چک لیست ارزیابی برنامه داوطلبان سلامت

**نام پایگاه بهداشت/خانه بهداشت: تاریخ پایش :**

| **ردیف** | **شاخص** | **بلی** | **خیر** | **وزن دهی** | **امتیاز** | **توضیحات** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **برنامه داوطلبان سلامت در این مرکز اجرا می شود** | **5** |  |  |  |  |
|  | **مربی داوطلبان سلامت تعیین شده است** | **5** |  |  |  |  |
|  | **مربی دارای ابلاغ رسمی است** | **2** |  |  |  |  |
|  | **مربی در کارگاه آموزشی روش تدریس مربیان شرکت کرده است** | **4** |  |  |  |  |
|  | **مربی از پرسنل رسمی این مرکز است** | **1** |  |  |  |  |
|  | **در این مرکز فضای آموزشی برای داوطلبان تعیین شده است** | **2** |  |  |  |  |
|  | **آموزش داوطلبان براساس استاندارد وزارت متبوع برگزارمی شود** | **3** |  |  |  |  |
|  | **برنامه آموزشی داوطلبان در ماه جاری تهیه و در معرض دید قرار داده شده است** | **3** |  |  |  |  |
|  | **پرونده آموزشی مربی داوطلبان تکمیل و در مرکز موجود است** | **3** |  |  |  |  |
|  | **پرونده فعالیت برای همه داوطلبان تهیه و در مرکز موجود است** | **4** |  |  |  |  |
|  | **از وسایل کمک آموزشی جهت آموزش داوطلبان استفاده می شود** | **2** |  |  |  |  |
|  | **مجموعه آموزشی داوطلبان به تعداد کافی در مرکز موجود است** | **1** |  |  |  |  |
|  | **مجموعه آموزشی داوطلبان درکتابخانه مرکز نگهداری می شود** | **3** |  |  |  |  |
|  | **سایرپرسنل در آموزشهای داوطلبان شرکت می کنند.** | **4** |  |  |  |  |
|  | **امتیازبندی داوطلبان براساس فعالیتهای آنان انجام شده است** | **2** |  |  |  |  |
|  | **نیازسنجی آموزشی داوطلبان انجام شده است** | **2** |  |  |  |  |
|  | **داوطلبان مراقبتهای بهداشتی اولیه را گذرانده اند** | **1** |  |  |  |  |
|  | **داوطلبان در برنامه های ملی و استانی شرکت می نمایند** | **1** |  |  |  |  |
|  | **انتقال پیامهای بهداشتی به مردم توسط داوطلبان انجام ومستندات آن موجود است** | **3** |  |  |  |  |
|  | **جذب داوطلبان جدید در مرکز انجام می شود** | **3** |  |  |  |  |
|  | **فوق برنامه جهت تقویت انگیزه داوطلبان طراحی شده است** | **1** |  |  |  |  |
|  | **بایگانی فرمهای آمارماهیانه درمرکز موجودوقابل ارائه است** | **2** |  |  |  |  |
|  | **جذب داوطلبان متخصص دراین مرکز انجام می شود** | **2** |  |  |  |  |
|  | **مربی وداوطلبان سلامت بافصلنامه دیجیتال آشنایی دارند** | **2** |  |  |  |  |
|  | **خانوارهای 6 ماه دارای رابط شناسایی شده اند** | **2** |  |  |  |  |
|  | **برنامه عملیاتی برای برنامه داوطلبان در مرکز موجود است** | **2** |  |  |  |  |
| **جمع کل** | | **65** |  |  |  |  |

**نام مسئول پایگاه : نام مربی داوطلبان:**