به نام خدای مهربان

 **چك ليست آگاهی سنجی برنامه سلامت نوزادان**

 **نام شهرستان: بهارستان تاریخ پايش:14/9/1400 نام و نام خانوادگی تکمیل کننده: زهرا ولی پور**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  **ردیف** | **عنوان فعالیت** | کارشناس ستادی | پزشک | مراقب سلامت | امتیازمطلوب | **مراجعین** | **ملاحظات** |
|  | آیا دوره آموزشی توانمندسازی والدین برای مراقبت از نوزاد را گذرانده است؟ |  |  |  | 10\* |  | \*نمره فقط برای سطوح محیطی لحاظ شود |
|  |  برنامه پایش و ارزیابی از برنامه های نوزادان طراحی و اجرا شده است؟ |  |  |  | 10\* |  | \*نمره فقط برای کارشناس ستادی لحاظ شود |
| 1 | رتینوپاتی برای چه نوزادانی باید انجام شود؟  |  |  |  | 5 |  |  |
|  | آیا کتاب های نوزادان( قدم نورسیده مبارک، نگهداری از نوزاد نارس، ماساژ نوزادان) |  |  |  | 6 |  |  |
|  | آیا پیگیری نوزادان واجد شرایط رتینوپاتی به موقع انجام شده است؟ |  |  |  | 10 |  | بررسی دفتر پیگیری نوزادان (وجود اکسل بلامانع است) |
| 2 | تعداد تنفس نرمال در نوزاد سالم چقدر است؟ |  |  |  | 5 |  |  |
| 3 | درجه حرارت اتاق نوزاد چقدر است؟ |  |  |  | 3 | 0 |  |
| 4 | علایم خطر نوزادی را نام ببرید؟ |  |  |  | 15 | 4 |  |
| 5 | علایم زودرس گرسنگی در نوزاد را نام ببرید؟ |  |  |  | 5 | 4 |  |
| 6 | نحوه صحیح خواباندن نوزادچگونه است؟ |  |  |  | 5 | 3 |  |
| 7 | الگوی صحیح دفع ادرار و مدفوع نوزاد در 3 تا 5 روزگی چگونه است؟ |  |  |  | 8 |  |  |
| 8 | تغییر رنگ مدفوع نوزاد سالم از سیاه به سبز چند روز بعد تولد اتفاق میافتد؟  |  |  |  | 5 |  |  |
| 9 | حداکثر زمان دفع ادرار و مدفوع بعد تولد چقدر است؟در صورت عدم دفع مکونیوم تا چند ساعت باید به پزشک ارجاع داده شود؟ |  |  |  | 8 |  |  |
| 10 | نشانه های زردی خطرناک را نام ببرید؟ |  |  |  | 5 |  |  |
| 11 | نشانه های ماستیت را نام ببرید؟ |  |  |  | 5 |  |  |
| 12 | برای رفع احتقان پستان چه توصیه هایی دارید؟ |  |  |  | 5 |  |  |
|  | جمع نمرات |  |  |  | 100\* |  | فقط یک مورد از موارد ستاره دار جمع شود |
|  |  **چک لیست برنامه بهبود کیفیت مراقبت های نوزادی مبتنی بر شواهد(اپیک)** |
| 1 | کارگاه اپیک را گذرانده است؟ |  |  |  | 5 |  | ارزیابی آگاهی کارکنان |
| 2 | از دستورالعمل برنامه مطلع است؟ |  |  |  | 5 |  | رویت دستورالعمل ها |
| 3 | هدف برنامه جهت بهبود کیفیت مراقبت های نوزادی درست تعیین شده است؟ |  |  |  | 10 |  | رویت فرم های پروژه |
| 4 | شاخص های پیامد ، فرایندی و تعدیل کننده را میداند و صحیح تعیین کرده است؟ |  |  |  | 10 |  | ارزیابی آگاهی کارکنان |
| 5 | فرم پروژه بطور صحیح تکمیل شده است؟ |  |  |  | 10 |  | رویت فرم های پروژه |
| 6 | آیا مداخلات لازم جهت پیشرفت برنامه، بررسی موانع و مشکلات، طراحی و اجرا شده است؟ |  |  |  | 10 |  | بررسی فرم پروژه |
| 7 | میزان دستیابی به هدف مطلوب است؟ |  |  |  | 10 |  | بررسی شاخص ها و میزان تحقق هدف |
|  | جمع امتیاز : 60 |  |  |  |  |  |  |
| **چك ليست آگاهی سنجی در زمینه اهمیت بانک شیر مادر**  |
| 1 | هدف از افتتاح بانک شیر مادر چیست وکدام مادران شرایط اهدا شیر به بانک شیر مادر را دارند؟ |  |  |  | 10 |  | ارزیابی آگاهی کارکنان |
| 2 | سن کودک مادری که شیر خود را به بانک شیر اهدا می کند بهتر است چند ماه باشد ؟علت؟ |  |  |  | 10 |  | ارزیابی آگاهی کارکنان |
| 3 | چرا شیر مادر اهدا کننده از نظر شرعی مشکلی ندارد؟ |  |  |  | 10 |  | ارزیابی آگاهی کارکنان |
| 4 | مادرانی که شرایط اهدا شیر مادر را دارند به کدام بیمارستان ارجاع شود ؟ |  |  |  | 10 |  | ارزیابی آگاهی کارکنان |
|  | جمع امتیاز: 40 |  |  |  |  |  |  |