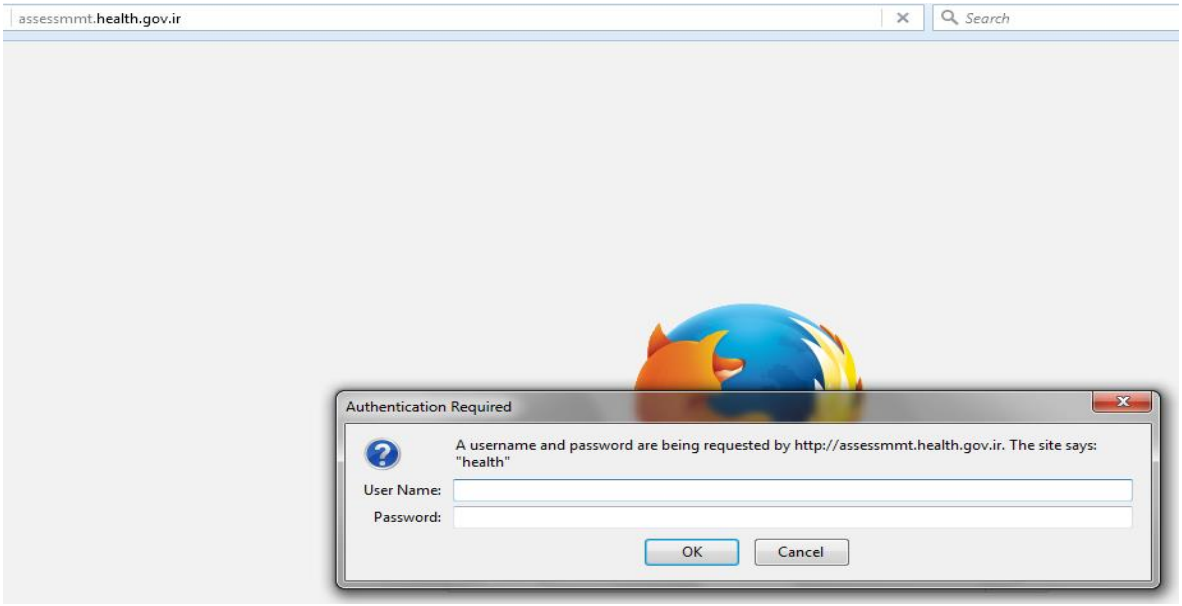
روش ثبت چک لیست نظارت

مرحله اول: آدرس assessmmt.health.gov.ir را در مرورگر (Google chorme) خود وارد کنید.

مرحله دوم: در پنجره ای که در وسط صفحه باز می شود، نام کاربری خود را وارد کنید

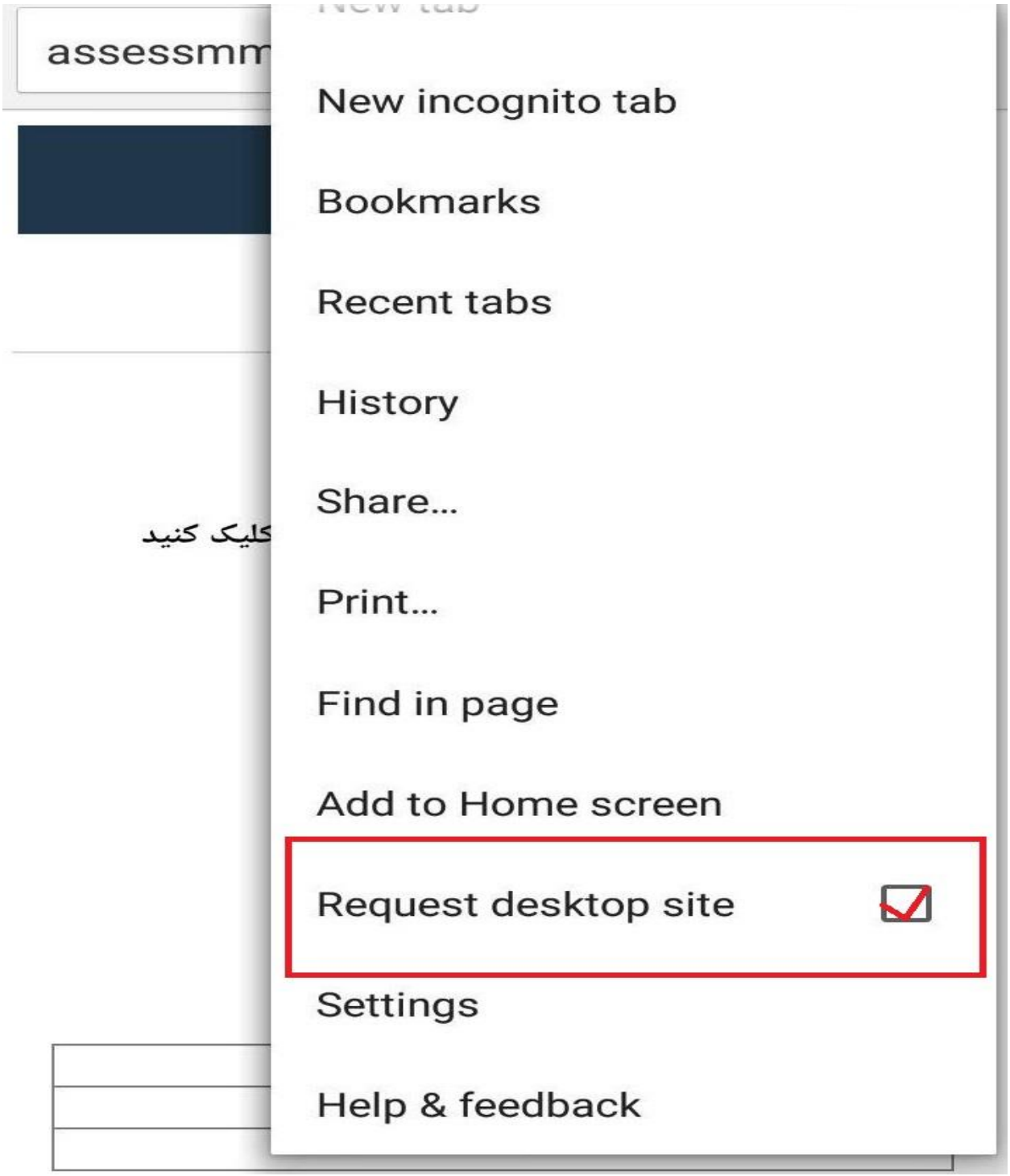


مرحله سوم: در پنجره ای که باز میشود مطابق تصویر روی گزینه تنظیمات کلیک کنید

برای دیدن فهرست یادآور نظارت بر روی لینک زیر کلیک کنید

لینک

مرحله چهارم: گزینه Request desktop site را تیک میزنیم.



مرحله پنجم: روی گزینه مورد جدید کلیک کنید.

برای دیدن فهرست یادآور نظارت بر روی لینک زیر کلیک کنید

لینک

مرحله ششم:

فرم باز شده را تکمیل کنید و در انتها کلید ثبت را بزنید. فیلدهای استان، دانشگاه، شهرستان، نام مرکز، نام موسس، نام مسئول فنی، آدرس و شماره تلفن از لیست مشخصات مراکز که توسط دانشگاه ها تکمیل گردیده پر میشود.

فهرست یادآور نظارت

مرکز / واحددرمان وابستگی به مواد مخدربا داروهای آگونیست

مشخصات مرکز

کاربر:

استان:		دانشگاه:	
شهرستان:		نام مرکز:	سلامت نو
نام بازدیدکنندگان:		نام مؤسس/مؤسسین:	
نام مسئول فنی:		نام روانشناس:	
نام پرستار:		نام-مددکار:	
تاریخ و ساعت بازدید:		شیفت فعالیت مرکز:	
تعداد بیماران به تفکیک داروی آگونیست:		شماره تلفن:	0
آدرس:		مرجع صدور مجوز:	انتخاب...
تعداد پایش:	انتخاب...		

درون داده ها

مجوزهای قانونی و بخشنامه ها

۱-ابعاد تعداد متن تابلو:	انتخاب...	۲- مهر مرکز :	انتخاب...
۳- سر نسخه مرکز:	۰ ۱	۴- پروانه بهره برداری مسئولیت فنی و مجوز داروی آگونیست معتبر در معرض دید:	انتخاب...
۵-تابلوی راهنمای پذیرش و مراحل درمان:	انتخاب...	۶-تابلوی معرفی پرسنل نصب است:	انتخاب...
۷-تعرفه قانونی ارائه خدمات رعایت میشود و در معرض دید است:	انتخاب...	۸-تابلو ساعات فعالیت مرکز در معرض دید:	انتخاب...
۹-فعالیت مرکز در تمام روزهای هفته به جز تعطیلات رسمی:	انتخاب...	۱۰-سوابق بیماران مطابق دستورالعمل:	انتخاب...
۱۱-فرمهای پرونده مطابق با پروتکل (ویرایش سوم) است:	انتخاب...	۱۲-دفاتر مورد یاز موجود و مطابق ضوابط ابلاغی است:	انتخاب...

فضای فیزیکی

۱۳-مساحت اتاق پزشک:	انتخاب...	۱۴-اتاق پزشک از نظر وضعیت روشنایی تهویه و بهداشت:	انتخاب...
۱۵-اتاق روان‌شناس و پزشک بادیوار جدا شده:	انتخاب...	۱۶-مساحت اتاق روانشناس مشاره:	انتخاب...
۱۷-اتاق روانشناس از نظر وضعیت روشنایی تهویه و بهداشت:	انتخاب...	۱۸-مساحت اتاق توزیع دارو...:	انتخاب...
۱۹-اتاق توزیع دارو و... از نظر وضعیت روشنایی تهویه و بهداشت:	انتخاب...	۲۰-مساحت اتاق انتظار:	انتخاب...
۲۱-اتاق انتظار از نظر وضعیت روشنایی تهویه و بهداشت:	انتخاب...	۲۲-سرویس بهداشتی:	انتخاب...
۲۳-فضای مناسب و ایمن جهت نگهداری داروهای آگونیست :	انتخاب...		

تجهیزات

۲۴-لیوان یکبار مصرف برای تهیه ترکیبات محلول:	انتخاب... *	۲۵-ظروف تیره رنگ با برچسب هشدار:	انتخاب... *
۲۶-ابزار مورد نیاز برای تنظیم دوز دارو:	انتخاب... *	۲۷-کیت آزمایش سریع مورفین و مت آمفتامین دارای تاریخ اعتبار:	انتخاب... *
۲۸-وسایل اولیه احیا:	انتخاب... *	۲۹-داروهای مورد نیاز در ترالی اورژانس:	انتخاب... *
۳۰-تاریخ اعتبار داروها:	انتخاب... *	۳۱-تخت مناسب احیا:	فقط اعداد پذیرفته می شوند
۳۲-وسایل معاینه بیمار در اتاق پزشک:	انتخاب... *	۳۳-کپسول اطفاء حریق:	انتخاب... *
۳۴-سیستم گرمایش سرمایشی:	انتخاب... *	۳۵-دستگاه آب سردکن:	انتخاب...

پرسنل

۳۶-حداقل یک پزشک دوره دیده (مسئول فنی):	انتخاب... *	۳۷-حداقل یک روان‌شناس:	انتخاب... *
۳۸-حداقل یک مددکار در مرکز:	انتخاب... *	۳۹-حضور حداقل یک پرستار/ ماما/بهیار...:	انتخاب... *

فرآیند

۴۰-عدم پذیرش بیماران غیر مرتبط با درمان اختلالات مصرف مواد:	انتخاب... *	۴۱-فرآیند پذیرش بیماران:	انتخاب... *
۴۲-مشاهده بار مراجعه:	انتخاب... *	۴۳-ویزیت پزشک:	انتخاب... *
۴۴-مداخلات روانشناسی:	انتخاب... *	۴۵-مداخلات مددکاری:	انتخاب... *
۴۶-عرضه-توزیع-دارو-به-بیمار-توسط-پرستار:	انتخاب... *	۴۷-نحوه تحویل دوز منزل:	انتخاب... *
۴۸-آزمایش ادرار :	انتخاب... *	49-سایر آزمایش ها:	انتخاب...
۵۰-محرمانه بودن اطلاعات بیمار:	انتخاب... *	۵۱-رعایت شئونات حرفه ای و اخلاقی:	انتخاب... *
۵۲-همکاری پرسنل مرکز با کارشناسان تیم نظارتی:	انتخاب... *		

برون ده

پذیرش بیماران

فقط اعداد پذیرفته می شوند

۵۳-ملاحظه تصویر مدارک شناسایی بیمار:	انتخاب... *	۵۴-ملاحظه کارت درمان بیماران:	انتخاب... *
۵۵-ملاحظه فرم های تکمیل شده در پرونده بر اساس پروتکل:	انتخاب... *	۵۶-تشریح فرایندهای درمانی:	انتخاب... *
۵۷-مطابقت اطلاعات پرونده بیماران:	انتخاب... *	58-ثبت وضعیت مراجعه و کلیه اقدامات:	انتخاب... *
۵۹-ثبت آزمایش‌های پاراکلینیک:	انتخاب... *	۶۰-رعایت حداکثر مجاز داروی آگونیست در روز اول:	انتخاب... *
۶۱-سرعت افزایش دوز داروی آگونیست در ماه اول:	انتخاب... *	۶۲-سرعت افزایش دوز داروی آگونیست در ادامه درمان:	انتخاب... *
۶۳-رعایت رژیم دوز کافی داروی آگونیست:	انتخاب... *	۶۴-ثبت علت خروج بیمار از درمان:	انتخاب... *
۶۵-ثبت ویزیت بیمار در دو هفته آغاز درمان:	انتخاب... *	۶۶-ثبت ویزیت از هفته سوم تا هفته ۱۲ درمان:	انتخاب... *
۶۷-ثبت ویزیت از ماه چهارم تا پایان سال اول درمان:	انتخاب... *	۶۸-ثبت ویزیت از سال دوم در درمان:	انتخاب... *
۶۹-ثبت ویزیت های پزشکی در صورت صورت لغزش:	انتخاب... *	۷۰-ثبت تعداد ویزیت‌های پزشکی:	انتخاب... *
۷۱-ثبت انجام آزمایش‌های لازم جهت افراد پرخطر:	انتخاب... *	۷۲-مستندات فرم ارجاع بیماران:	انتخاب... *
۷۳-ثبت رعایت دوز متادون:	انتخاب... *	۷۴-ثبت دوز منزل مطابق با پروتکل:	انتخاب... *
۷۵-ثبت القاء مجدد درمان در صورت غیبت:	انتخاب... *		

مداخلات غیر دارویی

۷۶-ثبت ویزیت روانشناس در دوره درمان:	انتخاب... *	۷۷-شرح جلسه آموزش بیمار توسط روانشناس:	انتخاب... *
۷۸-شرح جلسه آموزش خانواده توسط روانشناس:	انتخاب... *	۷۹-شرح جلسه مصاحبه انگیزشی توسط روانشناس:	انتخاب... *
۸۰-شرح جلسات روان درمانی پیشگیری از عود:	انتخاب... *	۸۱-شرح جلسات گروه درمانی توسط روانشناس:	انتخاب... *
۸۲-شرح جلسات آموزشهای کاهش خطر:	انتخاب... *	۸۳-ثبت اطلاعات فرم ارزیابی پایه:	انتخاب... *
۸۴-ثبت فرم ارزیابی دوره ای:	انتخاب... *	۸۵-شرح خدمات حوزه مددکاری:	انتخاب... *

مداخلات پرستاری

۸۶-ثبت تحویل داروی آگونیست به بیمار:	انتخاب... *	۸۷-ثبت آزمایش ادرار مورفین و مت آمفتامین:	انتخاب... *
۸۸-تطبیق دفتر ثبت داروهای مخدر با پرونده:	انتخاب... *	۸۹-تطبیق داروهای موجود با دفتر ثبت:	انتخاب... *
۹۰-درج امضای بیماران در فرم تحویل دارو:	انتخاب... *	۹۱-گزارش غیبت بیمار به پزشک مسئول فنی:	انتخاب... *
۹۲-ثبت مصرف دوز آخر داروی آگونیست:	انتخاب... *	۹۳-مرکز در ساعت کاری خود فعال است:	انتخاب... *
۹۴-ارسال آمار سه ماهه به معاونت درمان:	انتخاب... *	۹۵-عدم وجود فرم سفید امضا:	انتخاب... *
۹۶-عدم وجود دوربین در اتاق پزشک:	انتخاب... *	۹۷-حضور مسئول فنی با تاخیر:	انتخاب... *
۹۸-حضور روانشناس با تاخیر:	انتخاب... *	۹۹-تجویز دارو توسط غیر پزشک:	انتخاب... *
۱۰۰-عدم وجود پرونده مربوط به مراکز دیگر:	انتخاب... *	۱۰۱-قید کردن قطع درمان:	انتخاب... *
۱۰۲-فروش دارو به غیر بیمار:	انتخاب... *	۱۰۳-جابجایی مکان مرکز:	انتخاب... *
۱۰۴-همخوانی پرونده های دارویی:	انتخاب... *	۱۰۵-امکان رقراری تماس تلفنی و حضور مددجو:	انتخاب... *

پرسشنامه رضایت مراجع

CSQ-8

۱-به نظر شما کیفیت خدماتی که به شما ارایه می‌شود در چه حد است؟	انتخاب... *
۲-همان نوع خدماتی را که می‌خواستید دریافت کردید؟	انتخاب... *
۳-خدمات این مرکز تا چه حد نیازهای شما را برآورد کرده است؟	انتخاب... *
۴-اگر از دوستان‌تان کسی نیاز به خدمات و کمکی مشابه داشته باشد، شما این مرکز را به او پیشنهاد می‌کنید؟	انتخاب... *
۵-از میزان کمک و خدماتی که به شما ارایه شده، چقدر راضی هستید؟	انتخاب... *
۶-آیا این خدماتی که به شما ارایه می‌شود، به شما کمک کرده تا بهتر از عهده مشکلات‌تان برآیید؟	انتخاب... *
۷-در مجموع، چقدر از خدماتی که به شما ارایه شده راضی هستید؟	انتخاب... *
۸-اگر زمانی نیاز به کمک داشته باشید، دوباره به این مرکز مراجعه می‌کنید؟	انتخاب... *

ثبت اطلاعات