

فرم پایش عملکرد فصلی مسئولین مراکز و پزشک تیم سلامت

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

تاریخ پایش: سه ماهه / شش ماهه سال نام ونام خانوادگی:

تاریخ شروع به کار در حوزه معاونت بهداشت : تاریخ شروع به کار در مرکز مورد پایش : تاریخ عقد قرارداد: مدت زمان قرارداد:

نام و نام خانوادگی پایش کننده/ تیم پایش:

توضیحات:

- پایش عملکرد پزشک در دو حیطه مدیریتی و فنی در نظر گرفته شده است.
- جهت وزن دهی به گویه ها، برای هر سوال ضریب تعیین می گردد و جمع امتیاز هر گویه حاصل ضرب ، ضریب در امتیاز گویه است.
- چک لیست در دو نسخه تکمیل و به امضای پایش کننده و پزشک می رسد.

جمع امتیاز	سقف امتیاز	امتیاز هر بخش					ضریب	استاندارد/ توضیحات گویه / مورد انتظار	گویه	ردیف	
		5	4	3	2	1					
	50						2	- برنامه های مدیریت خطر بلایای ابلاغی را می شناسد (25 امتیاز) - مشارکت در اجرای برنامه مربوطه (25 امتیاز) برنامه ها ی مورد نظر: 1. برنامه ارزیابی و آموزش آمادگی خانوار برای بلایا (DART) 2. برنامه نظام مراقبت وقوع و پیامدهای بلایا (DSS) 3. برنامه عملیات پاسخ نظام سلامت در بلایا و فوریت ها (EOP) 4. برنامه ارزیابی ایمنی و خطر بلایا (SARA) 5. برنامه کاهش آسیب پذیری سازه ای و غیرسازه ای در واحدهای بهداشتی (SNS)	برنامه ادغام شده مدیریت خطر بلایا را می شناسد	1	مدیریت بلایا
	50						1	1- وجود شاخص های مدیریت خطر بلایا + نصب در برد (20 امتیاز) 2- آگاهی و تحلیل بر شاخص ها (30 امتیاز)	شاخص های مدیریت خطر بلایا به درستی محاسبه و تحلیل می شود	2	
	100								امتیاز مجموع		

امضا پایش شونده :

امضا پایش کننده :