چک لیست پایش از مراکز خدمات جامع سلامت در زمان همه گیری بیماری کووید 19 بر اساس شرح وظایف کارشناسان تغذیه

دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد-شهرستان مرکز تاریخ

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نحوه امتیاز دهی | ارزیابی سه ماهه چهارمتاریخ....امتیاز کسب شده | ارزیابی سه ماهه سومتاریخ....امتیاز کسب شده | ارزیابی سه ماهه دومتاریخ....امتیاز کسب شده | ارزیابی سه ماهه اولتاریخ......امتیاز کسب شده | سوال | ردیف |
| نداشتن آگاهی=0آگاهی ناقص=1آگاهی کامل=3 |  |  |  |  | آگاهی کارشناس تغذیه از شاخص های تغذیه ای منطقه و شیوع بیماری های غیر واگیر | 1 |
| انجام نشده =0ناقص=1انجام شده =3 |  |  |  |  | ارتباط غیر حضوری با بیماران مبتلا به کووید 19 با ابتلا همزمان به بیماری های غیر واگیر انجام و ثبت سامانه شده است | 2 |
| انجام نشده =0ناقص=1انجام شده =3 |  |  |  |  | پیگیری یا مشاوره تلفنی بیماران غیر واگیر که مراجعه قبلی داشتند، انجام و ثبت سامانه شده است | 3 |
| انجام نشده= 0ناقص=1 انجام شده=2 |  |  |  |  | مراقبت های تغذیه ای برای افراد ارجاع شده به صورت حضوری ...انجام شده مانند کنترل شاخص های آنتروپومتریک-ارزیابی تخصصی تغذیه ای و ثبت در پرونده الکترونیک-مشاوره تغذیه ای و تنظیم رژیم غذایی و ثبت در پرونده | 4 |
| انجام نشده =0ناقص=1انجام شده =3 |  |  |  |  | پیگیری موارد سوء تغذیه و وزن گیری نا مطلوب مادر باردار و کودک زیر 5سال مبتلا به سوء تغذیه بصورت حضوری یا تلفنی | 5 |
| انجام نشده =0ناقص=1انجام شده =3 |  |  |  |  | پاسخ گویی تلفنی به سوالات تغذیه ای افراد منطقه تحت پوشش با لحاظ نمودن در گزارش عملکرد در سامانه سیب انجام شده | 6 |
| انجام نشده =0ناقص=1انجام شده =3 |  |  |  |  | مشاوره تلفنی فعال با افراد مشکوک یا قطعی کووید 19 بصورت هفتگی با لحاظ نمودن در گزارش عملکرد در سامانه سیب انجام شده(2باردر طول 14 روز قرنطینه) | 7 |
| انجام نشده =0بصورت ناقص =1بصورت کامل=2 |  |  |  |  | مشاوره تغذیه در افراد پر خطر شناسایی شده در برنامه غربالگری مرحله اول کرونا (چاق،دیابت و فشارخون) دارای علایم کرونا انجام شده | 8 |
| انجام نشده=0انجام شده=1 |  |  |  |  | همکاری داوطلبانه در سامانه 4030 و گزارش به مرکز بهداشت شهرستان انجام می شود. | 9 |
| انجام نشده=0انجام شده=1 ناقص=2 |  |  |  |  | کنترل خدمات تغذیه ای ارایه شده توسط مراقبین سلامت انجام می شود | 10 |
| نحوه امتیاز دهی | ارزیابی سه ماهه چهارمتاریخ....امتیاز کسب شده | ارزیابی سه ماهه سومتاریخ....امتیاز کسب شده | ارزیابی سه ماهه دومتاریخ....امتیاز کسب شده | ارزیابی سه ماهه اولتاریخ......امتیاز کسب شده | سوال | ردیف |
| انجام نشده=0موردی نبود=1 انجام شده=2 |  |  |  |  | آیا کارشناس تغذیه در کلاس ها و جلسات آموزشی توجیهی مجازی یا غیر حضوری و...شهرستان شرکت داشته است. | 11 |
| انجام نشده=0ناقص= 1انجام شده=3 |  |  |  |  | آیا شناسایی مادران باردار و کودکان مبتلا به سوء تغذیه و کووید 19 جهت معرفی به سازمان های حمایتی و خیرین انجام شده است. | 12 |
| انجام نشده=0ناقص=1انجام شده=3 |  |  |  |  | آیا شاخص ها ی تغذیه ای بصورت فصلی به تفکیک مراقبین محاسبه و پس خوراند ارایه شده است. | 13 |
| تبحر دارد=0تبحر ناقص=3تبحرکامل= 5 |  |  |  |  | آیا تبحر لازم در خصوص کار با سامانه سیب دارند.(تکمیل فرم های تغذیه،گزارش گیری،ثبت اقدام،پیگیری مراقبت ها و ارجاعات و...) | 14 |
| خیر=0تاحدودی =1بله=2 |  |  |  |  | اسامی بیماران زمینه ای ( قلبی عروقی-دیابت-فشارخون بالا-چاق-چربی خون بالا) ویزیت شده تحت پوشش که بیش از 3ماه از آخرین مراجعه آنها به کارشناس تغذیه گذشته و نیاز به پیگیری دارند استخراج نموده است. | 15 |
| 75نفر و بیشتر=1550-74 نفر=1025-49نفر=524نفر و کمتر=0 |  |  |  |  | نسبت به فراخوان و نوبت دهی بیماران زمینه ای ( قلبی عروقی-دیابت-فشارخون بالا-چاق-چربی خون بالا) تحت پوشش ( استخراج شده از فهرست پیگیریها) بصورت تلفنی و...اقدام نموده است(ماهانه) | 16 |
| حداقل 100نفر=2080-99نفر=1560-79نفر=1040-59نفر=539-نفر و کمتر=0 |  |  |  |  | تا پایان ماه حداقل 100 مورد مراقبت تغذیه ای انجام داده اند( با احتساب تمام مراکز تحت پوشش کارشناس تغذیه ) | 17 |
| مشاهده تعداد رژیم غذایی تنظیم شده و ثبت شده در ماه گذشته:خیر=0 ناقص= 5 کامل=10 |  |  |  |  | طی ماه گذشته برای حداقل 50٪ مراجعین رژیم غذایی تنظیم و ثبت برنامه غذایی انجام شده است( با احتساب تمام مراکزپوشش کارشناس تغذیه ) | 18 |
| خیر=0 ناقص= 1 کامل=2 |  |  |  |  | آیا برای مشاوره تغذیه وقت مناسب و کافی به فرد اختصاص داده است | 19 |
| خیر=0 ناقص= 1 کامل=2 |  |  |  |  | آیا به سوالات فرد مشاوره شده پاسخ کافی و کامل داده شده است | 20 |
| خیر=0 ناقص= 1 کامل=2 |  |  |  |  | از نحوه برخورد مشاور تغذیه رضایت دارند | 21 |
| خیر=0 ناقص=1 کامل=2 |  |  |  |  | آیا برنامه غذایی و نحوه اجرای آن را به خوبی برای فرد توضیح داد است | 22 |
| خیر=0 ناقص=1 کامل=2 |  |  |  |  | آیا اجرای توصیه ها و برنامه غذایی که توسط کارشناس تغذیه داده شده است برای فرد قابل اجرا و عملی بوده است | 23 |
| انجام داده = 5انجام نداده = 0جمع امتیاز مکتسبه: نام و نام خانوادگی و امضا کارشناس ناظر: نام ونام خانوادگی و امضا کارشناس تغذیه :  |  |  |  |  | همکاریهای بین بخشی و ابتکارات( با سایر دستگاهها، آموزش در فضای مجازی و....) | 24 |