فرم پایش عملکرد فصلی دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان

دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ...................... مرکز بهداشت شهرستان ............................. مرکز خدمات جامع سلامت روستايي/ شهری روستایی..........................

تاریخ پایش: .............................. سه ماهه ................ سال ................. نام ونام خانوادگي: ..........................................

 تاریخ شروع به کار: ......................................... تاریخ عقد قرارداد: ....................................... مدت زمان قرارداد: ...............

نام و نام خانوادگی پایش کننده/ تیم پایش: .........................................

توضیحات:

جهت وزن دهی به گویه ها، ضریب هر سوال از یک تا چهار تعیین گردد و جمع امتیاز هر گویه حاصل ضرب ضریب در امتیاز گویه است. امتیاز کل مورد نظر معادل 200 می باشد.

چک لیست در دو نسخه (برای پایش کننده و دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان) تکمیل و به امضای پایش کننده و دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان می رسد.

**جدول 1- عملکرد مدیریتی/ فنی**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| جمع امتیاز | سقف امتیاز | امتیاز | ضریب | استاندارد/ توضیحات گویه/ مورد انتظار | گویه | ردیف |
| 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|  | 8 |  |  |  |  |  | 2 | تجهيزات دنداانپزشکي با توجه به فضاي اتاق در مکان مناسب چيده شده است ( 2 امتیاز) لوازم اداري بطور منظم چيده شده است( 1 امتیاز) لوازم اضافه در اتاق وجود ندارد ( 1 امتیاز) | چیدمان اداری و تجهیزات دندان پزشکی مناسب است. | 1 |
|  | 8 |  |  |  |  |  | 2 | مواد مصرفی تاریخ گذشته وجود ندارد (4 امتیاز) واد مصرفی تاریخ گذشته وجود دارد (صفر امتیاز) | مواد مصرفی تاریخ گذشته وجود ندارد. | 2 |
|  | 12 |  |  |  |  |  | 3 | دندانپزشک آگاهی کامل از نحوه نگهداری از تجهیزات (یونیت،کمپرسور،توربین،آنگل) داشته و به دستیار(درصورت وجود دستيار) آموزش داده است) 1امتیاز)، جهت سرويس دوره‌اي تجهيزات دندانپزشکي ورفع نقص تجهيزات به صورت تلفني و مکتوب پيگيری نموده است (1امتیاز) ، بر درخواست تجهیزات و مواد مصرفی مورد نیاز و وکنترل تاریخ مواد مصرفی نظارت دارد (1امتیاز) ،دستگاه اکسيژن و داروهای اورژانس وضروری در مرکز ویااتاق دندانپزشکی وجود دارد و پيگيري فوري جهت تهیه آن شده است(1امتیاز) | در جهت تامین و نگهداری مواد و اقلام مصرفی اقدام شده است.  | 3 |
|  | 16 |  |  |  |  |  | 4 | اطلاعات آماري و جمعيتي گروه‌هاي هدف و سايرين، پايگاه‌ها ، خانه‌هاي بهداشت، مدارس ومهدهای کودک در برد مرکز موجود است(1 امتياز)،از شاخص‌هاي استاني و شهرستانی اطلاع دارد ودر برد مرکز موجود است( 1امتیاز)، شاخص های DMFT 6 و12 ساله کشور و استان را میداند(1امتیاز)، از شاخص های فلوراید آب منطقه اطلاع دارد(1 امتیاز) | پنل مدیریتی شامل نقشه، اطلاعات جمعيتي (گروههاي هدف و سايرين) ، تعداد پايگاهها/ خانه بهداشت و مدارس در مرکز موجود است.  | 4 |
|  | 12 |  |  |  |  |  | 3 | دندانپزشک با فرم‌هاي مراقبت آشنایی دارد و فرمول های درصدگيري خدمات را میداند (1امتیاز) آمار خدمات سطح یک و دو راتجزیه وتحلیل نموده است (1امتیاز) ،دربررسي فرم‌هاي آماري سطح يک، دو و کنترل مجدد بر اساس آخرين فرمول‌هاي مراقبت : درصورت صحت اطلاعات (1امتياز) وگزارش به موقع به شهرستان (1 امتیاز) منظورگردد  | ثبت اطلاعات در سامانه/ دفاتر صورت می پذیرد. | 5 |
|  | 12 |  |  |  |  |  | 3 | دندانپزشک در محل کارحضور به موقع دارد وتا پایان وقت ارائه خدمات می نماید (2امتیاز)، همکاري و هماهنگي لازم با مسئول مرکز جهت انجام دهگردشی دارد (1امتیاز) جهت مرخصی و پاس شخصی با مسئول مرکز هماهنگی لازم بعمل می آورد(1امتیاز) | مقررات اداري را رعايت مي نمايد. | 6 |
|  | 12 |  |  |  |  |  | 3 | دندانپزشک شرح وظايف خود را مي‌داند و بيان مي‌کند (5/0امتیاز)،شرح وظايف نيروهاي کاردان و بهورز را مي‌داند و بيان مي‌کند(5/0امتیاز)، ازمحتوی دستور عمل برنامه اطلاع دارد و آنها را پیگیری می نماید (1امتیاز) ، لیست تعرفه خدمات رعایت می شود و در معرض دید مردم قرار دارد (2امتیاز) | از خدمات و شرح وظايف خود و نيروهاي بهورز و کاردان مطابق دستور عمل اطلاع دارد. | 7 |
|  | 8 |  |  |  |  |  | 2 | درصورت عدم شکایت های مردمی موثق نمره 4 ودر صورت شکایت موثق به ازای هر مورد یک نمره کسر گردد | تکریم ارباب رجوع انجام می شود. | 8 |
|  | 8 |  |  |  |  |  | 2 | نصب مسیر ارجاع در محل مناسب قابل رویت مردم در مرکز (4 امتیاز) عدم اطلاع رسانی مسیر ارجاع بیماران در مرکز (صفر امتیاز) | نحوه ارجاع به مردم اطلاع رسانی می گردد. | 9 |
|  | 16 |  |  |  |  |  | 4 | زمان مفيد کاري خدمات روزانه بالاتراز 240 دقیقه است ، ( 4 امتیاز)، زمان مفيد کاري خدمات بین 240-220 دقيقه است (3 امتیاز)، زمان مفيد کاري بین 220-200 دقيقه است (2 امتیاز ، زمان مفيد کاري بین 200-180 دقيقه است (1 امتیاز) و کمتر از آن صفر امتیاز | زمان مفيد کاري خدمات روزانه را طبق دستورالعمل رعایت می نماید. | 10 |
|  | 16 |  |  |  |  |  | 4 | تمامی خدمات سطح دو (فلورایدتراپی دوفک، فیشور سیلنت، جرم گیری و بروساژ دو فک، کشیدن دندان شیری، کشیدن دندان دائمی، پالپوتومی، ترمیم یک سطحی آمالگام، ترمیم دو سطحی آمالگام، ترمیم سه سطحی آمالگام، ترمیم یک سطحی اچ نوری، ترمیم سه سطحی اچ نوری، پالپ زنده) انجام می شود (4 امتیاز) بیشتر خدمات انجام می شود (3 امتیاز)، نیمی از خدمات انجام می شود (2 امتیاز)، کمتر از نیمی از خدمات انجام می شود (1 امتیاز) | تمامی خدمات سطح 2 در مرکز صورت می پذیرد. | 11 |
|  | 16 |  |  |  |  |  | 4 | 60% ساعت کاری موظف برای خدمات پیشگیرانه شامل فیشور سیلانت ، ترمیمی ، پالپوتومی ، پالپ زنده و جرمگیری گروه هدف و همچنین10% آن برای کارهای آموزشی گروه هدف و دهگردشی و بازدید از مدرسه و مابقی ساعت کار یعنی 30% باقی مانده برای سایر خدمات و برای کل جمعیت تحت پوشش می باشد. رعایت همه موارد (4 امتیاز)، رعایت بیشتر موارد (3 امتیاز)، رعایت کمتر موارد (1 امتیاز) | خدمات مورد انتظار براي گروه هدف انجام شده است. | 12 |
|  | 16 |  |  |  |  |  | 4 | برنامه دهگردشي ماهيانه تهيه و درديد عموم جهت اطلاع مراجعين نصب و به صورت مکتوب به بهورزان اعلام نموده است) 5/0امتياز)، دهگردشي طبق برنامه با بازديد کامل از خانه‌هاي بهداشت و يا پايگاه‌هاي بهداشتي انجام وصورتجلسه بازدید در مرکز موجود است (1 امتیاز)، نظارت با چک لیست برخدمات سطح يک بهورزان و فرآيند ارجاع داشته و مشکلات را پيگيري مي‌نمايد بامشاهده دفتر بازدید(1 امتيار)، برنامه بازدید مدارس موجود است (0/5 امتیاز) بازدید مدارس طبق برنامه انجام می شود (1 امتیاز) | دهگردشی و بازدید از خانه بهداشت و مدارس تحت پوشش انجام شده است. | 13 |
|  | 12 |  |  |  |  |  | 3 | روپوش مناسب پوشیده است) 5/0امتياز)، ،روپوش تميز میباشد) 5/0امتياز)، ازماسک یکبار مصرف استفاده می نماید) 5/0امتياز)، از دستکش یکبار مصرف استفاده مي‌نمايد) 5/0امتياز)، از عینک محافظ استفاده مي‌کند) 5/0امتياز)، ازويزيت هر بیمار دستکش را تعویض می کند) 5/0امتياز)، آمالگام اضافی را در مایع ثبوت می ریزد) 5/0امتياز)، بعد از هر بیمار دستها را با مایع تمیز کننده شستشو میدهد) 5/0امتياز) | اصول بهداشتي و حفاظت شخصي را رعايت مي نمايد. | 14 |
|  | 8 |  |  |  |  |  | 2 | برنظافت اتاق و تجهیزات نظارت دارد و محیط تمیز میباشد(2 امتیاز)،زباله های دندانپزشکی بطور مناسب دفع میشود و دندانپزشک نظارت دارد(1 امتیاز)، در پایان هر روز کف اتاق با مواد ضد عفونی تمیز میشود (1امتیاز) | بر نظافت اتاق و تجهيزات نظارت دارد. | 15 |
|  | 8 |  |  |  |  |  | 2 | اتوکلاو نوع B وجود دارد يا دندانپزشک پيگيري مکتوب جهت تجهيز مرکز به اتوکلاو B نموده است5/0 امتياز ،وسایل بوسيله اتوکلاو غير از نوع B و با نظارت دندانپزشک استريل مي‌گردند) 5/0امتياز)، وسايل دندانپزشکي درپگهاي مخصوص قرار داده شده ودارای تاريخ استریل مي‌باشند ويا دندانپزشک به صورت مکتوب دراين خصوص درخواست نموده است5/0 امتياز،دندانپزشک بر استريل لوازم و تعويض لوازم يکبار مصرف نظارت دارد (لیوان ،پیش بند،رو دسته چراغ ،روکش یوار هوا وتوربین و روکش صندلی1 امتیاز، دفع سرسوزن توسط نيدل کاتینک يا سفتي باکس انجام می شود5/0 امتياز،برای ضد عفونی سطوح از اسپری آنتی باکتریال استفاده می شود) 5/0امتياز)، ،دندانپزشک برکار دستیار در خصوص شستشوی دقیق و خشک کردن وسایل قبل از اتوکلاو نظارت دارد ) 5/0امتياز)، درصورت نداشتن دستيار وانجام نظارت امتياز دراين آيتم تعلق گيرد | نکات مربوط به استريليزاسيون و کنترل عفونت رعايت مي‌شود. | 16 |
|  | 12 |  |  |  |  |  | 3 | در جلسه ماهيانه بهورزان و کاردان‌ها شرکت و ‌آخرين بخشنامه ها / دستورالعمل‌ها درمورد سلامت دهان و دندان را مطرح مي‌کند بامشاهده صورتجلسه (1 امتياز)، داراي برنامه آموزشي براي گروه‌هاي هدف (مربیان بهداشت یا معلمین داوطلب مدارس/ مربیان مهدها و مراقبین سلامت) مي باشد براي هر برنامه آموزشی واجراي آن یک امتیاز(2 امتیاز)، برنامه های آموزشي برای سایر بخش ها دارد (شهرداري، بخشداری، بسیج، کمیته امداد ، مساجد وسایر ادارات( برای هر جلسه آموزشی با مشاهده صورتجلسه 5/0 امتیاز (1 امتياز ) | برنامه آموزشي براي نيروهاي تحت پوشش بهورز ، کاردان وکارشناسان بهداشتي ،مراقب سلامت و سایر بخش ها را دارد. | 17 |
|  | **جمع امتیازجدول 1** |

|  |  |
| --- | --- |
| **جمع کل امتیازات**  |  |

نام و نام خانوادگی و امضای دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان........ نام و نام خانوادگی و امضای پایش کننده/ تیم پایش............