشد امتیاز مربوطه داده شود.
- ۱۴- در صورتی که پزشک لیست پیشنهادی پرداخت کارانه مراکز را ارائه نماید (۶۰٪ کارانه به بهورزان و ۴۰٪ بقیه به پرسنلی که در برنامه همکاری می کنند، پرداخت گردد) امتیاز مربوطه داده شود.
- ۱۵- در صورتی که پزشک مستندات مربوط به ارسال برنامه به مرکز بهداشت شهرستان را ارائه نماید، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۱۶- در صورتی که پزشک مستندات مربوط به ارسال برنامه دهگردشی و نظارت به خانه های بهداشت تابعه را ارائه نماید، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۱۷- برنامه دهگردشی و نظارت اعضای تیم سلامت (پزشک، دارویار، ماما یا پرستار) بررسی و با یکدیگر مطابقت داده شود و در صورت نداشتن مغایرت، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۱۸- دفتر ثبت مراجعین روزانه با نسخ تجویز شده همان روز در هنگام دهگردشی پزشک، مطابقت داده شود و در صورت نداشتن مغایرت، امتیاز مربوطه داده شود.

### • بخش عملکرد

#### موضوع دوم: عملکرد فنی

این قسمت بایستی توسط ادارات کل وزارتخانه یا گروههای کارشناسی مرکز بهداشت استان تنظیم گردد.

### • بخش قرارداد و دستورعمل

- ۱- در صورتی که پزشک طبق قرارداد، ۸ ساعت حضور فیزیکی داشته و شیفت کاری را مطابق قرارداد رعایت کرده باشد، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۲- دفتر حضور و غیاب با پاسها و مرخصیهای موجود مطابقت داده شود و در صورت نداشتن مغایرت، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۳- در صورتی که تعداد بیتوته پزشک دقیقاً مطابق با برنامه تنظیمی باشد (دفتر ثبت فعالیتها در ساعات غیراداری، نشانگر حضور پزشک خواهد بود) و ساعات ویزیت بیماران در وقت غیراداری یادداشت گردد، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۴- برنامه تنظیمی برای روزهای تعطیل از طریق دفتر حضور و غیاب و دفتر ثبت روزانه بیماران بررسی گردد و در صورت نداشتن مغایرت، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۵- در صورتی که پزشک حداقل یک مورد برنامه پایش عملکرد تیم سلامت را براساس برنامه تنظیمی ارائه دهد، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۶- در صورت نبودن گزارشی دال بر عدم همکاری با تیم ناظر بیمه و مرکز بهداشت، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۷- در صورت نبودن گزارشی دال بر عدم رعایت ضوابط و دستورات آیین نامه انتظامی، امتیاز مربوطه داده شود.  
**توجه:** تکمیل کننده چک لیست بایستی قبلاً مدارک مربوط به سوالات ۶ و ۷ را از مرکز بهداشت شهرستان دریافت کند.
- ۸- در صورتی که پزشک سابقه مکاتبات با مرکز بهداشت شهرستان را ارائه دهد، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۹- در صورتی که پزشک سابقه مکاتبات مربوط به ارسال آمار و اطلاعات را ارائه دهد، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۱۰- در صورتی که پزشک سابقه مکاتبات مربوط به درخواست (با توجه به ضوابط دپوی داروها و دستورعمل مربوطه) را ارائه نماید، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۱۱- گنجینه دارویی و تالی اورژانس مشاهده گردد و داروهای موجود از نظر کمیت و کیفیت (تاریخ انقضا و...) بررسی گردد و در صورت نداشتن مغایرت، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۱۲- نحوه ارجاع با شرایط استانی موجود مطابقت داده شود و در صورت نداشتن مغایرت، امتیاز مربوطه داده شود (اگر شرایط استانی اعلام نشود، موردی ندارد ملحوظ گردد).
- ۱۳- ارائه تکمیل شده جدول **"وضعیت پوشش بیمه ای جمعیت به تفکیک صندوقهای بیمه ای"** برای دادن امتیاز کامل، ضروریست.
- ۱۴- برنامه زمانبندی شده و پرونده های سلامت تکمیل شده بررسی و با یکدیگر مطابقت داده شوند و در صورت نداشتن مغایرت، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۱۵- سالانه برای یک سوم از جمعیت تحت پوشش طبق برنامه زمانبندی شده بایستی پرونده سلامت تکمیل شده باشد و در صورت نداشتن مغایرت، امتیاز مربوطه داده شود (حداقل تعداد پرونده سلامت تشکیل شده برای جمعیت تحت پوشش مستقیم مرکز بررسی گردد).
- ۱۶- متوسط ارقام دارویی تجویز شده در ۵۰ نسخه بطور تصادفی (راندوم) در یک فصل بررسی گردد و در صورت نداشتن مغایرت، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۱۷- تعداد موارد ارجاع بیمار برای آزمایشات با تعداد کل مراجعین هر فصل محاسبه و درصد مربوطه استخراج شود و در صورت نداشتن مغایرت، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۱۸- تعداد موارد ارجاع بیمار برای انجام رادیوگرافی با تعداد کل مراجعین هر فصل محاسبه و درصد مربوطه استخراج شود و در صورت نداشتن مغایرت، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۱۹- دفتر مراجعین با پرونده های سلامت تکمیل شده، مورد بررسی قرار گیرد و در صورت نداشتن مغایرت، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۲۰- در صورت ارائه هرگونه مدرک در رابطه با پیگیری بیماران ارجاع شده، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۲۱- در صورت ارائه هرگونه مدرک مربوط به ابلاغ لیست بیماران نیازمند پیگیری به خانه بهداشت، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۲۲- در صورت ارائه هرگونه مدرک مربوط به دادن پس خوراند بیماران ارجاع شده به خانه بهداشت، امتیاز مربوطه داده شود.



۲۳- فهرست دستورعملها، کتب، جزوات آموزشی و بخشنامه های توزیع شده به مراکز از طرف ستاد شهرستان با موارد موجود در مرکز مطابقت داده شود و در صورت نداشتن مغایرت، امتیاز مربوطه داده شود.  
توجه: تکمیل کننده چک لیست بایستی قبلاً این فهرست را از شهرستان دریافت کند.

### • بخش مشارکت جامعه:

- ۱- در صورتی که پزشک صورتجلسه یا هر مدارک دیگری که دال بر تشکیل جلسات مرتب ماهانه با هیئت امناء می باشد، را ارائه دهد، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۲- در صورتی که پزشک صورتجلسه یا هر مدارک دیگری که دال بر تصمیم گیری و رفع مشکل سلامتی در جلسات هیئت امناء منطقه باشد، ارائه نماید، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۳- در صورتی که پزشک صورتجلسه یا هر مدارک دیگری که دال بر اقدام مصوبات جلسات هیئت امناء باشد، ارائه کند، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۴- در صورتی که پزشک صورتجلسه یا هر مدارک دیگری که دال بر اقدام درمورد رفع نیازهای واحدهای تابعه (فضای فیزیکی، تجهیزات، خودرو و...) از طریق جلب مشارکت مردمی باشد، را ارائه دهد، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۵- در صورتی که پزشک صورتجلسه یا هر مدارک دیگری که دال بر اقدام در راستای بهبود ارائه خدمات از طریق جلب مشارکت مردمی (رابطین روستایی) باشد را ارائه کند، امتیاز مربوطه داده شود.

### • بخش نتایج

#### موضوع اول: شاخصهای فنی

در صورت ثبت و استخراج کلیه شاخصهای جدول شاخصهای فنی که به پیوست می باشد، امتیاز داده خواهد شد.

### • بخش نتایج

#### موضوع دوم: شاخصهای پشتیبانی

در صورت ثبت و استخراج کلیه شاخصهای جدول شاخصهای پشتیبانی که به پیوست می باشد، امتیاز داده خواهد شد.

### • بخش نتایج

#### موضوع سوم: رضایت

##### ۱) رضایت مردم

این سوالات از ۵/۰ تا ۱٪ جمعیت تحت پوشش و حداقل از ۱۰ نفر و نیز سوالات ۴ تا ۶ درمورد افراد ارجاع داده شده که لیست آنها از دفتر ثبت روزانه استخراج شده باشد، پرسیده و تکمیل می گردد.

##### ۲) رضایت پرسنل

این قسمت از کل پرسنل شاغل در مرکز و واحدهای تابعه پرسیده و تکمیل می گردد.

##### ۳) رضایت مرکز بهداشت شهرستان

سوالات ۱ تا ۵ از معاون بهداشتی شهرستان پرسیده و تکمیل می گردد و با توجه به نظر ایشان و به شرط ارائه مستندات مربوطه (جمع بندی نظرات کارشناسان و مسوولین مرکز بهداشت شهرستان)، امتیاز منظور خواهد شد.

شاخصهای پوشش خدمات در مرکز بهداشتی درمانی .....

شاخص های قابل محاسبه در مرکز بهداشتی درمانی	شاخص هایی که از طریق مرکز بهداشت شهرستان به پزشک باید داده شود
کل جمعیت	میزان خام تولد (در ۱۰۰۰)
درصد گروه سنی زیر یکسال به کل جمعیت	میزان خام مرگ (در ۱۰۰۰)
درصد گروه سنی زیر ۵ سال به کل جمعیت	میزان باروری عمومی
درصد گروه سنی زیر ۱۵ سال به کل جمعیت	میزان باروری کلی
درصد گروه سنی ۱۵ تا ۶۴ سال	درصد چند قلو زایی
درصد گروه سنی ۶۵ سال به بالا	درصد مرده زایی به کل تولد زنده
نسبت سرباری	نسبت جنسی در بدو تولد
درصد زنان شوهردار ۱۵ تا ۴۹ سال به کل زنان	میزان مرگ نوزادان (به ۱۰۰۰ تولد زنده)
رشد طبیعی جمعیت	میزان مرگ کودکان زیر یکسال (به هزار تولد زنده)
درصد زایمان در بیمارستان به کل زایمانها	میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال (به ۱۰۰۰ تولد زنده)
درصد زایمان به کمک فرد دوره ندیده	میزان بروز بیماری بر حسب سن و جنس و نوع بیماری
تعداد مرگ نوزادان	میزان شیوع بیماری بر حسب سن و جنس و نوع بیماری
تعداد مرگ کودکان زیر یکسال	میزان بروز و شیوع بیماری بر حسب تشخیص کلینیکی و پاراکلینیکی
تعداد مرگ کودکان زیر ۵ سال	متوسط بار مراقبت بهداشت دهان و دندان در گروههای سنی هدف
تعداد مرگ مادران به دلیل عوارض بارداری و زایمان	نسبت موارد بیمار ارجاع شده از هر گروه هدف
درصد متولدین با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم در بدو تولد	متوسط بار مراجعه هریک از گروههای هدف
درصد استفاده از آ. یو. دی	CYP
درصد افراد تحت پوشش تنظیم خانواده از روشهای مدرن	نسبت وسایل پیشگیری از بارداری توزیع شده
پوشش واقعی تنظیم خانواده	درصد IUD خارج شده در ماه اول
میزان مرگ نوزادان به علت نارسی نوزاد	میزان IUD خارج شده در سه ماه اول

شاخص‌هایی که از طریق مرکز بهداشت شهرستان باید به پزشک داده شود	شاخص‌های قابل محاسبه در مرکز بهداشتی درمانی
میزان IUD خود به خود خارج شده در سه ماه اول	تعداد مرگ ناشی از صدمات زایمانی
میزان IUD خود به خود خارج شده بعد از سه ماه	تعداد مرگ از ARI در کمتر از ۵ سال
میزان دسترسی خانوارهای روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت به آب آشامیدنی سالم	تعداد مرگ ناشی از اسهال و استفراغ در کمتر از ۵ سال
میزان دسترسی خانوارهای روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت به توالت بهداشتی	تعداد مرگ ناشی از حوادث و مسمومیت در کمتر از ۵ سال
میزان دسترسی خانوارهای روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت به دفع بهداشتی زباله	تعداد مرگ ناشی از ناهنجاریهای مادرزادی
میزان دسترسی خانوارهای روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت به دفع بهداشتی فضولات حیوانی	تعداد مرگ ناشی از سایر علل در کمتر از ۵ سال
میزان مصرف نمک یددار در خانوارهای تحت پوشش	عملکرد پزشکان براساس روز کارکرد
نسبت مکان‌های عمومی دارای معیارهای بهداشتی	نسبت مراجعین به تفکیک نوع تخصص پیراپزشکان
نسبت محل‌های تهیه و توزیع و فروش مواد خوراکی دارای معیارهای بهداشتی	نسبت مراجعین به تفکیک نوع تشخیص (کلینیکی، پاراکلینیکی)
درصد کارکنان مراکز و مکان‌های عمومی دارای کارت بهداشتی	درصد پوشش واکسن کزاز زنان باردار
نسبت کارکنان دوره دیده محل‌های تهیه، توزیع و فروش مواد غذایی و مکان‌های عمومی	درصد پوشش نوبت اول واکسن ب.ث.ز، نوبت دوم سرخک، نوبت سوم ثلاث، نوبت سوم پولیو، نوبت سوم هیپاتیت در کودکان زیر یکسال
	افت نوبت سوم نسبت به نوبت اول واکسن در گروه کودکان زیر یکسال
	نسبت پرونده‌های جدید و تکراری مراقبت شده
	نسبت کودکانی که دچار تاخیر در رشد هستند
	نسبت کودکان زیر ۶ سال به تفکیک کمتر از ۱۲ ماه، ۱۲ ماه تا یکساله، ۲ ساله، ۳ و ۴ ساله و ۵ ساله که زیر صدک سوم، بین صدک ۳ تا ۵۰، بین صدک ۵۰ تا ۹۷، بالای صدک ۹۷ قرار دارند به تفکیک جنسیت

پیوست شماره ۱۸:

چک لیست پایش از عملکرد ماما / پرستار در برنامه های پزشک خانواده

(برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده)

شبکه بهداشت شهرستان.....

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی .....

تاریخ تکمیل.....

مرکز بهداشتی درمانی روستایی / شهری.....

بخش: تحلیل وضعیت موجود

مورد ندارد	خیر	بلی	سوال
			۱- آیا شاخصهای خدمات مربوطه موجود است؟
			۲- آیا مشکلات برنامه ها در منطقه تحت پوشش شناسایی شده است؟
			۳- آیا مشکلات برنامه ها در منطقه تحت پوشش الویت بندی شده است؟

بخش: برنامه ریزی

مورد ندارد	خیر	بلی	سوال
			۱- آیا برای بهبود شاخص های مرکز، طراحی مداخله برای اولویت ها انجام شده است؟
			۲- آیا در تنظیم برنامه مداخله ای، اصول برنامه ریزی (تحلیل وضعیت موجود؛ طراحی براساس تحلیل؛ جدول گانت؛ و برنامه پایش) رعایت شده است؟
			۳- آیا برنامه ماهانه پایش از خانه های بهداشت طبق استاندارد تدوین گردیده است؟

## چک لیست پایش از عملکرد ماما / پرستار در برنامه های پزشک خانواده (برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده)

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی ..... شبکه بهداشت شهرستان.....  
مرکز بهداشتی درمانی روستایی / شهری ..... تاریخ تکمیل.....

### بخش: عملکرد

سوال	بلی	خیر	مورد ندارد
۱- آیا برنامه مداخله ای تنظیمی طبق تقویم زمانی تهیه شده، اجرا می شود؟			
۲- آیا پایش ها مطابق با برنامه ماهانه تنظیم شده، اجرا می شود؟			
۳- آیا پس از پایش، پسخوراند همراه با راهکارهای اجرایی به سطح پایش شونده ارسال می شود؟			
۴- آیا در پایش ها، پسخوراند های قبلی و راهکارهای ارائه شده پیگیری می شود؟			
۵- آیا نظارت بر ارائه خدمات مادران در روستاهای اقماری و سیاری صورت می گیرد؟			
۶- آیا برای بررسی گزارش پایش های انجام شده، درخواست برگزاری جلسه از مسوول مرکز بهداشتی درمانی انجام می شود؟			

### بخش عملکرد فنی:

این قسمت باید توسط ادارات کل تهیه شود

### بخش قرارداد و دستورعمل:

سوال	بلی	خیر	مورد ندارد
۱- آیا ساعت کار حضور ماما یا پرستار طبق قرارداد رعایت می شود؟			
۲- آیا موردی از نقض ضوابط و دستورات آئین نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه ای شاغلان حرف پزشکی وجود ندارد؟			
۳- آیا در صورت ترک محل خدمت براساس دستورعمل، مراتب را یک هفته قبل به مسوول مرکز اعلام کرده اند؟			
۴- آیا کلیه اقدامات انجام شده در دفاتر و فرمهای ثبت اطلاعات، درج می شود؟			
۵- آیا موارد نیازمند به پیگیری بهورز را به خانه بهداشت ابلاغ می کنند؟			
۶- آیا برای بیماران ارجاع شده از خانه بهداشت، پس خوراند داده می شود؟			
۷- آیا دستورعملها و بخشنامه های ابلاغی از طرف مرکز بهداشت شهرستان در دسترس می باشند؟			

## چک لیست پایش از عملکرد ماما / پرستار در برنامه های پزشک خانواده

## (برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده)

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی .....  
 شبکه بهداشت شهرستان .....  
 مرکز بهداشتی درمانی روستایی / شهری .....  
 تاریخ تکمیل .....

### بخش: تجهیزات

سوال	بلی	خیر	مورد ندارد
۱- آیا داروهای بهداشت خانواده طبق استاندارد و فرمول پیشنهادی، درخواست می شود؟			
۲- آیا وسایل مورد نیاز آبودی گذاری، درخواست می گردد ؟			
۳- آیا در صورت خرابی و کسری تجهیزات مورد نیاز برای ارائه مراقبت های مادران، پیگیری لازم صورت می گیرد؟			
۴- آیا در نگهداری وسایل و تجهیزات مراقبتی مادران، شرایط استاندارد رعایت می گردد؟			

### بخش: دارو یاری

سوال	بلی	خیر	مورد ندارد
۱- آیا موجودی دارو در داروخانه کفایت دو ماه آینده را می کند (براساس توزیع شهرستان)؟			
۲- آیا برآوردی مناسب از مصرف دارو در مرکز انجام می شود؟			
۳- آیا شرایط نگهداری دارو در دارو خانه مناسب می باشد (برابر استاندارد)؟			
۴- آیا داروهای موجود به تفکیک در قفسه ها چیده شده اند؟			
۵- آیا از نبود داروهای تاریخ گذشته اطمینان حاصل می شود؟			
۶- آیا نسخه پیچی در مرکز با صحت و دقت انجام می شود؟			
۷- آیا داروهای اورژانسی مطابق استاندارد در ترالی اورژانس وجود دارند؟			
۸- آیا به تاریخ انقضاء داروهای قفسه اورژانس توجه می شود؟			
۹- آیا برنامه ریزی مناسبی برای جلوگیری از انقضاء تاریخ مصرف داروها صورت می گیرد؟			

چک لیست پایش از عملکرد ماما / پرستار در برنامه های پزشک خانواده  
(برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده)

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی ..... شبکه بهداشت شهرستان .....  
مرکز بهداشتی درمانی روستایی / شهری ..... تاریخ تکمیل .....

بخش: پرستاری و بهیاری

سوال	بلی	خیر	مورد ندارد
۱- آیا تجهیزات پانسمان خانه بهداشت توسط مرکز به طور مرتب استریل می گردد؟			
۲- آیا وسایل پانسمان در شرایط استاندارد استریل می شوند؟			
۳- آیا تجهیزات تزریقات و پانسمان در شرایط استاندارد نگهداری می شوند؟			
۴- آیا بسته های استریل و غیر استریل جدا از هم و در محیطی خشک نگهداری می شوند؟			
۵- آیا تخت تزریقات و پانسمان دارای ملحفه و مشمع و پاراوان می باشد؟			
۶- آیا زباله های عفونی به طور جداگانه دفع می شوند؟			
۷- آیا پرستار یا ماما از روپوش تمیز استفاده می کند؟			
۸- آیا پگ پانسمان استریل به تعداد مورد نیاز در مرکز موجود می باشد؟			
۹- آیا برنامه ریزی برای تامین تجهیزات تزریقات پانسمان و احیاء انجام می شود (شامل: فور- اتو کلاو - ECG - قفسه دارویی)؟			

بخش: بازآموزی

سوال	بلی	خیر	مورد ندارد
۱- آیا در کلاسهای آموزشی بهورزان برای گروه هدف مامایی به صورت موردی شرکت داشته است؟			
۲- آیا در جلسات و بازآموزی های ستاد شهرستان در سه ماه گذشته (بهداشت خانواده شرکت داشته است)؟			

بخش: نتایج

(۱) شاخصهای فنی

سوال	بلی	خیر	مورد ندارد
۱- آیا فرم مربوط به محاسبه شاخصهای فنی برنامه های جاری و مداخله ای تکمیل می شود؟			

چک لیست پایش از عملکرد ماما / پرستار در برنامه های پزشک خانواده  
(برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده)



دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی .....

شبکه بهداشت شهرستان.....

مرکز بهداشتی درمانی روستایی / شهری.....

تاریخ تکمیل.....

### ۲) رضایت گیرندگان خدمت

سوال	خیر	بلی	مورد ندارد
۱- آیا مردم از ساعات حضور ماما یا پرستار رضایت دارند؟			
۲- آیا مردم از نحوه برخورد ماما یا پرستار رضایت دارند؟			
۳- آیا مردم از نحوه پذیرش ماما یا پرستار رضایت دارند؟			

### ۳) رضایت مسوول مرکز بهداشتی درمانی

سوال	خیر	بلی	مورد ندارد
۱- آیا مسوول مرکز از نحوه برخورد و رفتار ماما / پرستار با ارباب رجوع رضایت دارد؟			
۲- آیا مسوول مرکز از نحوه برخورد و رفتار ماما / پرستار با سایر پرسنل رضایت دارد؟			
۳- آیا مسوول مرکز از اجرای مقررات اداری (حضور و غیاب، مرخصی ...) ماما / پرستار رضایت دارد؟			
۴- آیا مسوول مرکز از اجرای برنامه های پیش و دهگردشی ماما / پرستار رضایت دارد؟			
۵- آیا مسوول مرکز از نحوه پیگیری پسخوراندها توسط ماما / پرستار رضایت دارد؟			
۶- آیا مسوول مرکز از گزارش بموقع اطلاعات خواسته شده توسط ماما / پرستار رضایت دارد؟			
۷- آیا مسوول مرکز از وضعیت برگزاری جلسات آموزشی برای سایر پرسنل توسط ماما / پرستار رضایت دارد؟			
۸- آیا مسوول مرکز از عملکرد خدمتی ماما / پرستار رضایت دارد؟			

نام، نام خانوادگی، سمت و امضای پایش کننده

نام، نام خانوادگی و امضای معاون بهداشتی دانشگاه

## راهنمای تکمیل چک لیست پایش ماما یا پرستار شاغل در برنامه بیمه روستایی و پزشکی خانواده

قبل از تکمیل چک لیست توجه به نکات ذیل ضرورت دارد:

- این چک لیست هر ۳ ماه یک بار توسط تیم پایش شهرستان تکمیل خواهد شد.
- این چک لیست از کلیه ماماها و پرستاران شاغل در مرکز بهداشتی درمانی پرسیده شده و تکمیل خواهد شد.
- قبل از تکمیل چک لیست، مطالعه دقیق دستورعمل اجرایی و بخشنامه های برنامه پزشکی خانواده ضروریست.
- در مواردی که جواب سوال چک لیست "بلی" می باشد، بایستی شواهد مکتوب یا اسنادی که دال بر صحت گفته ها باشد ارائه گردد.
- خواهشمند است در صورت داشتن هرگونه سوال یا وجود ابهام با مرکز توسعه شبکه و ارتقا سلامت تماس حاصل گردد.
- نحوه امتیازدهی بدین قرار خواهد بود که تعداد بلی های کسب شده در هر بخش تقسیم بر تعداد کل سوالات همان بخش شده و به نمره کل ملحوظ برای آن بخش ضرب میشود و در خانه امتیاز کسب شده قرار خواهد گرفت.

### تحلیل وضعیت موجود

۱. اگر شاخصهای محاسبه شده مربوط به دو برنامه مادران و تنظیم خانواده موجود باشد، بلی منظور گردد (این شاخصها توسط اداره مربوطه در وزارتخانه یا گروه مربوطه در مرکز بهداشت استان تدوین و ارائه خواهد شد).
۲. در صورتی که مشکلات به تفکیک دو برنامه مادران و تنظیم خانواده (با توجه به شاخصهای محاسبه شده) در آورد شده و لیست شده باشد، بلی منظور گردد.
۳. در صورتی که مشکلات به تفکیک دو برنامه مادران و تنظیم خانواده بصورت مکتوب اولویت بندی شده باشد، بلی منظور گردد.

### برنامه ریزی

۱. در صورتی که برنامه مداخله ای با مستندات مربوطه در هر یک از برنامه های مادران و تنظیم خانواده، تنظیم شده و ارائه گردد، بلی منظور شود.
۲. در صورت ارائه مستندات تحلیل وضعیت \_ طراحی براساس تحلیل و برنامه پایش \_ ، بلی منظور گردد.
۳. در صورت تنظیم برنامه پایش خانه های بهداشت و روستاهای قمر و بسیاری براساس اصول ارائه شده در دستورعمل برنامه بیمه روستایی و پزشکی خانواده، بلی منظور گردد.

### عملکرد

۱. با توجه به زمان پایش، اگر فعالیتهای اجرایی منظور شده در برنامه مداخله ای، طبق زمانبندی تنظیمی اجرا شده باشد، بلی منظور گردد.
۲. باتوجه به زمان پایش، برنامه تدوین شده ماه قبل بررسی شود. اگر پایش ها طبق برنامه زمانبندی شده انجام و ثبت شده باشد (وجود گزارش بازدید یا پس خوراند یا هر مدرک مکتوب دیگر دال بر انجام برنامه)، بلی منظور گردد.
۳. در صورت وجود نمونه پس خوراند پایش های انجام شده توسط ماما در سه ماهه گذشته (اگر حداقل برای ۸۰٪ از پایشها، پس خوراند موجود باشد)، بلی منظور گردد.

۴. اگر در گزارش یا پسخوراند پایش سه ماهه گذشته مدرکی دال بر پیگیری پس خورا ندهای قبلی موجود باشد، **بلی** منظور گردد.
۵. در صورت موجود بودن برنامه پایش و گزارش یا پسخوراندهای مربوطه یا هر مستند دیگر (به تفکیک روستاهای قمر و، سیاری)، **بلی** منظور گردد. اگر مرکز، روستای قمر و سیاری نداشته باشد، **مورد ندارد** ثبت خواهد شد.
۶. در صورت مشاهده درخواست مربوطه در سه ماهه گذشته و تأیید آن توسط کارشناس ناظر، **بلی** منظور گردد.

## عملکرد فنی

راهنمای این قسمت به همراه خود سوالات توسط اداره مربوطه در وزارتخانه یا گروه مربوطه در مرکز بهداشت استان را تدوین و ارائه خواهد کرد.

## قرارداد و دستور عمل

۱. اگر در بررسی دفتر حضور و غیاب و به تایید رییس مرکز بهداشتی درمانی یا مسوول تیم در ۹۵ درصد از روزهای کاری، ساعت کار حضور توسط ماما/پرستار طبق قرارداد رعایت شده باشد، **بلی** منظور گردد.
۲. در صورت نبودن گزارشی دال بر عدم رعایت ضوابط و دستورات آیین نامه انتظامی، **بلی** منظور گردد.
۳. با بررسی دفتر حضور و غیاب، در صورتی که ماما یا پرستار، یک هفته قبل از تمام مواردی که محل خدمت را ترک نموده اند، را به مرکز بهداشت شهرستان اعلام کرده باشد، **بلی** منظور گردد.

**توجه:** تکمیل کننده چک لیست بایستی قبلاً "مدارک مربوط به سوالات ۲ و ۳ را از مرکز بهداشت شهرستان دریافت کند.

۴. در صورتی که ۹۰ درصد اقدامات انجام شده در دفاتر و فرمهای ثبت اطلاعات ثبت شده باشد، **بلی** منظور گردد.
۵. در صورت وجود مستندات ابلاغ موارد نیازمند به پیگیری به بهورزان خانه های بهداشت، **بلی** منظور گردد.
۶. در صورت وجود مستندات پسخوراند موارد ارجاعی به بهورزان خانه های بهداشت **بلی** منظور گردد
۷. در صورت در دسترس بودن کلیه دستورعملها و بخشنامه ها (لیست بخشنامه ها و دستورعملهای موجود با لیستی که تکمیل کننده چک لیست قبلاً" از مرکز بهداشت شهرستان دریافت کرده است، مطابقت داده شود و در صورت همخوانی)، **بلی** منظور گردد.

## تجهیزات

۱. در مشاهده و بررسی آخرین درخواست دارویی، در برنامه های مادران، کودکان و تنظیم خانواده، در صورتی که برآورد یک قلم دارو از هر برنامه، مطابق با فرمول ارائه شده از ستاد، انجام شده باشد، **بلی** منظور گردد.
۲. در صورت موجود بودن درخواست وسایل مورد نیاز آبودی گذاری در مرکز، **بلی** منظور گردد. (اگرموردی برای درخواست وجود نداشت، **مورد ندارد**، ثبت شود).
۳. در صورت وجود هرگونه مستندات مربوط به پیگیری تامین کسری یا تعمیر عیب تجهیزات معیوب، **بلی** منظور گردد. اگر کمبود یا خرابی تجهیزات در مرکز وجود نداشت، **مورد ندارد** ثبت شود.
۴. در صورت رعایت شرایط استاندارد نگهداری وسایل و تجهیزات مراقبتی مادر (این شرایط توسط ستاد مرکز بهداشت بایستی آموزش داده شود)، **بلی** منظور گردد و اگر آموزش لازم داده نشده باشد، **مورد ندارد** ثبت شود.

## دارو یاری

۱. اگر موجودی داروخانه تا مرحله بعدی توزیع دارو، کافی باشد و صفر نشود **بلی** منظور گردد

۲. اگر به اندازه مصرفی سه ماهه قبل باشد به طوری که با کمبود دارو مواجه نشود (اگر موجودی به اندازه نیاز باشد) بلی منظور گردد
۳. اگر مطابق استاندارد انبارداری ارسالی از مرکز بهداشت شهرستان، باشد، بلی منظور گردد (در صورت عدم ارائه استاندارد از طرف مرکز بهداشت، مورد ندارد منظور گردد)
۴. اگر مطابق استاندارد انبارداری ارسالی از مرکز بهداشت شهرستان، باشد یعنی داروهای تاریخ نزدیک جلو و تاریخ بلند، عقب، چیده شود، داروهای سنگین، پایین، و سبک، بالا چیده شوند. بلی منظور گردد
۵. اگر هیچگونه داروی تاریخ گذشته موجود نباشد بلی منظور گردد
۶. ۲۰ نسخه از هرماه در ۳ ماه گذشته بررسی شود اگر کلیه نسخ به دقت و بر اساس نوشتار پزشک پیچیده شده باشد و به شرایط استاندارد نسخ از جمله عدم قلم خوردگی در نوشتار و تاریخ نسخه و وجود مهر و امضاء پزشک در نسخه دقت شود و در صورت وجود تایید پزشک را دریافت کرده باشد، بلی منظور گردد
۷. اگر داروهای موجود بر اساس لیست ارائه شده از مرکز بهداشت شهرستان برای داروهای اروزانسی، باشد بلی منظور گردد
۸. اگر هیچ داروی تاریخ گذشته ای در بین داروهای ترالی اوزانس موجود نباشد بلی منظور گردد
۹. در صورت وجود مکاتبات با مرکز بهداشت شهرستان در مورد داروهای تاریخ نزدیک (مطابق استاندارد تعریف شده توسط مرکز بهداشت شهرستان) بلی منظور گردد
۱۰. در صورت وجود نسخ مربوط به بیماران روستاهای دهگردشی و تایید مسئول مرکز بهداشتی درمانی، بلی منظور گردد.
۱۱. در صورت ثبت آخرین حواله داروهای وارده و نیز ثبت داروهای مصرفی طبق نسخ موجود در طی هفته قبل از پایش، بلی منظور گردد.

## پرستاری و بهیاری

۱. در صورت وجود پگ های استریل و عدم استفاده پکهای استریل به فاصله یک هفته پس از استریل شدن آنها، بلی منظور گردد
۲. اگر استریلیزاسیون توسط فور یا اتوکلاو صورت گرفته باشد، بلی منظور گردد
۳. اگر در مکانی خشک و عاری از رطوبت و تمیز نگهداری شوند (ضمناً تاریخ انقضاء روی پگ های استریل نصب شود تا قبل از یک هفته مجدد استریل گردد) بلی منظور گردد
۴. اگر بصورت جداگانه و در محیطی خشک نگهداری گردند بلی منظور گردد
۵. اگر تخت تزریقات و پانسمان دارای ملحفه و مشمع باشد و پاراوان هم موجود باشد بلی منظور گردد
۶. اگر به طور جداگانه در سطل زباله ای خاص جمع آوری شده و به طور استاندارد معدوم گردد (سوزانده شوند و یا به طور بهداشتی دفن گردند) بلی منظور گردد
۷. اگر روپوش تمیز و مرتب به تن داشته باشد بلی منظور گردد
۸. اگر حداقل دو پگ پانسمان در خانه بهداشت و ۵ مورد در مرکز موجود باشد بلی منظور گردد
۹. اگر سابقه درخواست تامین، وجود داشته باشد یا کمبودی از موارد مذکور موجود نباشد بلی منظور گردد
۱۰. یک مورد بایستی در عمل توسط پایش شونده رویت گردد و نیز از پزشک تیم نیز سوال شود در صورت رعایت بلی منظور گردد
۱۱. این سوال بایستی توسط پزشک تیم و بهورزان تایید گردد در صورت انجام بلی منظور گردد

## باز آموزی

۱. در صورت وجود صورتجلسه کلاس های برگزار شده در سه ماهه گذشته بلی منظور گردد
۲. اگر در کلاسهای باز آموزی شهرستان به طور مرتب شرکت نماید( با کنترل دفتر حضور و غیاب و مطابقت آن با نظرات مجریان جلسات آموزشی و باز آموزی در ستاد شهرستان در سه ماهه گذشته ، در صورت حضور کامل) بلی منظور گردد

## نتایج

### شاخصهای فنی

۱. در صورت ثبت و استخراج کلیه شاخصهای جدول شاخصهای فنی که به پیوست می باشد، بلی منظور گردد.( شاخصها بایستی توسط ادارات کل وزارتخانه یا گروههای کارشناسی مرکز بهداشت استان تنظیم گردد).

### رضایت :

#### الف) رضایت گیرندگان خدمت

سوالات این قسمت از حداکثر ۰/۵ درصد یا حداقل ۱۰ نفر از جمعیت تحت پوشش پرسیده شود و تکمیل گردد

#### ب) رضایت مسوول مرکز بهداشتی درمانی

سوالات این قسمت از مسوول مرکز بهداشتی درمانی پرسیده شود و تکمیل گردد .

فرمت قرارداد مشترک بین اداره کل بیمه استان و شبکه شهرستان - ۱۳۹۰

**قرارداد همکاری با مرکز بهداشت شهرستان**

این قرارداد به استناد تفاهم نامه خدمات سطح یک بیمه روستائیان و عشایر در سال ۹۰ فی ما بین معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان بیمه خدمات درمانی و معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی ریاست جمهوری فی مابین مدیر کل بیمه خدمات درمانی استان ..... به عنوان طرف اول (کارفرما) و مدیر شبکه یا رئیس / سرپرست مرکز بهداشت شهرستان ..... به عنوان طرف دوم (پیمانکار)، منعقد می شود.

**بند ۱- موضوع قرارداد:**

ماده ۱: خرید خدمات سلامت سطح اول شامل: پزشک خانواده، خدمات مامایی پرستاری، دارویی، آزمایشگاهی و رادیولوژی مرتبط با پزشک خانواده و نظارت بر رعایت نظام ارجاع در ارائه خدمات تخصصی و فوق تخصصی سرپایی و بستری به روستائیان و عشایر تحت پوشش و ساکنین شهرهای زیر ۲۰/۰۰۰ نفر دارای دفترچه بیمه روستایی.

**بند ۲- تعهدات پیمانکار:**

ماده ۲: آموزش پزشکان و پرسنل ذیربط با موضوع اصلاحات نظام سلامت و ارائه خدمات تشخیصی، بهداشتی و درمانی و قوانین بیمه ای در قالب نظام ارجاع، (با همکاری سازمان بیمه خدمات درمانی)

ماده ۳: با توجه به نگاه سلامت محوری، ویزیت دوره ای تمامی بیمه شدگان تحت پوشش بیمه روستایی و ثبت در پرونده سلامت بیمه شدگان برابر دستورالعمل های بسته خدمات پایه ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام می شود (ماده ۱۷)

ماده ۴: نظارت بر حسن ارائه خدمات مورد تعهد مندرج در تفاهم نامه و اجرای صحیح نظام ارجاع.

ماده ۵: تأمین و استقرار پزشکان عمومی در مناطق مورد قرارداد (برای ۸ ساعت کار روزانه غیر از ایام تعطیل مطابق ماده ۷ تفاهم نامه) بر اساس حداقل یک پزشک بازای هر ۴۰۰۰ نفر جمعیت دارای دفترچه بیمه روستایی و تأمین و استقرار ماما یا پرستار در مناطق مورد قرارداد (برای ۸ ساعت کار روزانه غیر از ایام تعطیل مطابق ماده ۷ تفاهم نامه) بازای هر دو پزشک یک ماما و در هر مرکز حداقل یک ماما.

تبصره ۱: در مناطقی که مشکل تأمین پزشک وجود دارد برابر ماده ۸ تفاهم نامه عمل خواهد شد.

ماده ۶: فراهم نمودن امکانات دسترسی یا تجهیزات تشخیصی درمانی جهت ارائه خدمات پزشکی، خدمات پاراکلینیک (آزمایشگاه و تصویربرداری)، خدمات دارویی و خدمات مامایی موضوع تفاهم نامه مشترک سالجاری بیمه روستائیان

مدیر شبکه یا رئیس مرکز بهداشت شهرستان .....

مدیر کل بیمه خدمات درمانی استان .....

- تبصره ۲: تأمین پزشک و خدمات دارویی برای شروع به کار مرکز مجری برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده الزامی است.
- تبصره ۳: ضروری است شبکه بهداشت و درمان شهرستان به منظور ایجاد وحدت رویه در نحوه ارائه خدمات پاراکلینیک به جمعیت تحت پوشش خود در کل شهرستان به صورت یکسان (دریافت FFS و یا سرانه) عمل نماید.
- ماده ۷: ارائه خدمات در مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه، در دو شیفت صبح و بعداز ظهر و یا یک شیفت ۸ ساعته (بنا توافق اداره کل بیمه استان) و ارائه خدمات دارویی، مامایی و پزشکی در ساعات فعالیت مرکز فوق
- تبصره ۴: هرگونه تغییر در شیفت ارائه خدمت با پیشنهاد ستاد اجرایی برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده شهرستان و تصویب ستاد اجرایی برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده استان امکان پذیر می باشد. (به شرطی که کل ساعات کاری در هفته کمتر از ۴۴ ساعت نباشد)
- تبصره ۵: با عنایت به حداقل ساعت کاری ۴۴ ساعت در هفته طبق قانون کار کاهش ساعت کاری پنجشنبه ها مشروط بر عدم ایجاد خلل در ارائه خدمت مأمعی ندارد.
- ماده ۸: ترک محل خدمت پزشکان، ماماها یا پرستاران به دلیل شرکت آنان در جلسه آموزشی با اطلاع رسانی به مردم منطقه و هماهنگی قبلی با اداره بیمه شهرستان بلامانع است. در صورت عدم حضور پزشک بیش از سه روز در مراکز بهداشتی درمانی دارای یک پزشک، آن مرکز غیر فعال اعلام می شود. در مورد مراکز که دارای دو یا چند پزشک می باشند بایستی طوری برنامه ریزی شود که حضور پزشکان در مرکز به صورت نوبتی یا جایگزین باشد و مرکز بدون پزشک نماند.
- ماده ۹: تجویز و ثبت کلیه خدمات سطح اول پزشک خانواده در دفترچه های بیمه روستایی و ارسال برگه دوم دفترچه (برگه مخصوص پزشک) به انضمام فرم آمار مراجعات ماهانه به مراکز بهداشتی درمانی، به اداره کل بیمه خدمات درمانی استان الزامی است.
- ماده ۱۰: ارائه گزارش و تکمیل فرمهای آماری و اطلاعات درخواستی ماهیانه پزشکان و ماماها (جداول پیوست) و فهرست پزشکان خانواده هر مرکز (به همراه لیست تغییرات پزشکان مرکز) در مدت مقرر بر اساس فرمهای مورد توافق طرفین به اداره کل بیمه الزامی است.
- تبصره ۶: ارائه آخرین لیست پزشک و مامای شاغل از مراکز مجری به مرکز بهداشت شهرستان و از مرکز بهداشت شهرستان به صورت ماهیانه به اداره کل بیمه استان الزامی است.
- ماده ۱۱: سازمان بیمه خدمات درمانی به عنوان کارفرما می تواند در هر زمان نسبت به نظارت و بازدید از مراکز بهداشتی درمانی بر اساس چک لیست مورد توافق بر روند اجرای پزشک خانواده در سطح استان جهت گزارشگیری وضع موجود اقدام نماید.
- تبصره ۷: علاوه بر مفاد فوق الذکر برنامه ریزی جهت انجام نظارت و بازدید بر عملکرد پزشک خانواده و تیم سلامت به صورت مشترک با شبکه بهداشت درمان در قالب چک لیست مورد توافق و زمانبندی صورت می پذیرد.
- ماده ۱۲: مرکز بهداشت شهرستان ملزم است لیست اسامی موالید وفوت جمعیت تحت پوشش به تفکیک مراکز بهداشتی درمانی را فرستش ماه یکبار به اداره کل بیمه ارسال نماید.

مدیر شبکه یا رئیس مرکز بهداشت شهرستان .....

مدیر کل بیمه خدمات درمانی استان .....

ماده ۱۳: حداقل حقوق قانونی پزشک خانواده ۱۲,۰۰۰,۰۰۰ ریال می باشد. حداقل دریافتی ماما نیز ۴,۹۰۰,۰۰۰ ریال می باشد.  
( محدودیتهای ناشی از پایش شامل این بند نمی باشد.)

**بند ۳ - تعهدات کارفرما :**

ماده ۱۴: پرداخت سهم خدمات سلامت سطح اول برای هر نفر جمعیت دارای دفترچه بیمه روستایی، بر اساس تخصیص بودجه سرانه سالانه و بر مبنای ضرایب محرومیت شهرستان معادل ..... ریال، مامانه معادل ..... ریال خواهد بود، از این مبلغ، ۸۰ درصد تا بیستم هر ماه معادل ..... ریال و ۲۰ درصد باقیمانده حداکثر یک ماه پس از پایش عملکرد سه ماهه به شرط تخصیص اعتبار پرداخت خواهد شد.

تبصره ۸: اداره کل بیمه متعهد می شود که کلیه پایشهای منتج به تعدیلات خود را بر اساس چک لیست مشترک انجام داده و نتایج حاصل را قبل از پایش بعدی به ستاد مرکز بهداشت شهرستان طرف قرارداد منعکس نماید.

ماده ۱۵: اداره کل بیمه خدمات درمانی هر ۶ ماه یک بار مکلف به ارسال لیست اسامی دفترچه های بیمه روستایی، صادر شده در هر مرکز جهت اصلاح آمار جمعیت مشمول، و محاسبه سرانه می باشد. بدیهی است از تاریخ مبادله این قرارداد، اولین لیست به عنوان آمار اولیه ارسال خواهد شد.

تبصره ۹: در صورتی که داروی تجویز شده توسط پزشک خانواده (در تعهد ۲۷۰ نوع قلم و یا خارج از ۲۷۰ نوع) به علت نبود دارو در داروخانه طرف قرارداد مرکز از سایر داروخانه های طرف قرارداد روستایی اداره کل تهیه گردد ۱/۵ برابر قیمت کل نسخ از سرانه داروی مرکز کسر می شود. صرفا تجدید نسخ پزشکان متخصص برای بیماریهای مزمن با قید «تجدید نسخه متخصص» بر اساس دستورالعمل اجرایی قابل پذیرش است. (پرداخت این گونه نسخ به عهده اداره کل می باشد).

**بند ۴ / شرایط عمومی قرارداد :**

ماده ۱۶- مرجع تشخیص وقوع تخلف از مفاد قرارداد، ستاد اجرایی برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده استان می باشد. (مطابق بند ۵ تفاهمنامه سالجاری)

تبصره ۱۰: پرداخت ۲۰٪ سرانه موضوع پایش پس از کسر سهم خدماتی است که به بیمه شدگان ارائه نشده و با مهلت یک ماهه اصلاح نگردیده است. ضمنا لیست کسورات هر ماه بصورت کتبی به مرکز بهداشت شهرستان و استان اعلام خواهد شد.

ماده ۱۷: هر دستورالعملی که به امضاء مشترک مدیران مسئول برنامه در معاونت سلامت وزارت بهداشت و سازمان بیمه خدمات درمانی نرسیده باشد برای طرف مقابل الزام آور نخواهد بود.

ماده ۱۸: سایر شرایط و مواردی که در این قرارداد پیش بینی نشده است، تابع ماده ۲۰ قانون برنامه پنج ساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران بوده و برای طرفین لازم الاجرا است.

مدیر شبکه یا رئیس مرکز بهداشت شهرستان .....

مدیر کل بیمه خدمات درمانی استان .....



ماده ۱۹: پیوستهای قرارداد که با امضاء مشترک طرفین ابلاغ خواهد شد، شامل موارد ذیل است :

پیوست شماره ۱: لیست مورد توافق بسته های خدمات پزشکی، مامایی، پاراکلینیک، دارویی همانند سال ۸۸ و ۸۹.

پیوست شماره ۲: فهرست تعداد مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه به همراه تعداد پزشک، ماما یا پرستار مورد نیاز، وضعیت ارائه خدمات دارویی و پاراکلینیکی هر یک از آنها.

پیوست شماره ۳: فهرست کامل پزشکان و مراکز طرف قرارداد اداره کل بیمه خدمات درمانی و خدمات قابل ارائه.

پیوست شماره ۴: ضرایب محرومیت شهرستانها در سال ۹۰.

پیوست شماره ۵: فرم آمار مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی (جدول شماره ۱ و ۲ و ۳)

پیوست شماره ۶: فرمهای پایش مورد توافق همانند سال ۸۸ و ۸۹.

بند ۵ - مدت قرارداد :

ماده ۲۰: اعتبار این قرارداد از تاریخ ۹۰/۱/۱ تا پایان سال شمسی جاری خواهد بود. ادامه عمل به مفاد این قرارداد در سال بعد تا زمان ابلاغ قرارداد جدید بلامانع است. بدیهی است قرارداد در سال جدید مطابق با سرانه مصوب و شرایط موجود در تفاهم نامه جدید مشترک بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان بیمه خدمات درمانی تغییر خواهد کرد.

این قرارداد در ۵ بند و ۲۰ ماده و ۱۰ تبصره به همراه ۶ پیوست و در ۴ نسخه تنظیم شده است و هر ۴ نسخه حکم واحد و اعتبار قانونی دارد.

مدیر کل بیمه خدمات درمانی استان .....

مدیر شبکه یا رئیس مرکز بهداشت شهرستان .....

صفحه ۴ از ۴

