| **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 فعالیت** | تکمیل صحیح پرونده های بیماران | | | | | | | **5** | |  |
| تکمیل اطلاعات نرم افزار کشوری | | | | | | | **10** | |  |
| ارسال بموقع امار عملکردی ماهیانه | | | | | | | **10** | |  |
| اموزش منظم وساختار یافته بیماران | | | | | | | **5** | |  |
| سیستم نوبت دهی برای مراجعین | | | | | | | **5** | |  |
| رعایت سیستم ارجاع | | | | | | | **5** | |  |
| مشخص بودن امارهای عملکردی مرکز(درصد بیماران کنترل شده دیابت) | | | | | | | **5** | |  |
| درصد بیماران با عوارض نفروپاتی ونوروپاتی | | | | | | | **5** | |  |
| رعایت تعرفه ها | | | | | | | **5** | |  |
| ارجاع بموقع ومناسب جهت مشاوره در سطح 3 وسایر متخصصین | | | | | | | **5** | |  |
| نظام ارزیابی رضایتمندی بیماران وجود دارد | | | | | | | **5** | |  |
| براساس انالیز نتایج رضایتمندی فرایندها اصلاح میشوند | | | | | | | **5** | |  |
| درصد بیماران دیابتی با عارضه چشمی مشخص است | | | | | | | **5** | |  |
| برنامه مداخله درمانی تغذیه ای و فعالیتی جهت بیماران وجود دارد | | | | | | | **5** | |  |
| در صد بیماران با عارضه قلبی مشخص است | | | | | | | **5** | |  |
| در صد بیماران با HbA1c نرمال | | | | | | | **5** | |  |
| **محور اموزش** | تعداد بیماران اموزش داده شده مشخص است | | | | | | | **5** | |  |
| برنامه مدون اموزشی ساختار یافته در مرکز جهت بیماران دیابتی وجود دارد | | | | | | | **5** | |  |
| چمع كل امتياز | | | | | | | | **100** | |  |
| **عملکرد:** | | | | | | | | | | |
| **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** | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | | | | | | | | | | | |