**بنام خدا**

**وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی/ معاونت بهداشت، دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی ................./ مرکز بهداشت شهرستان .....................**

**چک لیست پایش عملکرد برنامه خودمراقبتی اجتماعي(ارزشيابي داخلي)/ توسط گروه آموزش و ارتقاي سلامت**

**نام شورا- شوراياري/ هيات امنا........................................ نام و نام خانوادگی فرد پایش کننده ............................ زمان پایش ( تاریخ ) .....................................**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آیا اهداف برنامه تحقق یافته است؟ ( بررسی دستیابی به اهداف) ( تكميل اين گزينه پس از يكسال از ثبت برنامه عملياتي انجام مي گيرد)** | | | **آيا برنامه عملياتي تدوين شده تاييد شده است؟** | | **ثبت برنامه عملياتي تدوين شده ( طبق فرم شماره2)** | | | **آیا برنامه عملیاتی تدوین شده است؟** | | **آیا اعضای شورا، کارگاه برنامه ریزی عملیاتی مشارکتی را گذرانده اند؟** | | | **آيا رابط سلامت معرفي شده است؟( طبق فرم شماره 1)** | | **تكميل فرم شماره1 (معرفي شورا)** | |
| **نياز به زمان بيشتر دارد** | **خير** | **بلي** | **خير** | **بلي** | **ثبت تاريخ ارسال برنامه** | **خير** | **بلي** | **خير** | **بلي** | **ثبت تاريخ برگزاري كارگاه** | **خير** | **بلي** | **خير** | **بلي** | **خير** | **بلي** |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**\* اين فرم توسط گروه آموزش و ارتقاي سلامت ثكميل مي گردد.**