| **دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني – معاونت درمان ............................ .نام مركز ديابت: ...........................................** |
| --- |
| **اطلاعات كلي:*** تعداد واحدهاي سطح اول ديابت تحت پوشش (مطابق نقشه ارجاع):
* تاريخ شروع برنامه در مركز (برقراري روند ارجاع):
* خدمات تخصصي و امكانات پاراكلينيك موجود:
* مركز سطح سوم:
 |
| **فعاليت** | **حداكثر امتياز** | **امتياز كسب شده** |
| **محور مراقبتها** | ارزیابی روند غربالگری ریسک فاکتورها در بیماران دارای پرونده (ریسک فاکتورها: مشکلات قلبی و عصبی و چشمی، فشارخون( | **4** |  |
| ارزیابی کنترل HbA1C بیمار هر 6 ماه یکبار | **4** |  |
| ارزیابی تست منوفیلامان بیمار هر 6 ماه یکبار | **4** |  |
| ارزیابی کنترل رتین بیمار در بدو ورود و سالانه | **4** |  |
| ارزیابی انجام تست قند خون ناشتا در طی 3 سال گذشته | **4** |  |
| ارزیابی انجام GFR برای کنترل نفروپاتی افراد دیابتی | **4** |  |
| ارزیابی انجام میکروآلبومین ادرار برای کنترل نفروپاتی افراد دیابت | **4** |  |
|  ارزیابی انجام BMI برای افراد مبتلا به دیابت در طی یکسال اخیر | **4** |  |
| ارزیابی انطباق ویزیت بیماران در سال با استاندارد | **4** |  |
| ارزیابی برنامه مداخله درماني تغذيه اي و فعاليتي جهت بيماران | **4** |  |
| **محور آموزش** | مشخص بودن تعداد بيماران آموزش داده شده  | **4** |  |
| ایجاد برنامه مدون آموزشي ساختار يافته در مركز جهت بيماران ديابتي (طبق دستورالعمل کشوری) | **4** |  |
| آموزش و ترغیب بیماران دیابتیک به فیالیت فیزیکی | **4** |  |
| **برقراري سيستم ارجاع** | رعايت سيستم ارجاع از سطح 1 به 2 و برعکس | **4** |  |
| ارزیابی ارجاع بیماران دچار عوارض نوروپاتی و نفروپاتی و رتینوپاتی به سطح 3 | **4** |  |
| **رضايت‌مندي** | مشخص بودن نظام ارزيابي رضايتمندي بيماران  | **4** |  |
| اصلاح فرايند ها بر اساس آناليز نتايج رضايتمندي  | **4** |  |
| **محور آمار** | ارزیابی روند تکمیل صحيح پرونده | **3** |  |
| ارسال به موقع آمار عملكردي ماهيانه(5-1) | **2** |  |
| تكميل اطلاعات نرم افزار كشوري | **3** |  |
| مشخص بودن در صد بيماران با عارضه نوروپاتي در هر ماه  | **2** |  |
| مشخص بودن در صد بيماران با عارضه نفروپاتي در هر ماه  | **2** |  |
| مشخص بودن در صد بيماران با عارضه پاي ديابتي در هر ماه  | **2** |  |
| مشخص بودن در صد بيماران با عارضه چشمي در هر ماه | **2** |  |
| مشخص بودن در صد بيماران با عارضه قلبي در هر ماه  | **2** |  |
| مشخص بودن در صد بيماران با HbA1c نرمال و غیر نرمال | **2** |  |
| مشخص بودن آمارهاي عملكردي مركز (در صد بيماران كنترل شده ديابت) | **2** |  |
| مشخص بودن درصد ارجاع به متخصص قلب برای ارزیابی عوارض قلبی و عروقی در افراد دیابتیک | **2** |  |
| مشخص بودن درصد ارجاع به متخصص چشم برای ارزیابی عوارض رتینوپاتی در افراد دیابتیک | **2** |  |
| مشخص بودن درصد ارجاع به متخصص تغذیه برای ارزیابی وضعیت تغذیه در افراد دیابتیک | **2** |  |
| مشخص بودن درصد انجام معاینه کامل پا برای بررسی عوارض پای دیابتی در افراد دیابتیک چهار بار در سال | **2** |  |
| **ارزیابی مدیریتی** | آیا ارزيابي مديريتي وجود دارد؟ (مدیر مرکز از روند شاخص ها و فرایندهای مرکز مطلع است؟) | **2** |  |
| **عملکرد:** | **100** |  |
| **پذیرش** | **سه ماهه اول** | **سه ماهه دوم** | **جمع شش ماهه** | **ویزیت** | **سه ماهه اول** | **سه ماهه دوم** | **جمع شش ماهه** |
| **تعداد بیمار ارجاعی** |  |  |  | **داخلی** |  |  |  |
| **تعداد بیمار پیگیری درمان**  |  |  |  | **چشم**  |  |  |  |
| **تعداد بیمار قبلی مرکز**  |  |  |  | **سایر متخصصین** |  |  |  |
| **تعداد مراجعه بار اول** |  |  |  | **فوق تخصصی** |  |  |  |
| **جمع پذیرش** |  |  |  | **جمع ویزیت** |  |  |  |
| **مطابقت پذیرش با ویزیت 🞏 دارد 🞏 ندارد مطابقت با آمار عملکرد مالی : 🞏 دارد 🞏 ندارد**  |
| **سایر نکات:**  |
| **نکات قابل اصلاح:**  |
| **پیشنهادها:**  |
|  **نام و امضاء پايش كننده:** |
| **نظرات شرکت کنندگان در پایش:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **نام و نام خانوادگی** | **سمت** | **نظرات همراه با امضا**  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

 |