چک لیست پایش برنامه گروه های خودیار در دانشگاه علوم پزشکی

نام دانشگاه: نام پایش کننده: تاریخ:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| سوال | پاسخ | علت انجام نشدن |
| بله | خیر | تعداد/ درصد/ توضیح |
| درصد پوشش برنامه گروههای خود یار؟ |  |  |  |  |
| درصد گروهیارانی که به عنوان داوطلب سلامت مشغول همکاری هستند؟ |  |  |  |  |
| آیا طبق اولویت های تعیین شده براساس نیازسنجی سلامت و SDH حداقل یک گروه خودیار تشکیل شده است؟ |  |  |  |  |
| آیا گزارش سالانه عملکرد دانشگاهی برنامه گروه های خودیار تهیه شده است؟ |  |  |  |  |
| آیا برنامه عملیاتی سالانه دانشگاهی تهیه شده است؟ |  |  |  |  |
| آیا فعالیت ها برطبق برنامه عملیاتی انجام شده است؟ |  |  |  |  |
| تعداد کارگاه آموزشی که برای مدیرگروه های آموزش سلامت شهرستان های تابعه طی یک سال گذشته برگزار شده است؟ |  |  |  |  |
| تعداد جلسات کمیته بین بخشی برنامه گروه های خودیار که طی یک سال گذشته برگزار شده است؟ |  |  |  |  |
| آیا دستورالعمل و فرم های برنامه گروه های خودیار در دانشگاه موجود است؟ |  |  |  |  |
| آیا پایش برنامه گروههای خودیار انجام شده است؟ |  |  |  |  |
| آیا بازخورد پایش برای سطح پایش شونده ارسال شده است؟ |  |  |  |  |
| آیا در طول سال، مدیر گروه/ کارشناس آموزش و ارتقای سلامت دانشگاه به عنوان ناظر کیفی در برخی جلسات گروه های خودیار شرکت می کند؟ |  |  |  |  |

* این فرم توسط سرپرست/ کارشناس دفتر آموزش و ارتقای سلامت وزارت بهداشت تکمیل می شود.
* پایش کننده حین پایش، گزارش ها و مستندات مرتبط با سوالات چک لیست را بررسی کند.

چک لیست پایش برنامه گروه های خودیار در مرکز بهداشت شهرستان

نام دانشگاه: نام شهرستان: نام پایش کننده: تاریخ:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| سوال | پاسخ | علت انجام نشدن |
| بله | خیر | درصد/ تعداد/ توضیح |
| درصد پوشش برنامه گروه های خودیار؟ |  |  |  |  |
| درصد گروهیارانی که به عنوان داوطلب سلامت مشغول همکاری هستند؟ |  |  |  |  |
| آیا اتباع در گروه های خودیار عضو هستند؟ |  |  |  |  |
| آیا طبق اولویت های تعیین شده براساس نیازسنجی سلامت و SDH حداقل یک گروه خودیار تشکیل شده است؟ |  |  |  |  |
| آیا گزارش سالانه عملکرد برنامه گروه های خودیار تهیه شده است؟ |  |  |  |  |
| آیا برنامه عملیاتی سالانه دانشگاهی تهیه شده است؟  |  |  |  |  |
| آیا فعالیت ها برطبق برنامه عملیاتی انجام شده است؟ |  |  |  |  |
| تعداد کارگاه آموزشی که برای مدیرگروه های آموزش سلامت شهرستان های تابعه طی یک سال گذشته برگزار شده است؟ |  |  |  |  |
| تعداد جلسات کمیته بین بخشی برنامه گروه های خودیار که طی یک سال گذشته برگزار شده است؟ |  |  |  |  |
| آیا دستورالعمل و فرم های برنامه گروه های خودیار در مرکز بهداشت شهرستان موجود است؟ |  |  |  |  |
| آیا پایش برنامه گروههای خودیار انجام شده است؟ |  |  |  |  |
| آیا بازخورد پایش برای سطح پایش شونده ارسال شده است؟ |  |  |  |  |
| آیا در طول سال، کارشناس مسئول/ کارشناس آموزش و ارتقای سلامت شهرستان به عنوان ناظر در برخی جلسات گروه های خودیار شرکت می کند؟ |  |  |  |  |

* این فرم توسط کارشناس دفتر مدیر گروه/ کارشناس گروه آموزش و ارتقای سلامت دانشگاه تکمیل می شود.
* پایش کننده حین پایش، گزارش ها و مستندات مرتبط با سوالات چک لیست را بررسی کند.

چک لیست پایش برنامه گروه های خودیار در مرکز خدمات جامع سلامت/ پایگاه سلامت/ خانه بهداشت

نام دانشگاه: نام شهرستان: نام مرکز:

 نام پایش کننده: تاریخ:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| سوال | پاسخ | علت انجام نشدن |
| بله | خیر | درصد/تعداد/توضیح |
| تعداد گروه های خودیار؟ |  |  |  |  |
| موضوع گروه های خودیار؟  |  |  |  |  |
| درصد گروهیارانی که به عنوان داوطلب سلامت مشغول همکاری هستند؟ |  |  |  |  |
| آیا اتباع در گروه های خودیار عضو هستند؟ |  |  |  |  |
| تعداد گروه های خودیار اختتام یافته در سال اول تشکیل گروه؟  |  |  |  |  |
| آیا طبق اولویت های تعیین شده براساس نیازسنجی سلامت و SDH حداقل یک گروه خودیار تشکیل شده است؟ |  |  |  |  |
| آیا جلسات گروه های خودیار ماهیانه یک بار تشکیل می شود؟ |  |  |  |  |
| محل تشکیل جلسات گروه های خودیار کجاست؟ (مرکز خدمات جامع سلامت، خانه بهداشت، مسجد، مدرسه، .....) |  |  |  |  |
| نحوه اطلاع رسانی و فراخوان همگانی جهت جذب افراد در گروه های خودیار به چه صورت است؟ (رسانه های چاپی، فضای مجازی، جلسات آموزشی همگانی، ......) |  |  |  |  |
| چه افرادی به عنوان کارشناس مهمان در جلسات گروه های خودیار دعوت شده اند؟ |  |  |  |  |
| آیا میثاق نامه با گروهیارهای گروه های خودیار منعقد شده است؟ |  |  |  |  |
| آیا صورتجلسات گروه های خودیار تدوین شده است؟ |  |  |  |  |
| آیا نظرسنجی گروه های خودیار انجام شده و گزارش نهایی آن تدوین شده است؟ |  |  |  |  |
| آیا رسانه های آموزشی در گروه های خودیار توزیع شده است؟ |  |  |  |  |
| تعداد کارگاه آموزشی که برای گروهیارها طی یک سال گذشته برگزار شده است؟ |  |  |  |  |
| آیا دستورالعمل و فرم های برنامه گروه های خودیار در مرکز خدمات جامع سلامت/خانه بهداشت موجود است؟ |  |  |  |  |

* این فرم توسط کارشناس مسئول/ کارشناس گروه آموزش و ارتقای سلامت شهرستان و کارشناس ناظر تکمیل می شود.
* پایش کننده حین پایش، گزارش ها و مستندات مرتبط با سوالات چک لیست را بررسی کند.