

## چک لیست راستی آزمایی کودکان ثبت شده با کم وزنی شدید

دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی.....

نام شهرستان..... نام مرکز/ پایگاه سلامت/ خانه بهداشت ..... تاریخ ارزیابی..... نام کودک.....

ردیف	فعالیت	پاسخ/ اقدام	
		بلی	خیر
۱	آیا لیست کم وزنی شدید با بررسی پرونده کودک در سامانه الکترونیک مطابقت دارد؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>در صورتی که از سامانه سلامت کم وزنی شدید کودک تایید شده است، نسبت به تکمیل چک لیست زیر پس از فراخوان مادر و کودک اقدام نمایید.</b>			
<b>بررسی</b>			
۲	کودک را وزن کنید. آیا وزن کودک کمتر از $-۳SD$ می باشد؟ در صورت پاسخ خیر، در انتهای ارزیابی درصد مغایرت وزن کودکان با آنچه که در سامانه ثبت شده است را تعیین کنید.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۳	کارت مراقبت کودک را بررسی کنید. آیا جدول واکسیناسیون کامل تکمیل شده است؟ در صورت پاسخ خیر، اقدامات لازم را برای انجام واکسیناسیون کودک انجام داده و به سوال ۴ بروید.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>مصاحبه با مادر</b>			
۴	آیا کودک توسط پزشک معاینه و بررسی شده است؟ در صورت پاسخ خیر، زمان معاینه پزشک برای کودک تعیین شود.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۵	آیا توصیه های پزشک (انجام آزمایش، درمان، توصیه)/ ارجاع انجام شده است؟ در صورت پاسخ خیر، اقدامات لازم برای انجام توصیه/ توصیه ها/ ارجاع صورت گیرد.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۶	آیا توسط کارشناس تغذیه، مشاوره تغذیه صورت گرفته است؟ در صورت پاسخ خیر، زمان ملاقات برای مشاوره تغذیه برای کودک تعیین شود.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۷	با پرسش سوالاتی در مورد توصیه های تغذیه ای ارائه شده به مادر، مشخص کنید که آیا توصیه های تغذیه ای با جدول توصیه تغذیه ای در بسته خدمت کودک سالم، مطابقت دارد؟ در صورت پاسخ خیر، در مورد توصیه های تغذیه ای بر اساس بسته خدمت، با مادر مشاوره کنید.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۸	با پرسش سوالاتی در مورد نوع غذا، میان وعده و دفعات آن از مادر، مشخص کنید که آیا این توصیه ها با جدول توصیه تغذیه ای در بسته خدمت، مطابقت دارد؟ در صورت پاسخ خیر، در مورد نوع غذا و میان وعده و دفعات آن با مادر مشاوره کنید.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۹	با پرسش سوالاتی در مورد نحوه نگهداری غذا، مشخص کنید آیا با بسته خدمت مطابقت دارد؟ در صورت پاسخ خیر، در مورد نحوه نگهداری غذا با مادر مشاوره کنید.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۰	با پرسش سوالاتی از مادر در مورد روش های تغذیه کودک کم وزن وی، مشخص کنید آیا روش های تغذیه ای گفته شده با بسته خدمت مطابقت دارد؟ در صورت پاسخ خیر، در مورد روش های مغذی و مقوی کردن غذا، توصیه های کلی و توصیه بر اساس سن کودک با مادر مشاوره کنید.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۱	آیا مادر تفسیر منحنی رشد کودک را می داند؟ در صورت پاسخ خیر، در مورد چگونگی تفسیر منحنی رشد با مادر مشاوره کنید.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۲	آیا مکمل های $A+D$ مولتی ویتامین و آهن را مادر به صورت صحیح به کودک می دهد؟ در صورت پاسخ خیر، در مورد نحوه صحیح دادن مکمل ها و آهن به مادر مشاوره دهید.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۳	با پرسش سوالاتی در مورد چگونگی برقراری ارتباط و بازی با کودک از مادر، مشخص کنید آیا آموزش های داده شده در این خصوص با جداول مربوطه در بسته خدمت مطابقت دارد؟ در صورت پاسخ خیر، در مورد برقراری ارتباط و بازی با کودک، به مادر مشاوره دهید.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۴	آیا مادر بسته حمایتی تغذیه کودک را دریافت کرده است؟ در صورت پاسخ خیر، مداخلات لازم برای دریافت بسته حمایتی تغذیه به مادر را انجام دهید.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>سایر اقدامات</b>			
۱۵	پس از مصاحبه با مادر لیست مشکلات تغذیه ای کودک تهیه شده است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۶	اقدامات لازم توسط مراقب سلامت/ بهورز به صورت مکتوب، ارائه شده است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۷	اقدامات انجام شده برای کودکان دارای کم وزنی شدید در سامانه ثبت شده است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>پی گیری</b>			
۱۸	آیا یک ماه بعد نسبت به پی گیری کودک و بررسی منحنی رشد او اقدام شده است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۹	در صورت نزولی شدن منحنی رشد، کودک به پزشک معین کم وزنی ارجاع شده است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲۰	در صورت صعودی شدن منحنی رشد، مراقبت های دوره ای کودک سالم برای او انجام شده است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲۱	اقدامات انجام شده برای کودک در سامانه ثبت شده است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## فرم خلاصه گزارش چک لیست راستی آزمایی کودکان ثبت شده با کم وزنی شدید

دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی.....

نام شهرستان..... نام مرکز/ پایگاه سلامت/ خانه بهداشت ..... نام و نام خانوادگی ارزیاب.....

دوره ارزیابی: سه ماهه اول  سه ماهه دوم  سه ماهه سوم  سه ماهه چهارم

ردیف	اقدام	نام کودکان لیست شده با کم وزنی شدید*								جمع
		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
۱	مطابقت کم وزنی شدید با موارد ثبت شده در سامانه پرونده الکترونیک سلامت کودک									
۲	تایید بررسی وزن کودک با کم وزنی شدید (پس از اندازه گیری وزن کودک)									
۳	جدول واکسیناسیون کامل تکمیل شده									
۴	معاینه شده توسط پزشک									
۵	توصیه های پزشک (انجام آزمایش، درمان، توصیه)/ ارجاع انجام شده									
۶	مشاوره شده توسط کارشناس تغذیه									
۷	مطابقت توصیه های تغذیه ای با جدول مربوطه در بسته خدمت									
۸	مطابقت توصیه ها در مورد نوع غذا، میان وعده و دفعات آن با جدول مربوطه در بسته خدمت									
۹	مطابقت توصیه ها در مورد نحوه نگهداری غذا با جدول مربوطه در بسته خدمت									
۱۰	مطابقت روش های تغذیه کودک کم وزن با جدول روش های مقوی و مغذی کردن غذا									
۱۱	مادر تفسیر منحنی رشد کودک را می داند									
۱۲	مادر قطره مکمل ها و آهن را به صورت صحیح به کودک می دهد									
۱۳	مادر بسته حمایتی تغذیه کودک را دریافت کرده است									
۱۴	لیست مشکلات تغذیه ای کودک پس از مصاحبه با مادر تهیه شده است									
۱۵	اقدامات لازم به صورت مکتوب به مراقب سلامت/ بهورز ارائه شده است									
۱۶	یک ماه بعد پی گیری و بررسی منحنی رشد انجام شده است									
۱۷	به دلیل نزولی شدن منحنی رشد کودک به پزشک معین کم وزنی ارجاع شده است									
۱۸	به دلیل صعودی شدن منحنی رشد مراقبت های دوره ای برای کودک انجام شده است									

\*برای هر کودک ضمن نوشتن نام کودک، امتیاز هر سوال به صورت: بلی (۱) ، خیر (۰) و مورد ندارد (-) لحاظ گردد.

## فرم جمع بندی چک لیست راستی آزمایی کودکان ثبت شده با کم وزنی شدید

دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی.....

نام شهرستان..... نام و نام خانوادگی ارزیاب..... دوره ارزیابی: سه ماهه اول  سه ماهه دوم  سه ماهه سوم  سه ماهه چهارم

ردیف	تعداد اقدامات انجام شده	نام مرکز خدمات جامع سلامت/ پایگاه/ خانه بهداشت*							
		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
۱	کودکان لیست شده با کم وزنی شدید								
۲	مطابقت کم وزنی شدید با موارد ثبت شده در سامانه پرونده الکترونیک سلامت کودک								
۳	تایید بررسی وزن کودک با کم وزنی شدید								
۴	جدول واکسیناسیون کامل تکمیل شده								
۵	کودک معاینه شده توسط پزشک								
۶	توصیه های پزشک (انجام آزمایش، درمان، توصیه) انجام شده								
۷	کودکان مشاوره شده توسط کارشناس تغذیه								
۸	مطابقت توصیه های تغذیه ای با جدول مربوطه در بسته خدمت								
۹	مطابقت توصیه ها در مورد نوع غذا، میان وعده و دفعات آن با جدول مربوطه در بسته خدمت								
۱۰	مطابقت توصیه ها در مورد نحوه نگهداری غذا با جدول مربوطه در بسته خدمت								
۱۱	مطابقت روش های تغذیه کودک کم وزن با جدول روش های مغذی کردن غذا								
۱۲	مادرانی که تفسیر منحنی رشد کودک را می دانند								
۱۳	تعداد مادرانی که قطره مکمل ها و آهن را به صورت صحیح به کودک می دهند								
۱۴	مادرانی که بسته حمایتی تغذیه کودک را دریافت کرده اند								
۱۵	لیست تهیه شده از مشکلات تغذیه ای کودک پس از مصاحبه با مادر								
۱۶	ارائه اقدامات لازم توسط مراقب سلامت/ بهورز به صورت مکتوب								
۱۷	پی گیری کودک و بررسی منحنی رشد یک ماه بعد								
۱۸	ارجاع کودک به پزشک معین کم وزنی به دلیل نزولی شدن منحنی رشد								
۱۹	مراقبت های دوره ای انجام شده برای کودک به دلیل صعودی شدن منحنی رشد								
۲۰	<b>ثبت اقدامات انجام شده برای کودک در سامانه کودکان</b>								

\*برای هر مرکز خدمات جامع سلامت/ پایگاه/ خانه بهداشت ضمن نوشتن نام، جمع امتیازات کسب شده برای هر سوال از ستون جمع فرم خلاصه گزارش، نوشته شود.