|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **فرايند** | **ريز فرايند** | **فعاليت** | **مراقب سلامت** | **مراقب سلامت** | **مراقب سلامت** | **مراقب سلامت** | **امتیاز مورد انتظار** | **امتیاز مکتسبه** |
| **برنامه ریزی سازماندهی** |  **داروها، تجهیزات، اطلاعات** | **برآوردصحیح و موجود بودن داروهای مانا با تاریخ انقضا بیش ازسه ماه طبق دارونامه** |  |  |  |  | **5** |  |
| **آیا تجهیزات مورد نیاز برنامه مانا سالم و موجود است؟** |  |  |  |  | **5** |  |
| **آیا از نحوه استخراج اطلاعات کودکان بیمار از سامانه اطلاع دارد؟** |  |  |  |  | **2** |  |
| **کل امتیاز/جمع امتیاز اطلاعات، تجهیزات و داروها** |  |  |  |  | **12** |  |
|  **درصد برنامه‌ريزي و سازماندهي اطلاعات، تجهیزات و داروها** |  |  |  |  |  |
|  |  | **شیرخوار زیر دو ماه/پرونده الکترونیک** | **شیرخوار زیر دو ماه/پرونده الکترونیک** | **کودک بالای 2 ماه/پرونده الکترونیک** | **کودک بالای 2 ماه/پرونده الکترونیک** |  |  |
| **عملکرد ارائه دهنده خدمت (کودک بیمار)** |  **ارزيابی، طبقه بندی، تشخیص و نوع درمان کودک بیمار**  |  **علائم خطر فوری/ نشانه خطر** |   |   |   |   | **4** |   |
| **آیا بهورز مراحل ارزیابی ، طبقه بندی و ...کودک بیمار را طبق بوکلت مانا انجام می دهد؟** |   |   |   |   | **4** |   |
| **آیا بهورز مراحل ارزیابی ، طبقه بندی و ...کودک مصدوم را طبق بوکلت مانا انجام می دهد؟** |   |   |   |   | **4** |   |
| **آیا موارد نیازمند انتقال/ ارجاع به درستی شناسایی و برای آنان اقدام صحیح انجام شده است؟** |   |   |   |   | **4** |   |
| **پیگیری موارد نیازمند انتقال/ ارجاع به درستی انجام شده است؟** |   |   |   |   | **4** |   |
| **نتایج ارزیابی کودک بیمار به درستی در سامانه ثبت شده است؟** |   |   |   |   | **4** |   |
| **نتایچ پیگیری کودک بیمار به درستی در سامانه ثبت شده است؟** |   |   |   |   | **4** |   |
| **مشاوره مادر کودک بیمار به درستی انجام شده است؟**  |   |   |   |   | **4** |   |
| **زمان مراجعه بعدی به مادر اطلاع داده شده است؟** |   |   |   |   | **2** |   |
| **راستی آزمایی اطلاعات مراقبتی ثبت شده در سامانه**  |   |   |   |   | **2** |   |
| **رضایت از نحوه برخورد ، نحوه مراقبت و آموزش مراقبین سلامت**  |  |   |   |   | **2** |   |
| **کل امتیاز/جمع امتیاز عملکرد ارائه دهنده خدمت (کودک بیمار و مصدوم))** |   | **38** |  |
| **درصد عملکرد ارائه دهنده خدمت (کودک بیمار و مصدوم)** |  |
| **کل امتیاز کسب شده از چک لیست**  |   |   |   |   | **50** |   |
| **درصد امتیاز کل چک لیست** |   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  نام و نام خانوادگی پایشگر/ امضاء نام و نام خانوادگی پایش شونده/ امضاء |