|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | | | | | | |