

1- نام شاخص: میزان مرگ اطفال زیر یکسال
2- تعریف شاخص: احتمال مرگ از بدو تولد تا سن 11 ماه و 29 روز که به صورت میزان در هر 1000 تولد زنده بیان می شود
3- نحوه محاسبه شاخص: $\frac{\text{تعداد مرگ کودکان زیر یک سال در یک سال معین}}{\text{کل موالید زنده در همان سال}}$
4- منابع استخراج صورت کسر: داده های حاصل از گواهی فوت و فرم های خطی
5- منابع استخراج مخرج کسر: داده های حاصل از گواهی ولادت
6- متغیرهای تفکیک کننده نابرابری: جنس، سطوح اقتصادی، تحصیلات مادر، سن مادر، ناحیه (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و استان
7- سازمان متولی اصلی تولید شاخص (پاسخگو): سازمان ثبت احوال کشور- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس و مرکز مدیریت شبکه)
8- دوره زمانی تولید و به روز رسانی: سالیانه
9- نمونه فرم تکمیل اطلاعات (فرمهای آماری برای جمع آوری داده ها): فرم 1- ع د

1- نام شاخص: میزان مرگ نوزادان
2- تعریف شاخص: احتمال مرگ نوزاد از زمان تولد تا دقیقاً 28 روزگی عمر، که بر حسب 1000 تولد زنده بیان می شود
3- نحوه محاسبه شاخص: <u>تعداد مرگ نوزادان زیر 28 روز در یک سال معین</u> موالید زنده همان سال
4- منابع استخراج صورت کسر: داده های حاصل از گواهی فوت، فرم های خطی
5- منابع استخراج مخرج کسر: داده های حاصل از گواهی ولادت
6- متغیرهای تفکیک کننده نابرابری: جنس، سطوح اقتصادی، تحصیلات مادر، سن مادر، ناحیه (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و استان
7- سازمان متولی اصلی تولید شاخص (پاسخگو): سازمان ثبت احوال کشور- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس و مرکز مدیریت شبکه)
8- دوره زمانی تولید و به روز رسانی: سالیانه
9- نمونه فرم تکمیل اطلاعات (فرمهای آماری برای جمع آوری داده ها): فرم 1-ع د، فرم 2-ع د

1- نام شاخص: میزان مرگ کودکان زیر 5 سال
2- تعریف شاخص: احتمال مرگ کودک زنده متولد شده در فاصله تولد تا سن 59 ماه و 29 روز که بر حسب 1000 تولد زنده بیان می شود
3- نحوه محاسبه شاخص: $\frac{\text{تعداد مرگ کودکان زیر 5 سال در یک سال معین}}{\text{موالید زنده در همان سال}}$
4- منابع استخراج صورت کسر: داده های حاصل از گواهی فوت و فرم های خطی
5- منابع استخراج مخرج کسر: داده های حاصل از گواهی ولادت
6- متغیرهای تفکیک کننده نابرابری: جنس، سطوح اقتصادی، تحصیلات مادر، سن مادر، ناحیه (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و استان
7- سازمان متولی اصلی تولید شاخص (پاسخگو): سازمان ثبت احوال کشور- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس و مرکز مدیریت شبکه)
8- دوره زمانی تولید و به روز رسانی: سالیانه
9- نمونه فرم تکمیل اطلاعات (فرمهای آماری برای جمع آوری داده ها): فرم 1- ع د

1- نام شاخص: میزان مرگ ناشی از بیماری های عروق کرونر
2- تعریف شاخص: ا مرگ ناشی از بیماری های عروق کرونر در طی یک سال در 100,000 نفر جمعیت
3- نحوه محاسبه شاخص: <u>تعداد موارد مرگ ناشی از بیماری های عروق کرونر قلب شامل کدهای ICD-10 (I20-125) * 100000</u> <u>جمعیت وسط سال</u>
4- منابع استخراج صورت کسر: داده های حاصل از گواهی فوت و فرم های خطی
5- منابع استخراج مخرج کسر: داده های حاصل از سرشماری
6- متغیرهای تفکیک کننده نابرابری: سن، جنس ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا)، شهرستان، سطوح اقتصادی، شغل و تحصیلات
7- سازمان متولی اصلی تولید شاخص (پاسخگو): سازمان ثبت احوال کشور - وزارت بهداشت (مرکز مدیریت بیماری های غیر واگیر و مرکز مدیریت شبکه)
8- دوره زمانی تولید و به روز رسانی: سالیانه
9- نمونه فرم تکمیل اطلاعات (فرمهای آماری برای جمع آوری داده ها): فرم 1- ع د

1- نام شاخص: امید زندگی در بدو تولد
2- تعریف شاخص: تعداد سال هایی که یک کودک تازه به دنیا آمده زندگی خواهد کرد در صورتی که الگوهای شایع میزان های مرگ اختصاصی سن در زمان تولد در تمام طول زندگی کودک به همان صورت باقی مانده باشند
3- نحوه محاسبه شاخص: تکمیل جدول عمر با اطلاعات جمعیت و مرگ و میر
4- منابع استخراج صورت کسر: داده های حاصل از گواهی فوت و فرم های مربوطه
5- منابع استخراج مخرج کسر: داده های حاصل از سرشماری
6- متغیرهای تفکیک کننده نابرابری: جنس، سطوح اقتصادی، تحصیلات، ناحیه (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان
7- سازمان متولی اصلی تولید شاخص (پاسخگو): مرکز آمار ایران - سازمان ثبت احوال کشور- وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
8- دوره زمانی تولید و به روز رسانی: سالیانه
9- نمونه فرم تکمیل اطلاعات (فرمهای آماری برای جمع آوری داده ها): فرم 1- ع د

فرم 1- ع د

<p>نام خانوادگی نام پدر شماره ملی شماره شناسنامه جنس تاریخ تولد</p>	<p>نام خانوادگی نام پدر..... شماره سریال : شماره ملی شماره شناسنامه جنس: مذکر £ مونث £ نامشخص £ تاریخ تولد : روز.....ماه.....سال..... تاریخ فوت : روز.....ماه.....سال.....</p>
<p>جمهوری اسلامی ایران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی سازمان ثبت احوال کشور شماره سریال : گواهی فوت متوفی بالای 7 روز</p>	
<p>لطفا قبل از تکمیل فرم مندرجات ظهر آن را مطالعه نمایید</p>	
<p>1- دارای شناسنامه: <input type="checkbox"/> است <input type="checkbox"/> نیست</p>	
<p>مشخصات عمومی متوفی</p>	<p>2- نام: 3- نام خانوادگی: 4- نام پدر 5- شماره ملی: 6- شماره شناسنامه 7- محل صدور شناسنامه..... 8- جنس: مذکر £ مونث £ نامشخص £ 9- ملیت: ایرانی £ غیر ایرانی £ شماره پروانه اقامت اتباع غر ایرانی..... نامشخص £ 10- شماره ملی سرپرست خانوار: 11- وضعیت سواد: بی سواد £ ابتدایی/انحصت £ راهنمایی £ دبیرستان £ دانشگاهی £ علوم حوزوی £ اظهار نشده £ توجه در صورتی که متوفی بالای 7 روز و زیر 5 سال بوده و مادرش در قید حیات می باشد ردیف های 12 تا 14 تکمیل گردد.</p>
<p>زندگی</p>	<p>12- نام و نام خانوادگی مادر 13- سن مادر سال 14- وضعیت سواد: بی سواد £ ابتدایی/انحصت £ راهنمایی £ دبیرستان £ دانشگاهی £ علوم حوزوی £ اظهار نشده £ 15- تاریخ تولد: روز.....ماه.....سال..... تاریخ به حروف 16- تاریخ فوت: روز.....ماه.....سال..... تاریخ به حروف</p>
<p>مکان زندگی متوفی</p>	<p>17- آدرس محل سکونت دائمی متوفی: کشور استان شهرستان بخش شهر/روستا خیابان کوچه پلاک کد پستی تلفن ثابت: 18- آدرس محل فوت: کشور استان شهرستان بخش شهر/روستا 19- مکان فوت: منزل £ بیمارستان/مراکز جراحی محدود £ مرکز درمانی سرپایی £ معابر و امکان عمومی £ آسایشگاه £ نامشخص £ سایر (مشخص شود).....</p>
<p>وضعیت بارداری</p>	<p>20- اگر متوفی زن در سن باروری (10 تا 60 سال) می باشد: - باردار نبوده است (در 42 روز پس از ختم بارداری هم نیست) £ (نیاز به بازنگری دارد) - باردار بوده است £ - در حین زایمان <input type="checkbox"/> - در 42 روز پس از ختم بارداری است £ - وضعیت بارداری نامشخص است £</p>
<p>توجه: علائم بیماری و یا حالات نشانگان فوت همانند ایست قلبی، ایست تنفسی و نباید نوشته شوند</p>	
<p>یادداشت</p>	<p>21- علل فوت قسمت اول: رنجیره وقایع، بیماری ها، صدمات و یا وضعیتی که به طور مستقیم سبب مرگ شده اند کد ICD-10 فاصله زمانی تقریبی وضعیت تا مرگ</p>

	<p>الف) آخرین بیماری یا وضعیتی که منجر به فوت شده است: []</p> <p>ب) بیماری یا وضعیتی که منجر به قسمت الف شده است: []</p> <p>ج) بیماری یا وضعیتی که منجر به قسمت ب شده است: []</p> <p>د) بیماری یا وضعیتی که منجر به قسمت ج شده است: []</p> <p>-----</p> <p>قسمت دوم: سایر وضعیت هایی که در وقوع مرگ موثر بوده اند اما منتج به علل اشاره شده در قسمت اول نشده اند: [] [] []</p> <p style="text-align: right;">علت تحت بررسی <input type="checkbox"/></p>	
	<p>22- نام و نام خانوادگی صادر کننده شماره نظام پزشکی نام موسسه تاریخ صدور گواهی: روز.....ماه.....سال.....</p>	صادر کننده
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px; margin: 0 auto;">مهر و امضای پزشک</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px; margin: 5px auto;">مهر موسسه</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 150px; margin: 0 auto;"> دفن بلا مانع است </div>	توجه: لطفا قبل از تکمیل فرم مندراجات ظهر آن را مطالعه نمایید 23- نام و نام خانوادگی صادر کننده جواز دفن شماره نظام پزشکی
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px; margin: 0 auto;">مهر و امضای پزشک</div>		

ماده 25 قانون ثبت احوال: مهلت اعلام واقعه وفات ده روز از تاریخ وقوع فوت است

دستورالعمل گواهی فوت (فرم 1- ع د)

این گواهی از دو قسمت گواهی فوت و مجوز دفن تشکیل شده است. هر دو قسمت آن باید توسط پزشک مهر و امضاء شود و مجوز دفن باید توسط مراجع قانونی صادر گردد.

در موارد زیر مجوز دفن توسط پزشکی قانونی صادر می گردد:

- ۱- قتل
 - ۲- خودکشی
 - ۳- مرگ به دنبال هر گونه منازعه (اعم از درگیری فیزیکی و یا لفظی)
 - ۴- مرگ ناشی از صدمات هر نوع سلاح سرد و یا گرم
 - ۵- مرگ به دنبال حوادث رانندگی و تصادف (به هر شکل و با هر فاصله زمانی از حادثه که مرگ رخ دهد)
 - ۶- مرگ به دنبال مسمومیت (شیمیایی، دارویی، گاز گرفتگی و ...)
 - ۷- مرگ به دنبال سوء مصرف مواد
 - ۸- مرگ به دنبال حوادث غیر مترقبه (زلزله، سیل، سرمازدگی، گرمزدگی، صاعقه زدگی و ...)
 - ۹- مرگ ناشی از کار (حوادث شغلی، مواد آلاینده محیط کار و ...)
 - ۱۰- مرگ در زندان، بازداشتگاه، پرورشگاه، اردوگاه، پادگان، آسایشگاه، مهمانسرا و ...
 - ۱۱- مرگ در معابر و مجامع عمومی و پارک ها
 - ۱۲- مرگ ناشی از اقدامات تشخیصی و درمانی، مرگ حین یا متعاقب زایمان یا سقط جنین (مرگ مادر یا نوزاد)
 - ۱۳- مرگ حین یا متعاقب ورزش
 - ۱۴- مرگ های ناگهانی، غیر منتظره و غیر قابل توجیه
 - ۱۵- هر مرگی که احتمال شکایت از کسی مطرح باشد
 - ۱۶- هر نوع مرگ مشکوک و مرگ با علت ناشناخته
 - ۱۷- هر نوع مرگ افراد ناشناس و مجهول الهویه
 - ۱۸- مرگ اتباع بیگانه
 - ۱۹- هر مرگی که احتمال جنحه یا جنایت در آن برود.
- این گواهی باید با خط خوانا و بصورتی نوشته شود که روی هر سه نسخه قابل خواندن باشد.
 - علت مرگ به فارسی نوشته شده و از بکار بردن کلمات بصورت مخفف و انگلیسی جداً پرهیز شود

نحوه تکمیل گواهی فوت

این گواهی برای کلیه متوفیان به غیر از موارد مرده زایی (از هفته 22 حاملگی به بعد) و نوزادان مرده به دنیا آمده و متولدینی که کمتر از 7 روز عمر کرده اند تکمیل می گردد.

مشخصات عمومی متوفی:

- ۱- برای موارد که متوفی بالای 7 روز و زیر 5 سال باشد و مادر در قید حیات باشد در قسمت مشخصات متوفی در ردیف های 12 الی 14 اطلاعات مربوط به مادر در کادر مربوطه کامل گردد.
- ۲- در صورت دو یا چند قلو بودن نوزاد متوفی، مرتبه قل در قسمت نام آورده شود.
- ۳- هر دو شماره ملی و شماره شناسنامه متوفی باید قید گردد.
- ۴- در بخش شماره ملی سرپرست خانوار، شماره ملی هر کسی که به عنوان سرپرست خانوار شناخته می شود باید ثبت شود.
- ۵- وضعیت سواد متوفی بر اساس موارد موجود مشخص گردد و چنانچه متوفی نوزاد بالای 7 روز است، در کادر مربوطه وضعیت سواد مادر باید مشخص گردد.
- ۶- تاریخ تولد و تاریخ فوت باید بر اساس روز، ماه و سال به عدد و به حروف نوشته شود.
- ۷- در قسمت تلفن ثابت، شماره تماس ثابتی از خانواده متوفی و در صورت نبود تلفن ثابت شماره تماسی جهت پیگیری های بعدی قید گردد.
- ۸- در قسمت مکان فوت با توجه به موارد موجود یک مورد انتخاب و در صورتیکه مکان فوت در بین موارد وجود ندارد در قسمت سایر مشخص گردد.
- ۹- چنانچه متوفی زن بوده و در سن باروری می باشد باید یکی از گزینه های موجود در بخش 21 مشخص گردد.

نشانی متوفی:

نشانی محل سکونت دائمی متوفی محلی است که متوفی در زمان فوت در آنجا زندگی می کرده مشروط بر اینکه اقامتگاه دیگر نداشته باشد، اقامتگاه خانوارهایی که بیش از یک اقامتگاه دارند، محلی است که بیشترین مدت سال را در آن به سر می برند.

علت فوت:

این بخش شامل دو قسمت می باشد در قسمت اول به ترتیب سلسله علل بیماری و یا وضعیتی که منجر به فوت (بند الف) شده است ذکر می گردد و هر بند از بند قبلی منتج شده و بیماری اولیه ای که سبب بروز سلسله وقایع منجر به فوت شده است در آخر این علل ذکر می شود و کد ICD-10 مربوط به هر یک از بیماری ها در کادر مربوطه پس از تکمیل فرم توسط کدگذاران نوشته شود و نیز فاصله زمان تقریبی هر وضعیت تا مرگ مشخص شود.

در قسمت دوم سایر وضعیت هایی که در وقوع مرگ موثر بوده اند اما منتج به علل اشاره شده در قسمت اول نشده اند به همراه کد ICD-10 و فاصله تقریبی هر وضعیت تا مرگ باید مشخص گردد.

لازم به ذکر است که علایم بیماری و یا حالات و نشگان فوت همانند ایست قلب، ایست تنفسی، ضعف و غیره نباید منظور گردد. در واحد های پزشکی قانونی در صورتیکه علت فوت تا هنگام صدور این گواهی مشخص نشده باشد، علت فوت تحت بررسی علامت زده شود و پس از تعیین اعلام می گردد.

مشخصات صادر کننده گواهی فوت:

لازم است نام و نام خانوادگی پزشک صادر کننده گواهی دقیقاً ثبت و مهر زده شود. در صورتی که واحد صادر کننده گواهی موسسه درمانی اعم از بیمارستان، زایشگاه، مرکز بهداشتی درمانی و یا واحدهای پزشکی قانونی باشد باید ضمن تکمیل بند اول، توسط پزشک، نام واحد صادر کننده گواهی نوشته و مهر آن در قسمت مربوطه زده شود.

مشخصات صادر کننده جواز دفن:

در این قسمت هم مشخصات صادر کننده مجوز دفن (نام و نام خانوادگی و شماره نظام پزشکی) ثبت شده و مهر و امضا شود.

نام (مادر)..... نام خانوادگی (مادر)..... شماره سریال : شماره ملی شماره شناسنامه محل صدور شناسنامه..... جنس: مذکر £ مونث £ نامشخص £ تاریخ تولد نوزاد : در ££ دقیقه ££ ساعت در تاریخ روز ££ ماه ££ سال ££ تاریخ فوت نوزاد : در ££ دقیقه ££ ساعت در تاریخ روز ££ ماه ££ سال ££	نام (مادر)..... شماره ملی شماره شناسنامه محل صدور شناسنامه.....
جمهوری اسلامی ایران وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی گواهی فوت متوفی برای موارد مرده زایی و یا نوزادان فوت شده طی 168 ساعت (یک هفته) بعد از تولد	
مشخصات نوزاد	
۱- این نوزاد زنده متولد شده در ££ دقیقه ££ ساعت در تاریخ روز ££ ماه ££ سال ££ تاریخ به حروف ۲- و فوت شده در ££ دقیقه ££ ساعت در تاریخ روز ££ ماه ££ سال ££ تاریخ به حروف ۳- این نوزاد مرده به دنیا آمده در ££ دقیقه ££ ساعت در تاریخ روز ££ ماه ££ سال ££ تاریخ به حروف ۴- قبل از زایمان فوت شده £ در حین زایمان فوت شده £ مشخص نمی باشد £ ۵- وزن تولد گرم ۶- جنس : دختر £ پسر £ قابل تشخیص نمی باشد £ ۷- تعداد قل ها : ۸- عامل زایمان : متخصص زنان و زایمان £ ماما £ پزشک عمومی £ ماما روستا/ بهورز ماما £ ماما محلی £ سایر £ (مشخص نمایید)..... ۹- مکان زایمان: بیمارستان یا زایشگاه £ واحد تسهیلات زایمانی £ منزل £ در مسیر انتقال £ سایر (مشخص کنید).....	
اطلاعات مادر نوزاد	
۱۰- نام:..... 11- نام خانوادگی 12- ملیت: ایرانی £ غیر ایرانی £ 13- شماره ملی : 14- شماره شناسنامه 15- محل صدور:..... 16- تاریخ تولد : روز ££ ماه ££ سال ££ 17- یا اگر نمیدانید سن (سال) ££ 18- سطح سواد : بی سواد £ ابتدایی/ نهضت £ راهنمایی £ دبیرستان £ دانشگاهی £ علوم حوزوی £ اظهار نشده £ 19- نوع ازدواج : دائم £ موقت £ سایر £ 20- تعداد بارداری های قبلی: تولد زنده £ مرده زایی £ سقط جنین £..... 21- نتیجه آخرین بارداری قبل از این تولد: تولد زنده £ مرده زایی £ سقط جنین £ 22- تاریخ روز ££ ماه ££ سال ££ 23- شماره ملی سرپرست خانة 24- آدرس محل سکونت دائمی سرپرست: کشور:..... استان شهرستان..... بخش..... شهر/روستا..... خیابان..... کوچه..... پلاک..... 25- کد پستی: 26- شماره تلفن:.....	
27- اولین روز از آخرین دوره قاعدگی روز ££ ماه ££ سال ££ 28- یا اگر نمیدانید، تخمین طول بارداری (هفته ها را کامل نمایید)..... 29- نوع زایمان: طبیعی £ سزارین £ سایر موارد(مشخص کنید).....	
علت مرگ	
ICD-10 کد	

..... _ _ _ _ _	30: بیماری یا شرایط اصلی منجر به فوت نوزاد/جنین.....
..... _ _ _ _ _	31: سایر بیماریها یا شرایط موثر بر فوت نوزاد/جنین.....
..... _ _ _ _ _	32: بیماری یا شرایط اصلی مادری منجر به فوت نوزاد/جنین.....
..... _ _ _ _ _	33: سایر بیماریها یا شرایط مادری موثر بر فوت نوزاد/جنین.....
..... _ _ _ _ _	34 : سایر شرایط مرتبط :.....
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <p>مهر و امضای پزشک / ماما</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <p>مهر موسسه</p> </div> </div>	<p>35- نام و نام خانوادگی صادر کننده.....</p> <p>36- شماره نظام پزشکی نام موسسه 40- نام موسسه</p> <p>37- تاریخ صدور گواهی : روز ££ ماه ££ سال ££</p>

۴
۳
۳

دستورالعمل تکمیل گواهی فوت متوفی برای موارد مرده زایی و یا نوزادان فوت شده طی 168 ساعت (یک هفته) بعد از تولد (فرم 2-ع د)

این گواهی برای موارد مرده زایی و یا مرگ زود هنگام نوزادی (Early Neonatal Death) از لحظه تولد تا 7 روز اول زندگی نوزاد تکمیل می گردد ب:

مشخصات نوزاد:

- **ساعت فوت:** ساعت تولد (تولد زنده یا مرده زایی) و فوت نوزاد باید کامل ثبت گردد. در این جا دو خانه سمت چپ برای ساعت و دو خانه سمت راست برای دقیقه در نظر گرفته شده است. نیمه شب به صورت 00:00 ثبت می شود. از ظهر تا نیمه شب نیز به صورت ساعت کامل (یا ساعت نظامی) یعنی 13، 14، 15 و... ثبت گردد. در مورد ثبت ساعت ها و دقیقه ها، عددهای یک رقمی 1 تا 9 به صورت 01 تا 09 نوشته می شود. مثلاً 35 دقیقه پس از بامداد، 00:35 و ساعت 6 و 40 دقیقه صبح، 06:40 و ساعت 10 بعد از ظهر، 22:00 ثبت می شود. از ذکر عباراتی چون AM. و PM. و نظایر آن پرهیز گردد.
- **تاریخ فوت:** در این بخش تاریخ فوت نوزادی که زنده متولد شده و در اتاق زایمان / اتاق عمل فوت نموده است، ثبت می گردد. تاریخ به صورت روز/ماه/سال نوشته می شود. برای سال جاری دو خانه سمت چپ "91" است. در مورد ثبت ماه ها و روزها، عددهای یک رقمی 1 تا 9 به صورت 01 تا 09 نوشته می شود. مثلاً 91/03/05 یا 91/06/18 از ذکر نام ماه ها مثلاً خرداد، شهریور، بهمن و... پرهیز گردد.
- **وزن تولد:** برای توزین جنین مرده یا نوزاد فوت شده در اتاق زایمان / اتاق عمل، می توان بطور مستقیم او را توزین نمود یا متوفی همراه با پوشش پلاستیکی یا پوشش متقالی توزین شود و وزن پوشش از وزن کلی کسر گردد. پس از توزین جنین یا نوزاد مرده، وزن وی به گرم در محل خاص ثبت می گردد. مثلاً 1755. در مورد وزن های کمتر از 1000 گرم، افزودن 0 به سمت چپ عدد وزن ضروری است. مثلاً 0730 نوزادی که از اتاق زایمان / اتاق عمل زنده خارج می شود نیز باید توزین شده، وزن به گرم ثبت شده باشد.
- **جنسیت:** در نوزاد (یا جنین مرده) با توجه به جنسیت گزینه دختر، پسر و در صورت ابهام تناسلی و مشخص نبودن جنسیت نوزاد/جنین، گزینه قابل تشخیص نمی باشد علامت زده می شود.
- **تعداد قل ها:** تعداد قل ها به صورت عدد (1، 2، و...) ثبت گردد. منظور از تعداد قل ها، تعداد محصول بارداری بدون توجه به زنده زایی یا مرده زایی یک یا چند قل می باشد. برای نمونه اگر بارداری مادری منجر به تولد یک جنین مرده و یک نوزاد زنده شده است، عدد 2 ثبت می گردد. از آنجا که برای هر نوزاد یک فرم جداگانه تکمیل می شود، بنابراین رتبه قل، رتبه تولد همان نوزادی می باشد که برای وی این فرم در حال تکمیل است. واضح است که در زایمان های یک قلبی - که بخش عمده زایمان های کشور را تشکیل می دهد تعداد قل ها عدد 1 و رتبه قل نیز 1 خواهد بود.
- **عامل زایمان:** شخصی که زایمان با حضور وی صورت گرفته است از میان گزینه ها انتخاب می گردد.
- **مکان زایمان:** مکانی که زایمان در آنجا صورت گرفته است از میان گزینه ها انتخاب می گردد.

اطلاعات مادر نوزاد:

- **تاریخ تولد/سن مادر:** تاریخ تولد یا سن مادر بر اساس گفته مادر یا مندرجات پرونده بستری ثبت می گردد. در صورت اختلاف گفته مادر و مندرجات پرونده بستری وی، ملاک اظهارات مادر می باشد.
- **شماره ملی سرپرست خانوار:** شماره ملی هر کسی که به عنوان سرپرست خانوار شناخته می شود باید ثبت شود.

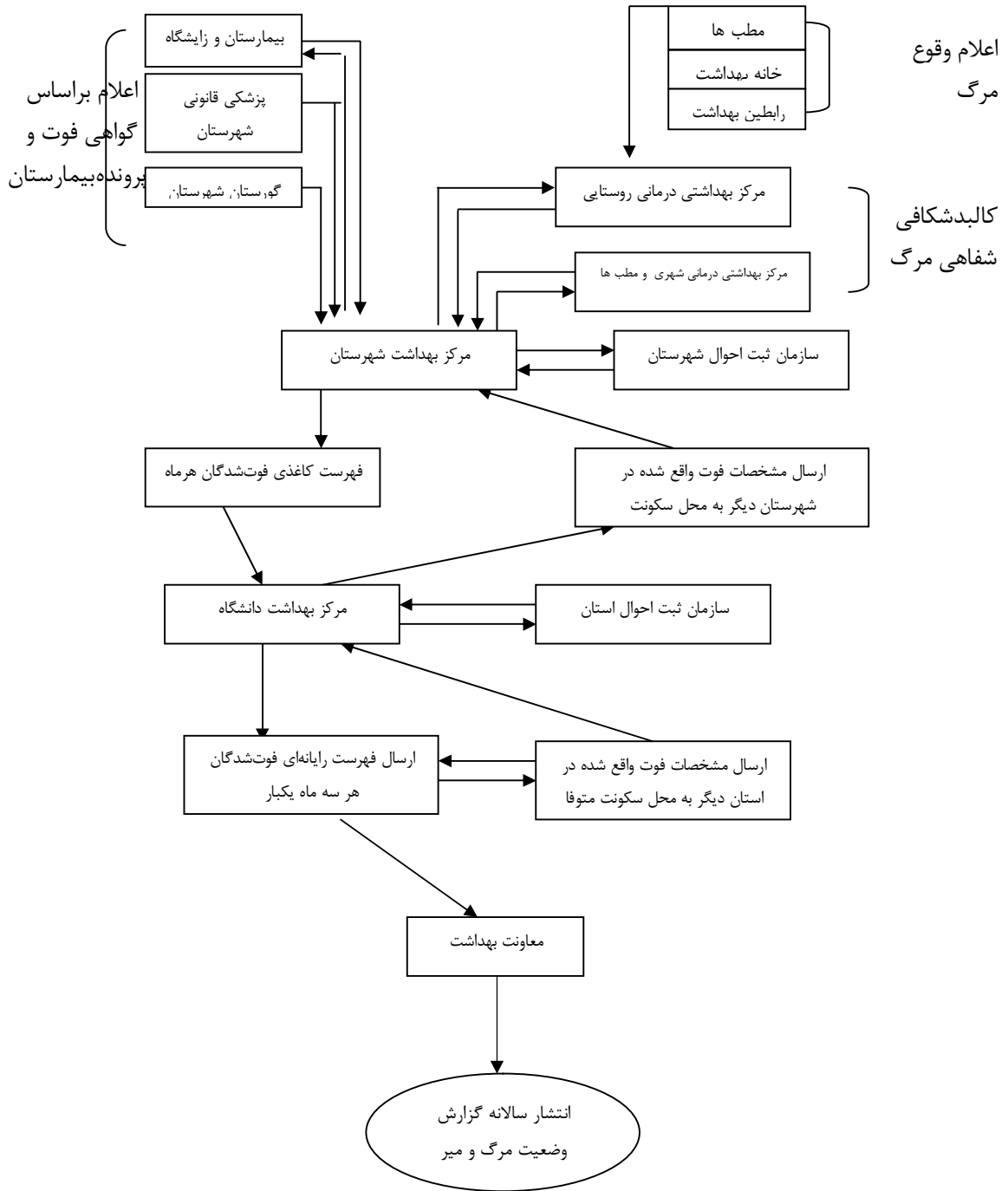
- بارداری های قبلی: برای زنانی که اولین زایمان خود را انجام داده اند ردیف 24 و 25 تکمیل نمی گردد.
- طول بارداری: از اولین روز آخرین قاعدگی طبیعی محاسبه می گردد. طول بارداری به صورت روز کامل یا هفته کامل بیان می شود. برای مثال، تمامی وقایعی که طی روزهای 280 تا 286 پس از شروع آخرین دوره قاعدگی طبیعی رخ می دهد، در هفته 40 بارداری واقع شده است.
- وضعیت زایمان: در زمان زایمان چنانچه سر نوزاد به حالت طبیعی قرار داشته است گزینه بله و چنانچه در این حالت قرار ندارد خیر را علامت بزنند و حالت سر نوزاد را مشخص نمایید.
- نوع زایمان: در صورت زایمان واژینال گزینه طبیعی و چنانچه زایمان واژینال با استفاده از وکیوم / فورسپس، و یا زایمان واژینال بی درد بوده است در سایر موارد مشخص گردد، کدر صورت انجام سزارین، گزینه سزارین انتخابی شود.

علت مرگ:

- این بخش شامل سه قسمت می باشد در قسمت اول در ردیف 31 علت بیماری و یا شرایط اصلی که منجر به فوت نوزاد یا جنین شده است ثبت و در ردیف 2 سایر بیماریها و یا شرایطی که منجر به فوت نوزاد یا جنین شده است باید ثبت گردد.
- در قسمت دوم در ردیف 33 علت بیماری و یا شرایط اصلی مادری موثر بر فوت نوزاد یا جنین ثبت و در ردیف 34 سایر بیماریها و یا شرایط مادری که منجر به فوت نوزاد یا جنین شده است باید ثبت گردد.
- در قسمت سوم در ردیف 33 سایر شرایط مرتبط با فوت نوزاد یا جنین قید می گردد و برای کلیه موارد فوق کد ICD مربوطه نوشته شود.

چرخش کار (فلو چارت)

نمودار نحوه اعلام موارد فوت و تعامل دورن و برون بخشی



1- نام شاخص: نسبت مرگ میر مادران از عوارض بارداری و زایمان (MMR)
2- تعریف شاخص: مرگ هنگام حاملگی تا 42 روز پس از ختم بارداری، صرف نظر از مدت و محل حاملگی به هر علتی مرتبط با بارداری، تشدید شده در بارداری، یا به علت مراقبت های ارائه شده طی آن، اما نه به علت حادثه یا تصادف در طی یک سال معین به ازای 100,000 تولد زنده
3- نحوه محاسبه شاخص: تعداد مرگ مادران به علت عوارض حاملگی و زایمان در یک سال تعداد کل تولدهای زنده در همان سال
4- منابع استخراج صورت کسر: گواهی فوت - فرم نظام ثبت مراقبت مرگ مادر- جدول و فرم های مجموعه نظام کشوری مراقبت مرگ مادری، گواهی فوت، نظام ثبت مرگ، زیج حیاتی در روستا
5- منابع استخراج مخرج کسر: داده های حاصل از گواهی تولد
6- متغیرهای تفکیک کننده نابرابری: سطوح اقتصادی، ناحیه (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و استان، سن مادر (متوفی)، تحصیلات مادر(متوفی)
7- سازمان متولی اصلی تولید شاخص(پاسخگو): سازمان ثبت احوال- وزارت بهداشت (دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس و مرکز مدیریت شبکه
8- دوره زمانی تولید و به روز رسانی: سالیانه
9- نمونه فرم تکمیل اطلاعات(فرمهای آماری برای جمع آوری داده ها): فرم 3-ع د، فرم 4-ع د

فرم 3 - ع د

فرم خلاصه اطلاعات (این فرم طی پرسشگری بررسی مرگ مادر بر اساس نظام کشوری مراقبت مرگ مادری و بتدریج تکمیل می شود)

منبع اخذ خبر:		شماره پرسشنامه:		شهرستان:		دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی:	
نام و نام خانوادگی متوفی:		کد ملی متوفی		سرپرست خانوار:			
تحصیلات متوفی: بیسواد £		ابتدایی/نهضت £		راهنمایی £		دبیرستان £	
سن در هنگام فوت:		فاصله دو بارداری اخیر:		تعداد بارداری:		تعداد زایمان:	
تعداد فرزند زنده: دختر		پسر		تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی:		تاریخ احتمالی زایمان:	
علت فوت:		محل فوت:		تاریخ و ساعت فوت:		نام ونسبت همراه بیمار:	
آدرس محل سکونت: شهر:		روستای اصلی:		روستای قمر:		روستای سیاری:	
				حاشیه شهر:			
مسیر حرکت و ارجاع (از ابتدا تا انتها)							
تاریخ	ساعت	وضعیت مادر	مقصد	تاریخ	ساعت حرکت	وضعیت مادر	مبداء
زمان فوت مادر: بارداری <input type="radio"/>		زایمان <input type="radio"/>		پس از زایمان <input type="radio"/>			
محل زایمان:		عامل زایمان:		نوع زایمان:		ساعت زایمان:	
وضعیت نوزاد: زنده سالم <input type="radio"/>		زنده ناسالم <input type="radio"/>		مرد <input type="radio"/>			
راهنمای کدگذاری کارکنان							
تعداد	کدکادر فنی	سمت	تعداد	کدکادر فنی	سمت	تعداد	کدکادر فنی
	N	پرستار		M	ماما		OB
	D	راننده		T	تکنسین		A
	FD	پزشک قانونی		B	بهورز		P
	LT	کارشناس آزمایشگاه		RM	ماماروستا		S
							متخصص داخلی
							سوپر وایزر
							سایر

جدول اطلاعات استخراج شده از پرسشنامه مرگ

انشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی: نیمه اول نیمه دوم سال

11- در صورت زایمان				10- محل فوت	9- مقطع فوت			8- تناسب تعداد مراقبت با سن بارداری	7- در معرض خطر بودن مادر	6- خواسته بودن آخرین بارداری	5- فاصله دو بارداری آخر	4- تعداد بارداری	3- سن مادر در زمان فوت	2- منطقه محل سکونت					1- نام شهرستان محل سکونت	میزان سواد: بی سواد ابتدایی/ نهضت راهنمایی دبیرستان دانشگاهی حوزوی	کد ملی متوفی	کد ملی سرپرست خانوار	نام و وادگی توفی					
در صورت سزارین علت آن	نوع زایمان	عامل زایمان	محل زایمان		پس از زایمان	زایمان	بارداری							روستای سیاری	روستای قمر	روستای اصلی	حاشیه شهر	شهری										

ملاحظات	31-علت عدم اجرا	30-عدم اجرا	29-اجرای مداخله در زمان مقرر	28- تاریخ اجرای مداخله	27- ارسال پسخوراند به سطوح و واحد های مرتبط	26- محل تامین اعتبار در صورت نیاز	25- زمان یا دوره اجرا	24- فرد مسئول اجرا	23-سطح مسئول مداخله	22- ارائه پیشنهاد های اصلاحی (مداخله)	21-امکان شناسایی عوامل قابل اجتناب	20-تناقض در مندرجات فرم 6 با سایر فرمها	19- کامل بودن اعضاء کمیته	18- تاریخ تشکیل کمیته	17-کامل بودن اعضاء تیم پرستگری	16- تاریخ انجام پرستگری	15-تاریخ گزارش به استن	14-تاریخ گزارش به شهرستان	13-تاریخ فوت	12-علت فوت

امضاء

تاریخ تکمیل فرم:

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:

دستورالعمل تکمیل فرم 3- ع د

پرسشنامه بررسی مرگ مادر در نظام مراقبت مرگ مادری شامل 12 فرم است که با توجه به سیر بیماری تا فوت مادر بخش های مختلف آن تکمیل می شود. فرم شماره 1 که خلاصه اطلاعات فرد فوت شده می باشد بتدریج در طی پرسشگری بررسی مرگ مادر کامل می گردد و تنها فرمی از مجموعه فرم های بررسی مرگ مادر است که می باید متغیرهای تفکیک کننده نابرابری در آن اعمال شود.

بخش اول: در این بخش پس از درج نام دانشگاه و شهرستان محل سکونت متوفی، شماره پرسشنامه و منبع اخذ خبر، اطلاعات عمومی متوفی به شرح زیر با استفاده از پرونده خانوار، اسناد پزشکی و یا اظهارات اطرافیان متوفی تکمیل می شود.

- نام و نام خانوادگی متوفی با توجه به شناسنامه یا پرونده بیمارستانی یا هر مدرک معتبر دیگر
- کد ملی متوفی و کد ملی سرپرست خانوار
- میزان تحصیلات متوفی (طبق گزینه های ذکر شده در فرم)
- سن متوفی به هنگام فوت با توجه به شناسنامه یا هر مدرک معتبر دیگر
- سابقه باروری شامل فاصله دو بارداری اخیر، تعداد بارداری، زایمان، سقط، مرده زایی و تعداد فرزند زنده (به تفکیک دختر و پسر)، تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی، تاریخ احتمالی زایمان و وضعیت خواسته بودن بارداری (با ذکر بلی یا خیر)
- علت فوت شامل بیماری، صدمه یا عارضه ای که طی دوران بارداری، زایمان یا پس از خاتمه بارداری بطور مستقیم یا غیر مستقیم باعث مرگ مادر شده است.

- محل فوت بصورت بیمارستان، منزل، مطب و یا هر محل دیگری
 - تاریخ و ساعت فوت به طور کامل (روز، ماه و سال)
 - نام و نام خانوادگی و نسبت همراه متوفی
 - آدرس محل سکونت متوفی با ذکر منطقه سکونت به تفکیک شهر / روستای اصلی / روستای قمر / سیاری و حاشیه شهر
- تکمیل تمام موارد ذکر شده در این بخش از جمله کد ملی متوفی و سرپرست خانوار، میزان تحصیلات متوفی (مطابق تعریف ارائه شده) و تعیین منطقه سکونت الزامی است.

بخش دوم: این قسمت شامل مسیر حرکت و ارجاع و وضعیت متوفی حین ارجاع از منزل تا آخرین مقصد ارجاع با ذکر ساعت و تاریخ است که می باید به ترتیب نوشته شود. (مطابق نمونه ارائه شده در کتاب نظام کشوری مراقبت مرگ مادری)

- بخش سوم:** این قسمت مقطع فوت متوفی را بصورت بارداری، زایمان و یا پس از زایمان مشخص می کند.
- بارداری: مرگ مادر در طول بارداری (از زمان تشخیص حاملگی تا زمان شروع دردهای واقعی زایمان)
 - زایمان: مرگ مادر طی زایمان (از زمان شروع دردهای واقعی تا پس از خروج جفت)
 - پس از زایمان: مرگ مادر در طول دوران پس از زایمان (پس از خروج جفت تا شش هفته پس از زایمان)
- در صورتی که مادر حین زایمان یا پس از آن فوت کرده باید محل، عامل، نوع و ساعت زایمان در مقابل هر کدام نوشته شود. همچنین وضعیت نوزاد یا نوزادان برحسب گزینه های زیر علامت گذاری گردد:
- نوزاد زنده: نوزادی که موقع تولد یا بعد از تولد خود بخود نفس می کشد یا ضربان قلب داشته و یا حرکات خود بخود عضلات را از خود نشان دهد.
 - نوزاد مرده: نوزادی که بیش از 22 هفته در رحم بوده، هیچکدام از علائم حیاتی را نداشته باشد یعنی نفس نکشد، ضربان قلب و حرکات عضلات ارادی را نداشته باشد.
 - نوزاد سالم:

ü پره ترم (کمتر از 37 هفته کامل بارداری) نباشد؛

ü LBW (زیر 2500 گرم) نباشد؛

ü در معاینه فیزیکی، اعضاء و اندام های وی ناهنجاری و مشکل فونکسیونلی (عملکردی) نداشته باشد؛

ü در معاینه عصبی، رفلکس های نوزادی، طبیعی باشد.

- نوزاد ناسالم: نوزادی که فاقد یکی از مشخصات نوزاد سالم باشد، ناسالم محسوب می شود.

بخش چهارم: مربوط به تکمیل راهنمای کد گذاری کارکنان فنی است. در این بخش به منظور محرمانه نگاه داشتن اطلاعات در فرم های مختلف پرسشنامه بررسی مرگ مادر باید از نوشتن اسامی کارکنانی که به نحوی در ارائه مراقبت و درمان متوفی دخالت داشته اند خودداری نموده و از کدهای قراردادی (کد کادر فنی) در حین مصاحبه و تکمیل پرسشنامه استفاده شود. در صورتی که در ستون تعداد بیش از یک نفر ثبت شده باشد، باید کدهای مربوطه در فرم 3 و 5 به ترتیب مصاحبه شونده ها شماره گذاری شود. مانند M1, M2, M3 و....

دستورالعمل تکمیل جدول اطلاعات استخراج شده از پرسشنامه مرگ مادر (فرم 4- ع د)

این جدول دو بار در سال بصورت جداول شش ماهه اول و دوم از دانشگاه های علوم پزشکی به اداره سلامت مادران ارسال و در آن اطلاعات هر مورد مرگ مادر در یک ردیف ثبت می شود. در هر ردیف ابتدا باید نام و نام خانوادگی متوفی، کد ملی متوفی و سرپرست خانوار و میزان تحصیلات متوفی درج شده و سایر ستون ها به ترتیب زیر تکمیل گردد.

ستون 1: نام شهرستان محل سکونت نوشته شود.

ستون 2: منطقه سکونت در ستون های مربوطه علامت گذاری شود.

ستون 3، 4، 5 و 6: سن مادر در زمان فوت، تعداد بارداری، فاصله بارداری آخر (منجر به فوت) با بارداری قبل از آن و خواسته یا ناخواسته بودن بارداری در این ستون ها نوشته شود.

ستون 7: ابتلا مادر به هر بیماری زمینه ای قبل یا حین بارداری (قلبی، دیابت، آسم، آنمی و...) و یا ابتلا به عوارض ناشی از بارداری (خونریزی، عفونت، فشارخون بالا و...) در معرض خطر محسوب می شوند.

ستون 8: مادر در طول بارداری در صورت طبیعی بودن همه شرایط باید 8 بار تحت مراقبت قرار گیرد. این تعداد با توجه به زمان شروع مراقبت و زمان فوت متفاوت است. (مطابق مجموعه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران)

ستون 9: مقطع فوت در ستون های مربوطه علامت گذاری شود.

ستون 10: منظور از محل فوت، منزل، بین راه، مطب، تسهیلات زایمانی، بیمارستان یا زایشگاه است.

ستون 11: اگر مادر حین یا بعد از زایمان فوت کرده است، محل زایمان، عامل و نوع زایمان و در صورت سزارین علت آن نیز نوشته شود.

ستون 12: در صورتی که فوت در بیمارستان، تسهیلات زایمانی و مطب اتفاق افتاده باشد، علت فوت به استناد پرونده بیمار و یا نتیجه اتوپسی در غیر این صورت با نظر کارشناسی نوشته شود. اگر علی رغم بررسی ها علت مشخص نشد، "واژه نامعلوم" ثبت گردد.

ستون 13، 14، 15، 16 و 18: تاریخ هر مورد به صورت روز، ماه و سال در ستون مربوطه نوشته شود.

نکته: از ستون 17 و 19 تا 29 با توجه به شرح زیر علامت مثبت یا منفی در جدول گذاشته شود.

ستون 17 و 19: در مورد کامل بودن اعضای تیم پرسشگری و کمیته کاهش مرگ و میر با توجه به شرح گردش کار بررسی مرگ مادر (مورد 7 و 11) علامت گذاری شود.

ستون 20: ممکن است در اطلاعات فرم های مصاحبه با اطرافیان و کارکنان فنی تناقض وجود داشته باشد. مواردی چون وضعیت بیمار بدو ورود، زمان پذیرش، درخواست افراد فنی از خانواده بیمار، زمان فوت و...

ستون 21: بررسی و پرسشگری باید به گونه ای انجام شود که اعضای کمیته قادر به پیدا کردن مشکلات و نقایص موجود در روند بیماری باشند و بتوانند به راحتی فرم 8 را تکمیل نمایند.

ستون 22: در پایان جلسات کمیته با توجه به مشکلات و عوامل مؤثر در مرگ مادر پیشنهادات اصلاحی باید توسط اعضای کمیته ارائه شده باشد.

ستون 23، 24 و 26: در پایان جلسات کمیته با توجه به مشکلات و عوامل مؤثر در مرگ مادر سطح مسئول مداخله، فرد یا افراد مسئول اجرا و محل تامین اعتبار توسط اعضای کمیته مشخص شده است.

ستون 25: تاریخ اجرای هر مورد مداخله به صورت روز، ماه و سال در ستون مربوطه نوشته شده است.

ستون 27: پیشنهادات اصلاحی به صورت پسخوراند در اختیار سطوح مربوطه قرار گرفته است.

ستون 28 تا 31: ممکن است این ستون ها در فاصله 6 ماهه گزارش به علت عدم اجرای مداخله تکمیل نشود ولی لازم است در قسمت توضیحات به صورت گزارش پیشرفت نوشته شود.

در پایان نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم و تاریخ تکمیل درج و امضا شود.

گردش کار تکمیل فرم ها و جداول بررسی مرگ مادر

۱- اعلام وقوع مرگ

فوت مادر در روستا توسط بهورز، پزشک مرکز بهداشتی درمانی روستا یا اهالی روستا و از طریق فرم گزارش مرگ مادر یا تلفن به نزدیک ترین واحد بهداشتی درمانی یا مرکز بهداشت شهرستان اطلاع داده می شود.

فوت مادر در شهر توسط بیمارستان، مطب خصوصی، سازمان های مختلف، مرکز بهداشتی درمانی شهری، پایگاه بهداشتی و افراد غیر رسمی از طریق فرم گزارش مرگ یا تلفنی به نزدیک ترین واحد بهداشتی درمانی یا مرکز بهداشت شهرستان اطلاع داده می شود. (چنانچه مرگ در بیمارستان رخ داده باشد، مترون یا سوپروایزور بیمارستان موظف به تکمیل گزارش فوری مرگ و ارسال آن به دفتر مدیر شبکه شهرستان یا معاونت درمان دانشگاه می باشد.) مدیر شبکه پس از دریافت گزارش مرگ مادر آن را به واحد مربوطه در ستاد دانشگاه ارسال می نماید.

به منظور اطلاع فوری از موارد مرگ مادر و دریافت سریع آن از دانشگاه های علوم پزشکی، فرم الکترونیک گزارش فوری در اداره سلامت مادران طراحی و در پورتال معاونت بهداشت/ دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس/ سرپرگ اداره سلامت مادران قرار داده شده است. به محض اعلام مرگ مادر در بارداری، زایمان و یا 42 روز پس از زایمان به به ستاد دانشگاه، این مورد با تکمیل فرم مذکور توسط کارشناس سلامت مادران در بخش بهداشت و یا درمان به اداره سلامت مادران گزارش می شود.

۲- جمع آوری داده های مرگ توسط تیم پرسشگری و تکمیل فرم های 1 تا 7 در پرسشنامه بررسی مرگ مادر

با توجه به اینکه فوت در خانه، بیمارستان، تسهیلات زایمانی و یا مطب اتفاق افتاده است، تیم پرسشگری باید طی دو هفته با حکم ریاست دانشگاه به محل اعزام شود. این تیم به منزل متوفی و هر یک از واحدهای بهداشتی درمانی که مرگ در آنجا اتفاق افتاده یا متوفی در آنجا مراقبت شده و یا پرونده دارد مانند بیمارستان، تسهیلات زایمانی یا مطب مراجعه کرده، پرسشنامه را تکمیل می کند و آن را جهت بررسی به مسئول برگزاری کمیته بررسی مرگ و میر مادران تحویل می دهد. (اعضا و شرایط انتخاب تیم های پرسشگری در کتاب نظام کشوری مراقبت مرگ مادری ذکر شده است.)

۳- مطالعه و تحلیل اطلاعات جمع آوری شده در کمیته بررسی مرگ و میر مادران

در هر دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کمیته ای تحت عنوان کمیته دانشگاهی بررسی مرگ مادر تحت نظر ریاست آن دانشگاه وجود دارد. این کمیته پس از مطالعه پرسشنامه ها و انجام بررسی های لازم عوامل قابل پیشگیری را شناسایی، سپس نوع مداخله، سطح مداخله کننده و را طبق اطلاعات مندرج در فرم های شماره 8 تا 12 پرسشنامه مشخص می کند. (اعضا و شرایط انتخاب و شرح وظیفه کمیته دانشگاهی بررسی مرگ مادر در کتاب نظام کشوری مراقبت مرگ مادری ذکر شده است.)

۴- ارسال اطلاعات به اداره سلامت مادران

پس از بررسی وضعیت مرگ مادر و پرسشنامه ها توسط اعضاء کمیته دانشگاهی، نتایج حاصله در جدول اطلاعات استخراج شده از پرسشنامه مرگ مادر وارد می شود. در پایان نیمه اول و دوم سال، باید این جدول و فرم های شماره 1، 7، 8، 9، 10، 11 و 12 پرسشنامه به اداره سلامت مادران ارسال شود. چنانچه طی هر نیمه، مورد مرگ مادر اتفاق نیافتاده باشد، ارسال گزارش صفر الزامی است.

۵- تکمیل جدول جمع بندی گزارش مرگ مادر و محاسبه شاخص کشوری MMR در ستاد مرکزی (اداره سلامت مادران)

1- نام شاخص: بروز اقدام به خودکشی کامل و ناکامل
2- تعریف شاخص: میزان بروز اقدام به خودکشی بر حسب کامل و ناکامل در طی یک سال در یک صد هزار نفر جمعیت

3- نحوه محاسبه شاخص: تعداد موارد جدید اقدام به خودکشی بر حسب کامل و ناکامل جمعیت وسط سال
4- منابع استخراج صورت کسر: داده ها حاصل از گواهی فوت و فرم های مربوطه گواهی فوت، مراکز بهداشتی درمانی، پزشکی قانونی
5- منابع استخراج مخرج کسر: داده حاصل از سرشماری
6- متغیرهای تفکیک کننده نابرابری: ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان، سطوح اقتصادی، سن، جنس و سطح تحصیلات
7- سازمان متولی اصلی تولید شاخص (پاسخگو): وزارت بهداشت (امور بهداشت روان معاونت بهداشتی) سازمان پزشکی قانونی کشور - سازمان بهزیستی کشور
8- دوره زمانی تولید و به روز رسانی: سالیانه
9- نمونه فرم تکمیل اطلاعات (فرمهای آماری برای جمع آوری داده ها): فرم 1- ع د، فرم 11- د ع

تعاریف، مفاهیم، اختصارات:

بر اساس قانون، موارد مرگ ناشی از خودکشی باید به پزشکی قانونی انتقال یابند برای این موارد در پزشکی قانونی گواهی فوت داده می شود. چنانچه مواردی به مراکز درمانی و یا نیروی انتظامی مراجعه نمایند، جهت بررسی علت مرگ و صدور گواهی فوت به پزشکی قانونی ارجاع می گردند (شکل شماره 1). در پزشکی قانونی، برای موارد ارجاع شده پرونده تشکیل می گردد، بعد از اثبات خودکشی این مورد در پرونده فرد ثبت می شود ولی در گواهی فوت صادره به طور معمول عبارت خودکشی ذکر نمی شود و علت مرگ ممکن است صرفاً با عباراتی نظیر سوختگی یا سقوط از ارتفاع و... عنوان شود. در حال حاضر در پزشکی قانونی آمار موارد خودکشی منجر به مرگ به تفکیک سن، روش خودکشی، جنس و وقوع خودکشی در ماه های مختلف سال موجود می باشد. ولی به دلایل محرمانه این آمار صرفاً در اختیار سازمان پزشکی قانونی و قوه قضائیه قرار داشته و به جایی گزارش داده نمی شود.

فرم ثبت موارد جدید اقدام به خودکشی

نام دانشگاه:

نام شهرستان:

نام ماه:

نوع مرکز ارائه دهنده خدمات روانپزشکی:

خانه بهداشت
 مرکز بهداشتی درمانی
 بیمارستان
 اورژانس اجتماعی
 زندان

نام مرکز:

نام و نام خانوادگی بیمار:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

کد ملی سرپرست خانوار:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

کد ملی بیمار:

تاریخ تولد:

جنس: مؤنث £ مذکر £

شغل: بیکار £ خانه دار £ کشاورز، دامدار £ کارمند £ کارگر £ شغل

آزاد £ دانش آموز £ دانشجو £ سایر £ نامشخص £

وضعیت ناهل: مجرد £ متاهل £ مطلقه £ بیوه £ سایر £ نامشخص £

تحصیلات: بی سواد £ ابتدایی/ نهضت £ راهنمایی £ دبیرستان £ دانشگاهی £ علوم حوزوی £ اظهار نشده £

منطقه سکونت: شهر روستا

سابقه بیماری روانی: دارد ندارد

در صورت مثبت بودن نوع بیماری ذکر شود.....

سابقه بیماری جسمی: دارد ندارد

در صورت مثبت بودن نوع بیماری ذکر شود.....

سابقه اقدام به خودکشی: دارد ندارد

در صورت مثبت بودن دفعات ذکر شود.....

روش خودکشی : مسمومیت با دارو ☒ مسمومیت با سم ☒ مسمومیت با مواد مخدر ☒ سلاح
گرم ☒ سلاح سرد ☒ خودسوزی ☒ دار زدن ☒ پرتاب از بلندی ☒ غرق شدن ☒
سایر ☒
تلفن تماس بیمار :

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:

1- نام شاخص: شیوع تولد نوزادان با وزن کم هنگام تولد
2- تعریف شاخص: درصد نوزادانی که هنگام تولد وزن آنها کمتر از 2500 گرم می باشد
3- نحوه محاسبه شاخص: تعداد نوزادان با وزن تولد کمتر از 2500 گرم در یک سال معین تعداد کل موالید زنده در همان سال
4- منابع استخراج صورت کسر: گواهی ولادت
5- منابع استخراج مخرج کسر: اطلاعات ثبت احوال - دفتر جمعیت و سلامت معاونت بهداشت
6- متغیرهای تفکیک کننده نابرابری: سطوح اقتصادی، تحصیلات مادر، ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان
7- سازمان متولی اصلی تولید شاخص (پاسخگو): وزارت بهداشت (اداره نوزادان و دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی معاونت درمان)
8- دوره زمانی تولید و به روز رسانی: هر 5 سال
9- نمونه فرم تکمیل اطلاعات (فرمهای آماری برای جمع آوری داده ها): فرم 25 - ع د

1 - نام شاخص: میزان باروری اختصاصی سنی زیر 18 سال و بالای 35 سال
2 - تعریف شاخص: میزان باروری در زنان همسر دار زیر 18 سال و بالای 35 سال
3 - نحوه محاسبه شاخص: $\frac{\text{تعداد موالید زنده در گروه سنی 10-17 سال}}{\text{جمعیت زنان آن گروه سنی در وسط سال}}$ $\frac{\text{تعداد موالید زنده در گروه سنی 36 تا 49 سال}}{\text{جمعیت زنان آن گروه سنی در وسط سال}}$
4 - منابع استخراج صورت کسر: -فرم گواهی ولادت سازمان ثبت احوال با همکاری و هماهنگی وزارت بهداشت
5 - منابع استخراج مخرج کسر: مرکز آمار ایران
6 - متغیرهای تفکیک کننده نابرابری: تحصیلات مادر(فرد)، ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا)، شهرستان و سطوح اقتصادی
7 - سازمان متولی اصلی تولید شاخص (پاسخگو): مرکز آمار ایران - وزارت بهداشت (دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس) - سازمان ثبت احوال کشور
8 - دوره زمانی تولید و به روز رسانی: هر 5 سال
9 - نمونه فرم تکمیل اطلاعات (فرمهای آماری برای جمع آوری داده ها): فرم 25 - ع د

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
جمهوری اسلامی ایران
سازمان ثبت احوال کشور

گواهی ولادت

مشخصات صادر کننده

اینجناب نام: 2- نام خانوادگی: 3- سمت: پزشک £ ماما £ متصدی گواهی ولادت £
4 - محل خدمت : به نشانی:

تاریخ و محل ولادت نوزاد

5- در تاریخ : روز ماه سال تاریخ به حروف : ساعت : دقیقه :
در £ بیمارستان یا زایشگاه £ واحد تسهیلات زایمانی £ منزل £ در مسیر انتقال £ سایر (مشخص کنید)
6- واقع در استان : شهرستان: بخش: شهر/ روستا:

مشخصات نوزاد

7- جنس: پسر £ دختر £ 8- مرتبه حاملگی: 9- وزن هنگام تولد: گرم

مشخصات پدر نوزاد

10- نام: 11- نام خانوادگی 12- ملیت: ایران
14- شماره شناسنامه : 15- محل صدور: 16- تاریخ تولد : روز ماه سال
17- سطح سواد : £ بی سواد £ ابتدایی/ نهضت £ راهنمایی £ دبیرستان £ دانشگاهی £ علوم حوزوی £ اظهار نشده £

مشخصات مادر نوزاد

18- نام: 19- نام خانوادگی 20- ملیت: 21- شماره ملی :
22- شماره شناسنامه : 23- محل صدور: 24- تاریخ تولد : روز ماه سال
25- سطح سواد : £ بی سواد £ ابتدایی/ نهضت £ راهنمایی £ دبیرستان £ دانشگاهی £ علوم حوزوی £ اظهار نشده £
26- نوع ازدواج : £ دائم £ موقت سایر

27- در صورتی که فرد دیگری غیر پدر یا مادر سرپرست خانوار نوزاد می باشد شماره ملی فرد:

28- آدرس محل سکونت دائمی سرپرست: کشور استان شهرستان بخش
شهر/ روستا خیابان کوچه پلاک کدپستی

تلفن ثابت:

را با توجه به ماده 19 قانون ثبت احوال و با علم و اطلاع از مقررات کیفری حاصل از اعلام خلاف واقع (موضوع بند الف و ج ماده 2 و ماده 3 قانون تخلفات، جرائم و مجازات های مربوط به اسناد سجلی و شناسنامه) گواهی می نمایم.

تاریخ مهر و امضاء.....

دستورالعمل نحوه تکمیل گواهی ولادت (فرم 25 - ع د):

این گواهی دارای پنج بخش و بیست و نه سوال است که برای هر نوزاد زنده به دنیا آمده تکمیل می گردد:

1. مشخصات صادر کننده گواهی ولادت
2. تاریخ و محل ولادت نوزاد
3. مشخصات نوزاد
4. مشخصات پدر نوزاد
5. مشخصات مادر نوزاد

مشخصات صادر کننده گواهی ولادت :

1. در بند یک نام صادر کننده گواهی ولادت قید می شود
2. در بند دو نام خانوادگی صادر کننده گواهی ولادت قید می شود.
3. بند سه بر حسب سمت فرد صادر کننده گواهی ولادت، مشتمل بر پزشک، ماما و متصدی صدور گواهی ولادت یکی از موارد موجود علامت زده می شود.
4. در بند چهار محل خدمت و نشانی دقیق صادر کننده گواهی ولادت قید می شود.

تاریخ و محل ولادت نوزاد

5. در این بند تاریخ دقیق تولد نوزاد باید بر اساس روز ، ماه و سال به عدد و به حروف نوشته شود همچنین ساعت و دقیقه تولد نیز باید مشخص گردد. (برای سال جاری دو خانه سمت چپ " 85 " است. در مورد ثبت ماه ها و روز ها، عدد های یک رقمی 1 تا 9 به صورت 01 تا 09 نوشته می شود. مثلاً 85/03/05 یا 85/06/18 ساعت تولد نیز بطور کامل ثبت می گردد. برای مثال: نیمه شب به صورت 00:00 ثبت می شود، از ظهر تا نیمه شب نیز به صورت ساعت کامل یعنی 13، 14، 15 و... ثبت می گردد. در مورد ثبت ساعتها و دقیقهها، عددهای یک رقمی 1 تا 9 به صورت 01 تا 09 نوشته می شود. مثلاً 35 دقیقه پس از بامداد، 35:00 و ساعت 6 و 40 دقیقه صبح، 06 : 40 و ساعت 10 بعد از ظهر، 22: 00 ثبت می شود.
6. کادر مربوط به محل تولد، بر حسب محل تولد نوزاد مشتمل بر بیمارستان یا زایشگاه، واحد تسهیلات زایمانی، منزل، بین راه و یا سایرعلامت زده می شود. چنانچه گزینه سایر انتخاب شود نام آن محل می بایستی قید شود.
6. در بند شش استان، شهرستان ، بخش و شهر و روستای محل تولد نوزاد قید می شود.

مشخصات نوزاد

7. در این بند بر حسب جنسیت نوزاد، کادر مربوط علامت زده می شود . در نوزاد دختر، کد 1؛ در مورد پسر، کد 2 و در صورت ابهام تناسلی و مشخص نبودن جنسیت نوزاد، کد 3 ثبت می شود.
8. در بند هشت رتبه تولد نوزاد مشتمل بر کودکان زنده و یا مرده بدنیا آمده مادر به استثنای سقط جنین قید می شود.
9. در این بند وزن هنگام تولد نوزاد به گرم در محل خاص بطور دقیق ثبت می گردد. مثلاً 3470 گرم. در مورد وزن های کمتر از 1000 گرم، افزودن 0 به سمت چپ عدد وزن ضروری است. مثلاً 0985 گرم.

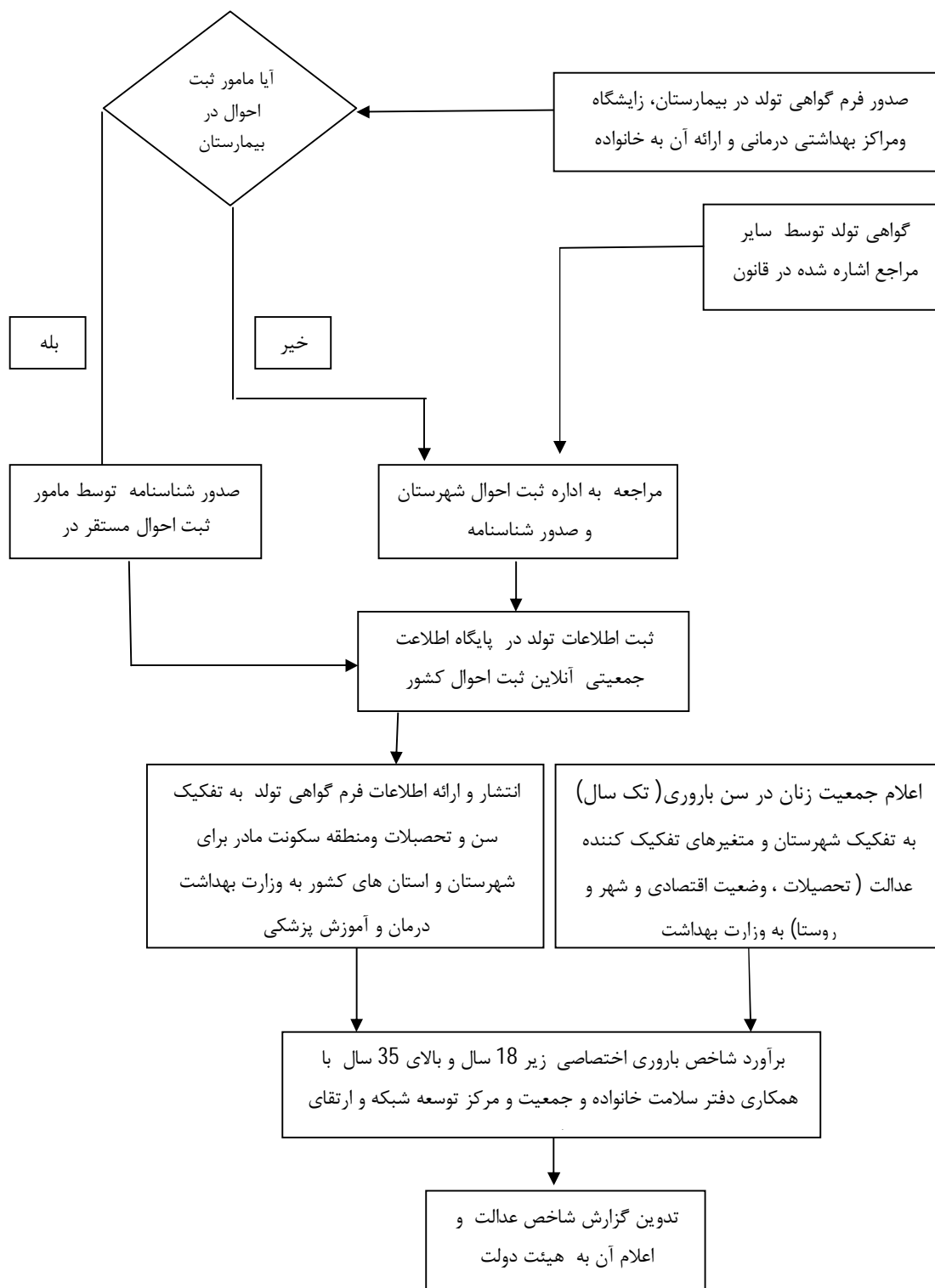
مشخصات پدر نوزاد

10. در این قسمت نام پدر نوزاد قید می شود.
11. در این قسمت نام خانوادگی پدر نوزاد قید می شود.
12. این بند بر حسب ملیت پدر نوزاد تکمیل می شود.
13. در این بند شماره ملی پدر نوزاد می بایستی بطور دقیق ثبت شود.
14. در این بند نیز شماره شناسنامه پدر نوزاد ثبت می شود.
15. در بند شانزده محل صدور شناسنامه پدر نوزاد قید می شود.
16. در این بند تاریخ تولد پدر نوزاد بر اساس گفته مادر یا مندرجات شناسنامه بطور کامل قید می شود.
17. وضعیت سواد پدر نوزاد بر اساس موارد موجود در کادر مربوطه علامت زده می شود.

مشخصات مادر نوزاد

18. در این قسمت نام مادر نوزاد قید می شود.
19. در این قسمت نام خانوادگی مادر نوزاد قید می شود.
20. این بند بر حسب ملیت مادر نوزاد تکمیل می شود.
21. در این بند شماره ملی مادر نوزاد می بایستی بطور دقیق ثبت شود.
22. در این بند نیز شماره شناسنامه مادر نوزاد ثبت می شود.
23. در بند شانزده محل صدور شناسنامه مادر نوزاد قید می شود.
24. سن مادر بر اساس گفته مادر یا مندرجات پرونده بستری، به روز، ماه و سال ثبت می گردد. در صورت اختلاف گفته مادر و مندرجات پرونده بستری وی، ملاک اظهارات مادر می باشد.
25. وضعیت سواد مادر نوزاد بر اساس موارد موجود در کادر مربوطه علامت زده می شود.
26. در صورتی که فردی غیر از پدر و یا مادر سرپرست خانوار شناخته می شود، شماره ملی او به عنوان سرپرست خانوار در بخش شماره ملی سرپرست خانوار باید ثبت شود.
27. در بند بیست و نه محل سکونت دائمی والدین نوزاد قید می شود. نشانی محل سکونت دائمی، محلی است که خانوار (خصوصاً مادر و نوزاد) در آنجا زندگی می کرده مشروط بر اینکه اقامتگاه دیگری نداشته باشد، اقامتگاه خانوارهایی که بیش از یک اقامتگاه دارند، محلی است که بیشترین مدت سال را در آن به سر می برند. در صورتیکه پدر سرپرست نمی باشد آدر س کسی که سرپرست خانوار (مادر و نوزاد) شناخته می شود قید می شود. در قسمت تلفن ثابت، شماره تماس ثابتی از خانواده و در صورت نبود تلفن ثابت شماره تماسی جهت پیگیری های بعدی قید گردد..

چرخش کار (فلوچارت) تکمیل فرم گواهی ولادت:
اعلام وقوع تولد نوزاد زنده:



1- نام شاخص: بروز دیابت
2- تعریف شاخص: میزان بروز دیابت در طی یک سال در 100,000 نفر جمعیت بر حسب سن، جنس، منطقه جغرافیایی
3- نحوه محاسبه شاخص: $\frac{\text{تعداد موارد جدید دیابت گزارش شده در طول سال}}{\text{جمعیت وسط همان سال}}$
4- منابع استخراج صورت کسر: فرم گزارش پایان دوره غربالگری، فرم ویزیت پایه، فرم پی گیری بیماری در پرونده خانوار
5- منابع استخراج مخرج کسر: داده های حاصل از سرشماری در روستا- زیج حیاتی
6- متغیرهای تفکیک کننده نابرابری: سن، جنس، سطوح اقتصادی، تحصیلات، ناحیه (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان
7- سازمان متولی اصلی تولید شاخص (پاسخگو): وزارت بهداشت (مرکز مدیریت بیماری های غیر واگیر- مرکز مدیریت شبکه)
8- دوره زمانی تولید و به روز رسانی: سالیانه
9- نمونه فرم تکمیل اطلاعات (فرمهای آماری برای جمع آوری داده ها): فرم 5- ع د

فرم شماره: مراقبت بیماران دیابتی دانشگاه : شهرستان : سال : 13

خانه بهداشت : پایگاه : مرکز بهداشتی درمانی : شهری روستائی مطب : درمانگاه :

1- نام و نام خانوادگی: 2- کد ملی: 3- کد ملی سرپرست خانوار: 4- تحصیلات:

5- تاریخ تولد: / / 6- تاریخ تشخیص بیماری: / / 7- قد: _____ سانتیمتر 8- افزایش چربی های خون: دارد ندارد

9- سابقه خانوادگی دیابت: دارد ندارد 10- فشارخون بالا: دارد ندارد 11- مصرف دخانیات: بله خیر 12- نوع و تعداد دخانیات مصرفی (روزانه):

20- دلیل قطع مراقبت یا عدم مراجعه بیمار	19- پس خوراند از نتیجه	18- ارجاع به بعلت	17- دستورات پزشک و نتایج معاینه و سایر آزمایش ها و داروهای تجویز شده	16- عوارض جدید یا پیشرفت عوارض قبلی	15- خدمات ارائه شده					14- مراقبت کننده بهورز، کاردان، پرستار=1 پزشک=2	1- تاریخ مراقبت	
					وضعیت قند خون			نمایه توده بدنی BMI	وزن بر حسب Kg			فشارخون بر حسب mm/Hg
					مقدار (%) HbA1c	قند غیر ناشتا mg/dl	قند ناشتا mg/dl					

«مراقبت بیماران دیابتی»

این فرم در پرونده خانوار بیماران نگهداری می شود . نحوه تکمیل فرم به شرح ذیل است :

پس از تکمیل مشخصات اولیه مثل نام دانشگاه و شهرستان و نحوه تکمیل سئوال های بالای فرم بدین شرح میباشد:

1. ابتدا نام و نام خانوادگی بیمار را در مقابل قسمت « نام و نام خانوادگی » بنویسید
2. کد ملی 10 رقمی بیمار را بدون علامت و فاصله ثبت نمائید.
3. کد ملی سرپرست خانوار را بدون علامت و فاصله ثبت نمائید.
4. تحصیلات بیمار در این محل ثبت میگردد.(طبق طبقه بندی اعلام شده سازمان آمار)
5. تاریخ تولد را بر حسب روز/ماه / سال ثبت کنید .
6. تاریخ تشخیص بیماری را بر حسب روز / ماه / سال ثبت نمائید . در صورتی که روز تشخیص معلوم نباشد روزی که پاسخ آزمایش قند ناشتای دوم اخذ شده است را وارد نمایید. در صورتیکه زمان ابتلا به بیماری نا معلوم است تنها سال ابتلا به بیماری را قید نمائید و بجای ماه و روز عدد یک را ثبت کنید .
7. قد بیمار بر حسب سانتیمتر در این قسمت ثبت می شود . بدیهی است قد بیمار تنها یک بار اندازه گیری و ثبت می شود اما برای هر برگ جدید فرم مراقبت ، دوباره باید اندازه گیری قد انجام شود.
8. در صورتیکه بیمار سابقه ابتلا به دیسلیپیدمی (افزایش چربی های خون) دارد مقابل مربع (دارد) تیک بزنید و در صورت عدم سابقه چربی خون بالا در مربع (ندارد) علامت بگذارید.
9. اگر سابقه خانوادگی دیابت مثبت باشد در مربع «دارد» و اگر سابقه نداشته باشد در مربع « ندارد» علامت بزنید . منظور از سابقه خانوادگی ، ابتلا به دیابت در یکی از بستگان درجه اول همچون پدر، مادر، خواهر یا برادر است ابتلا دیابت در بستگان درجه دو و سه سابقه خانوادگی محسوب نمی شود .
10. ابتلا به فشار خون در این قسمت ثبت می شود . منظور از فشار خون بالا، ابتلا به بیماری فشار خون است که تاکنون ادامه دارد . اگر کسی در گذشته یک یا چند نوبت و یا مدتی فشار خون داشته است و اکنون بدون مصرف داروی کاهنده فشارخون میزان فشارخون طبیعی دارد بعنوان مبتلا به فشار خون محسوب نمی شود .

11. مصرف دخانیات در این قسمت ثبت می شود بدیهی است منظور اعتیاد به دخانیات است - یعنی مصرف مداوم آن. مصرف سیگار ، چپق ، پیپ، قلیان و... در صورتیکه پیوسته مورد استفاده قرار گیرد به عنوان مصرف تلقی می گردد.

12. نوع دخانیات و تعداد دفعات مورد استفاده در طول یک شبانه روز در این قسمت ثبت می شود .

نحوه تکمیل جدول :

13. تاریخ مراقبت را بر حسب روز ، ماه و سال ثبت نمائید .

14. عنوان مراقبت کننده را قید کنید . مراقبت کننده بهورز یا پزشک است . طبق دستورالعمل برنامه کشوری دیابت، بیماران هر ماه توسط بهورز مراقبت می شوند و پزشکان نیز هر 3 ماه بیمار را ویزیت می کنند. البته در صورت صلاحدید پزشک ممکن است تعداد دفعات مراقبت توسط پزشک بیشتر شود (مثلاً هر 15 روز یا هر ماه بیمار توسط پزشک معاینه و مراقبت شود) که همگی باید در این فرم ثبت شوند.

15. قسمت « خدمات ارائه شده » شامل 6 ستون است که به ترتیب زیر می باشد :

- فشار خون بر حسب میلیمتر جیوه : فشار خون را اندازه گیری کنید و ثبت نمائید . مقدار فشار خون را دقیقاً ثبت نمائید مثلاً $128/85$ و از نوشتن $12/8$ خوداری نمائید .

- وزن بر حسب کیلوگرم : وزن بیمار را اندازه گیری کرده و با دقت یک رقم اعشار ثبت نمائید . مثلاً 85,5

- نمایه توده بدنی BMI : با توجه به اندازه گیری وزن و داشتن مقدار قد بیمار BMI را از روی فرمول وزن بر حسب کیلوگرم یا توسط نوموگرام BMI ثبت نمائید . $(\text{قد بر حسب متر})^2$

وضعیت قند خون :

- قند ناشتا بر حسب میلی گرم در دسی لیتر در این ستون مقدار قند ناشتا را ثبت نمائید .
- قند غیر ناشتا: در صورتیکه بیمار ناشتا نباشد و یا نتیجه آزمایش قند 2 ساعته در این ستون قید می شود

- مقدار هموگلوبین گلیکوزیله بر حسب درصد در این ستون قید می شود .

نکته :

ثابت مقدار قند ناشتا یا غیر ناشتا و یا هموگلوبین گلیکوزیله بیانگر وضعیت متابولیک و میزان موفقیت بیمار در کنترل قند است . هموگلوبین گلیکوزیله که آزمایش ایده آل برای مراقبت دیابت است سالانه 2 تا 4 نوبت (در فواصل 3 تا 6 ماهه) اندازه گیری می شود . این آزمایش در حال حاضر در شهرها انجام می شود و در نقاط روستایی کشور در دسترس نیست . بیماران را ترغیب نمائید که برای اندازه گیری هموگلوبین گلیکوزیله به آزمایشگاه شهرستان مراجعه کنند.

نکته مهم :

در صورتیکه نتیجه آزمایش هموگلوبین گلیکوزیله بیمار را ثابت می کنید حتماً محدوده نتایج طبیعی (Normal range) را در بالای ستون بنویسید .

16. در ستون « عوارض جدید یا پیشرفت عوارض قبلی بیماری دیابت » نام عارضه بیماری همچون رتینوپاتی ، نوروپاتی ، نوروپاتی ، پای دیابتی ، کماو... توسط پزشک ثبت می شود. در صورتیکه بیمار فاقد عارضه باشد علامت منفی در هر نوبت مراقبت در این ستون ثبت می شود .

17. ستون « دستورات پزشک و نتایج معاینه و سایر آزمایش ها و داروهای تجویز شده » توسط پزشک تکمیل می شود و همانطور که از عنوان ستون ملاحظه می شود دستورات جدید ، نتایج حاصل از معاینه و مقدار سایر پارامترهای آزمایشگاهی از قبیل چربی خون در این ستون قید می شود . همچنین رئیس مطالب آموزشی نیز در این ستون قید می گردد.

18. در ستون « ارجاع به.....بعلت...» در صورتیکه بیمار به سطوح بالاتر (واحد دیابت) ارجاع شود نام واحد مربوطه و علت ارجاع را ثبت نمائید.

19. در ستون « پس خوراند از نتیجه» با مراجعه مجدد بیمار و عودت برگه ارجاع پس خوراند مراکز بالاتر و دستورات ارائه شده را در این ستون ثبت نمائید.

20. در صورت قطع مراقبت به هر دلیل ، در این ستون علت ترک مراقبت را ذکر نمائید مهاجرت ، عدم مراجعه بیمار، مرگ و ... برخی از علل ترک مراقبت هستند.

نکته :

اطلاعات فرم شماره 4 برای تکمیل فرم تجمیعی مورد استفاده قرار می گیرد . در تکمیل این فرم دقت نمائید. همچنین برای تکمیل فرم 5 برنامه دیابت نیز از اطلاعات فرم 4 استفاده میشود.

1- نام شاخص: بروز سل
2- تعریف شاخص: تعداد موارد جدید سل گزارش شده در هر 100,000 نفر جمعیت
3- نحوه محاسبه شاخص: $\frac{\text{تعداد موارد جدید سل گزارش شده در طول سال}}{\text{جمعیت وسط سال کشور در همان سال}}$
4- منابع استخراج صورت کسر: فرم شماره 1 فرم بیماریابی موارد مشکوک به سل - فرم بررسی اپیدمیولوژیک بیماری سل - فرم شماره 7 فرم گزارش بیماران ثبت شده (مبارزه با سل) - فرم بررسی انفرادی بیماری سل - فرم پی گیری بیماری در پرونده خانوار
5- منابع استخراج مخرج کسر: سرشماری
6- متغیرهای تفکیک کننده نابرابری: متغیرهای تفکیک کننده نابرابری: جنس، تحصیلات، شغل، سطوح اقتصادی، ناحیه (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان
7- سازمان متولی اصلی تولید شاخص (پاسخگو): وزارت بهداشت (مرکز مدیریت بیماری های واگیر)
8- دوره زمانی تولید و به روز رسانی: سالیانه
9- نمونه فرم تکمیل اطلاعات (فرمهای آماری برای جمع آوری داده ها): فرم 6 - ع د

فرم 6 - ع د

مشخصات فردی بیمار:

نام و نام خانوادگی: نام پدر: نام مادر: -----

جنس: مرد زن سن: وزن (کیلوگرم): قد (سانتیمتر): -----

ملیت: ایرانی ← کد ملی ثبت شود: -----

غیر ایرانی ← الف) ملیت ذکر شود: -----

(ب) شماره گذرنامه یا کارت اقامت ثبت شود: -----

کد ملی سرپرست خانوار:

محل زندگی: شهر روستا حاشیه شهر کوچ نشین خارج کشور سایر ذکر شود: -----

وضعیت تاهل: مجرد متاهل مطلقه همسر مرده

میزان تحصیلات: بیسواد ابتدایی راهنمایی متوسط و دیپلم دانشگاهی

شغل فعلی: بیکار خانه دار دانش آموز کارگر آزاد کارمند بازنشسته سایر: -----

شغل های قبلی: 1- ----- مدت سال 3- ----- مدت سال

2- ----- مدت سال 4- ----- مدت سال

نوع مالکیت منزل: شخصی استیجاری مساحت منزل: مترمربع میزان تقریبی درآمد خانوار در ماه: تومان

نوع بیمه درمانی تحت پوشش: ندارد دارد (ذکر نوع بیمه: -----)

سیگار	طول مدت مصرف (سال)	متوسط تعداد پاکت سیگار یا سر قلیان مصرفی در روز	طول مدت ترک (سال)
ندارد			
دارد			
داشته ولی ترک کرده			
ندارد			
دارد			
داشته ولی ترک کرده			

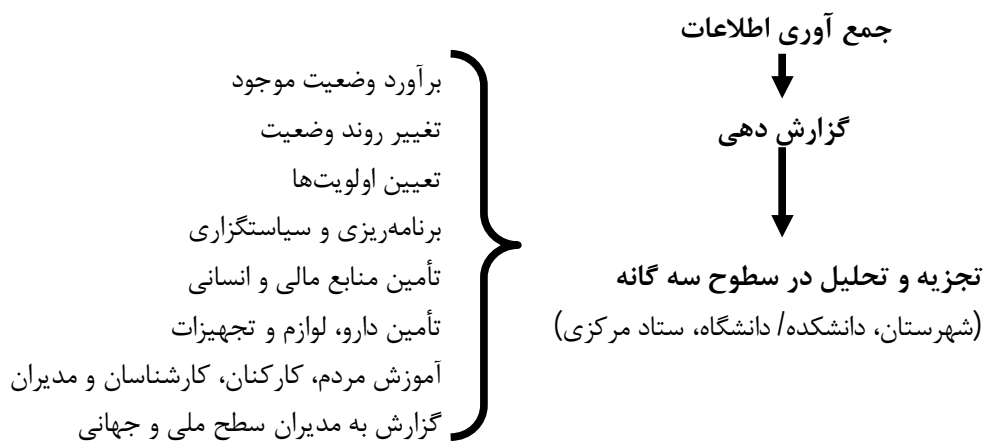
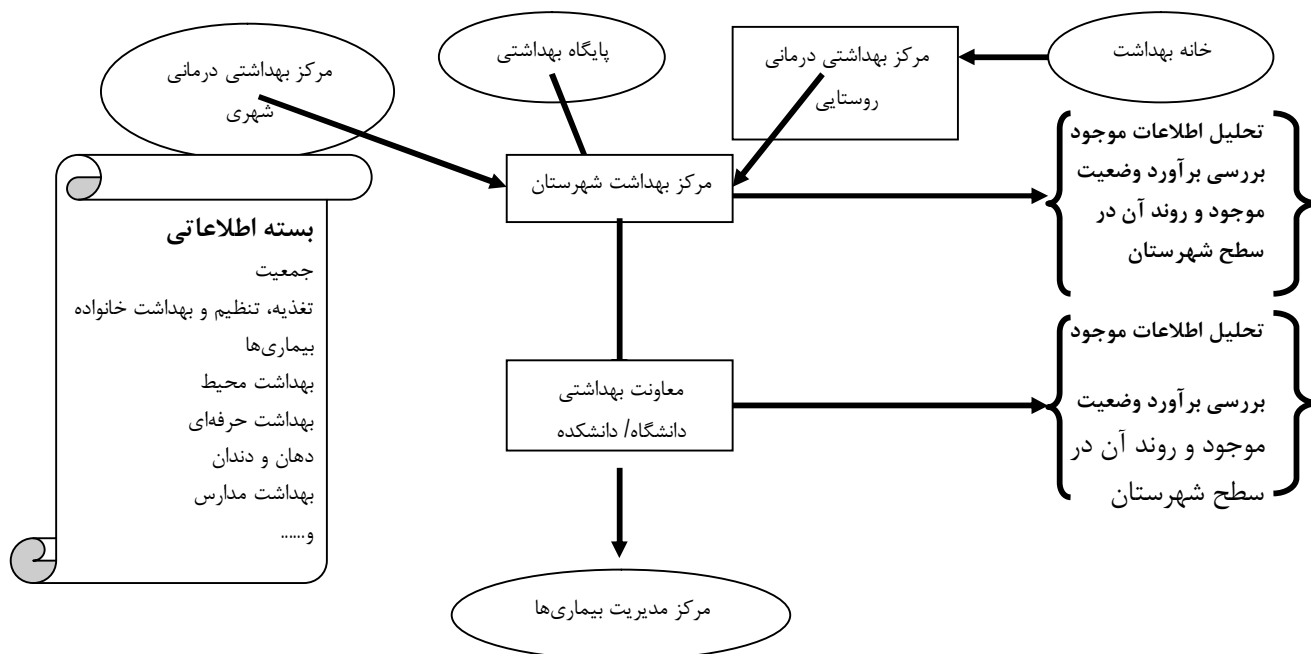
نام سرپرست خانوار: شماره پرونده خانوار: تعداد افراد خانوار: -----

نشانی کامل بیمار: -----

تلفن تماس ثابت بیمار: تلفن همراه بیمار: -----

دستورالعمل تکمیل فرم 6-ع د

- ۱- مشخصات و نشانی کامل بیمار به دقت نوشته می‌شود.
- ۲- نام و نشانی یکی از نزدیکان بیمار به دقت ثبت می‌شود تا اگر بیمار تغییر مکان داده و مراتب را به مرکز درمان کننده اطلاع نداد با مراجعه به این شخص بتوان نشانی جدید بیمار را پیدا و ثبت نمود.
- ۳- شمال سل شهرستان از پزشک هماهنگ کنند سل شهرستان اعلام و بر روی کارت درمان ثبت می‌شود. (هر بیمار مبتلا به سل که در دفتر سل شهرستان ثبت می‌گردد به وسیله یک شماره مشخص می‌شود که شماره سل شهرستان او نامیده می‌شود. این شماره نشان می‌دهد که بیمار مزبور چندمین بیماری است که از روز اول سال در آن شهرستان تشخیص داده شده و در دفتر سل شهرستان ثبت شده است)
- ۴- مرکز درمان کننده، که همان مرکزی است که بیمار از آن مرکز مراقبت‌ها و داروهای ضد سل خود را دریافت می‌کند. نیز از مواردی است که باید بر روی کارت درمان ثبت شود.
- ۵- نوع بیماری (که نشان دهنده عضو مبتلا و محل جایگزینی بیماری در بدن فرد است) و همچنین نوع بیمار (شامل جدید، عود، درمان بعد از غیبت، وارده و سایر موارد) متغیرهای بسیار مهمی هستند که باید به دقت تعیین و در کارت درمان ثبت شوند. تعاریف این موارد (نوع بیماری و نوع بیمار) که به دلیل دارا بودن نقش تعیین کننده در انتخاب رژیم درمانی بیمار حائز اهمیت فوق‌العاده‌ای است به تفصیل در متن این کتاب راهنما آمده است.
- ۶- مرحله درمان حمله‌ای؛ مرحله ابتدایی درمان را با این عبارت می‌نامیم. در این مرحله برای گروه 1 درمانی (موارد جدید ریوی اسمیر مثبت، موارد اسمیر منفی و خارج ریوی) 4 دارو و برای گروه 2 درمانی (موارد درمان مجدد شامل موارد عود و شکست درمان) 5 دارو تجویز می‌شود.
مرحله حمله‌ای در مورد گروه 1، دوماه است ولی اگر بیماران جدید مبتلا به سل ریوی اسمیر خلط مثبت در پایان ماه دوم درمان آزمایش خلطشان هنوز هم مثبت باشد. درمان مرحله حمله‌ای را تا پایان ماه سوم نیز باید ادامه داد.
مرحله حمله‌ای در مورد گروه 2، سه ماه است ولی اگر در پایان ماه سوم هنوز هم خلط بیمار مثبت باشد درمان مرحله حمله‌ای را باید تا پایان ماه چهارم نیز ادامه داد (بدون استرپتومايسين).
- ۷- دسته‌بندی بیماران از نظر نوع درمان؛ کلیه مبتلایان به سل (اعم از ریوی و خارج ریوی) در دو گروه درمانی 1 و 2 دسته‌بندی می‌شوند.



1- نام شاخص: بروز حوادث ترافیکی (داخل شهر ، خارج شهر)
2- تعریف شاخص: میزان بروز حوادث ترافیکی به تفکیک منجر به فوت و بستری شدن در بیمارستان در 100,000 نفر جمعیت
3- نحوه محاسبه شاخص: تعداد مصدومین ناشی از حوادث ترافیکی به تفکیک منجر به فوت و بستری شدن در بیمارستان کل جمعیت کشور در همان سال
4- منابع استخراج صورت کسر: فرم گزارش روزانه حوادث
5- منابع استخراج مخرج کسر: روستا زیج حیاتی و سرشماری - شهر سرشماری
6- متغیرهای تفکیک کننده نابرابری: جنس، سن ، سطوح اقتصادی، تحصیلات، ناحیه (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان
7- سازمان متولی اصلی تولید شاخص (پاسخگو): وزارت بهداشت (مرکز مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی) سازمان پزشکی قانونی کشور
8- دوره زمانی تولید و به روز رسانی: سالیانه
9- نمونه فرم تکمیل اطلاعات (فرمهای آماری برای جمع آوری داده ها): فرم 7- ع د

استان محل سکونت:	شهرستان محل سکونت:	بخش محل سکونت:
<p>نوع ورود مصدوم:</p> <p>تصویر برگه‌ی مأموریت اورژانس در صورت موجود نبودن آن، برگه‌ی تاییدیه‌ی نیروی انتظامی را بارگذاری کنید:</p> <p>Click here to attach a file</p>		

چگونگی حادثه

مکان وقوع حادثه:	انتخاب ...	تاریخ و ساعت حادثه:
استان:	شهرستان:	بخش:

وضعیت فرد در زمان وقوع حادثه از لحاظ هایلر، دوچرخه سوار، موتور سوار، سرنشین سواری و یا سایر وسایل نقلیه سبک و سنگین :

نوع خودرو یا وسیله نقلیه (و یا شیء) که فرد با **Cannot be blank** است :

موقعیت فرد آسیب دیده در زمان وقوع حادثه :

توصیف چگونگی حادثه براساس کدینگ ICD10

نوع آسیب

ناحیه صدمه دیده :

نوع آسیب در ناحیه مورد نظر:

تعیین دقیق نوع صدمه و موضع آسیب دیده :

[بازگشت](#)

فرم ورود اطلاعات مصدومین ترافیکی

HEALTH ghasemi-m	نام کاربری:
*	نام دانشگاه:
*	نام شهرستان:
*	نام بیمارستان:
	نوع وابستگی:

مشخصات فردی مصدوم

*	نام پدر:	*	نام خانوادگی:	*	نام:
*	کد ملی:	*	شماره شناسنامه:	*	تاریخ تولد:
▼	جنسیت: انتخاب	▼	بخش:	▼	محل تولد-شهر:
▼	شغل: انتخاب	Cannot be blank	شماره پرونده بیمارستانی:	09/02/1391	تاریخ پذیرش:
	تلفن:			<input type="checkbox"/>	اتباع خارجی:

تعیین دقیق نوع صدمه و موضع آسیب دیده:

▼ *

رج نام

قدم و نیت:

▼ انتخاب . . .

وضعیت بیمار هنگام ترخیص:

▼ بهبودی

مصدوم برای پی گیری درمان مراجعه نموده است

ورود به صفحه صورتحساب

ثبت

فرم ثبت مصدومین حوادث (مراکز بهداشتی درمانی - بیمارستان)

مشخصات مرکز ثبت اطلاعات:

در این قسمت، نام دانشگاه، نام بیمارستان/مرکز بهداشتی درمانی، استان و شهرستان درج گردد.

نام دانشگاه: -----

نام بیمارستان: -----

استان: ----- شهرستان: -----

استان: ----- شهرستان: -----

نام مرکز بهداشتی درمانی: -----

مشخصات دموگرافیک مصدوم

مشخصات دموگرافیک مصدوم:

در این قسمت، کد ملی، نام و نام خانوادگی، جنسیت، تاریخ تولد، تلفن ثابت، کد شهرستان، تلفن همراه، تلفن جهت تماس ضروری، محل اقامت و شغل فرد مصدوم درج گردد.

نام و نام خانوادگی: ----- کد ملی: ----- جنس: مذکر مونث نامشخص

تاریخ تولد: --/--/---- کد ملی سرپرست خانوار: -----

تلفن ثابت: ----- کد شهرستان: ----- تلفن همراه: -----

تلفن جهت تماس ضروری: ----- محل اقامت: استان: ----- شهرستان: ----- شهر/منطقه شهری/روستا: -----

شغل:

سن زیر 7 سال دانش آموز دانشجوی کارمند کارگر
خانه دار آزاد بیکار سرباز بازنشسته
پرسنل نیروی انتظامی نامشخص سایر موارد

مشخصات حادثه

مشخصات حادثه:

در این قسمت تاریخ رخداد حادثه، ساعت رخداد و مشخصات محل رخداد (استان، شهرستان، شهر/منطقه شهری/روستا) درج گردد.

در تکمیل ایتم ساعت رخداد از فرمت 24 ساعته استفاده گردد (یعنوان مثال 5 بعداز ظهر را 17 ثبت فرمایید)

تاریخ رخداد حادثه: --/--/---- ساعت رخداد حادثه: --:--

استان: ----- شهرستان: ----- شهر/منطقه شهری/روستا: -----

قصد و نیت

قصد و نیت:

- در این قسمت با توجه به آیتم‌های موجود نقش، قصد یا نیت فرد مصدوم در رخداد حادثه تعیین گردد.
- غیر عمدی (تصادفی) خود آزاری عمدی (خودکشی یا اقدام به خودکشی)
- دیگر آزاری (خشونت بین فردی، حمله) نامشخص

نحوه رسیدن مصدوم به بیمارستان یا مراکز بهداشتی درمانی

نحوه رسیدن مصدوم به بیمارستان یا مراکز بهداشتی درمانی:

- در این قسمت با توجه به آیتم‌های موجود چگونگی رسیدن مصدوم به بیمارستان یا مراکز بهداشتی درمانی تعیین گردد.
- شخصاً یا خانواده اورژانس 115 زمینی اورژانس 115 هوایی پلیس سایر آمبولانس‌ها امداد هوایی، دریایی، هلال احمر
- سایر

مشخصات آسیب

مشخصات آسیب:

در این قسمت با توجه به آیتم‌های موجود ناحیه آسیب، ماهیت آسیب و شدت آسیب انتخاب گردد.

ناحیه آسیب:

- چشم سر و گردن صورت توراکس ابدومن، کمر، لگن اندام فوقانی اندام تحتانی نامشخص

ماهیت آسیب:

- زخم سطحی زخم باز شکستگی دررفتگی، کشیدگی، جابجایی آسیب عروقی آسیب احشا داخلی له
- شدگی آمپوتاسیون و نقص عضو سوختگی خفگی جسم خارجی سایر نامشخص

شدت آسیب:

- فقدان ظاهری آسیب
- آسیب سطحی یا مختصر (نظیر ضرب دیدگی، کبودی، بریدگی مختصر)
- متوسط، نیازمند درمان تخصصی (شکستگی یا زخم‌های نیازمند بخیه)
- شدید، نیازمند مدیریت طبی یا جراحی ویژه (خونریزی داخلی، پارگی ارگانها و یا آسیب شدید عروق خونی)

مکانیسم آسیب

نوع حادثه حمل و نقل:

- جاده ای ریلی هوایی دریایی

محل رخداد حادثه جاده ای:

- سواره رو (بزرگراه) آزادراه کوچه و خیابان جاده بین شهری راه روستایی

پیاده رو

وضعیت فرد مصدوم:

- عابر پیاده راننده خودرو راکب دوچرخه راکب موتورسیکلت
مسافران یا سرنشینان خودرو (جز راننده) یا ترک سوار موتور سایر موارد نامشخص

وسیله نقلیه فرد مصدوم:

- خودروی سبک شخصی خودروی سبک عمومی (تاکسی، ون و ...) وسیله نقلیه کشاورزی خودروی سنگین شخصی خودروی سنگین عمومی سایر نامشخص اندیکاسیون ندارد

طرف مقابل:

- عابر پیاده خودروی سبک شخصی خودروی سبک عمومی (تاکسی، ون و ...) وسیله نقلیه کشاورزی خودروی سنگین شخصی خودروی سنگین عمومی سایر نامشخص اندیکاسیون ندارد

تاثیر روانگردان یا مشروبات الکلی:

شک به مصرف (دریافت گزارش، شواهد یا تست) نامشخص (عدم وجود اطلاعات در این خصوص)

استفاده از کمر بند ایمنی: بلی خیر کاربرد ندارد

استفاده از کلاه ایمنی: بلی خیر کاربرد ندارد

استفاده از صندلی مخصوص کودک: بلی خیر کاربرد ندارد

هزینه خدمات ارائه شده به مصدوم (طبق ماده 92): ----- ریال

وضعیت مصدوم هنگام ترخیص:

وضعیت فرد مصدوم هنگام ترخیص:

در این قسمت با توجه به آیتم‌های موجود وضعیت مصدوم هنگام ترخیص از بیمارستان تعیین گردد.

- ترخیص با دستور دارویی ترخیص بدون دستور دارویی معلولیت ترک بیمارستان با مسئولیت شخص فرار ارجاع
- فوت فوت در بدو ورود به بیمارستان فوت در اورژانس فوت در بخش مراقبت‌های ویژه
- فوت در اتاق عمل فوت در سایر بخشها

مدت بستری

مدت بستری:

در این قسمت اگر مدت بستری زیر 24 ساعت بود قسمت ساعت و اگر بیشتر از 24 ساعت بود قسمت روز تکمیل گردد.
... ساعت (تنها در موارد بستری زیر 24 ساعت) روز

شرح خلاصه واقعه

شرح خلاصه واقعه:

در این قسمت شرح مختصری از چگونگی رخداد حادثه از زبان فرد مصدوم ثبت گردد.

نتیجه پیگیری یکماه بعد

نتیجه پیگیری یکماه بعد:

در این قسمت با توجه به آیتم‌های موجود وضعیت مصدوم پس از گذشت یکماه تعیین گردد.

بهبود کامل بهبود نسبی معلولیت فوت

دستورالعمل تکمیل فرم ثبت مصدومین حوادث ترافیکی (فرم 7-ع د)

مشخصات مرکز ثبت اطلاعات:

در این قسمت، نام دانشگاه، نام شهرستان، نام بیمارستان و نوع وابستگی ثبت می شود .

مشخصات دموگرافیک مصدوم:

در این قسمت، نام، نام خانوادگی، نام پدر، تاریخ تولد، شماره شناسنامه، کد ملی، محل تولد، بخش، جنسیت، تاریخ پذیرش، شماره پرونده بیمارستانی، جنسیت، شغل، تلفن، اتباع خارجی، آدرس، استان محل سکونت، شهرستان محل سکونت، شهرستان محل سکونت، بخش محل سکونت

نوع مصدوم:

در این قسمت نوع ورود مصدوم به بیمارستان را که توسط اورژانس 115، آمبولانس خصوصی، مراجعه شخصی، انتقالی از مراکز درمانی دیگر و تصویر برگه‌ی ماموریت اورژانس در صورت موجود نبودن آن، تأییدیه نیروی انتظامی که باید اسکن آن ارسال شود .

چگونگی حادثه:

که خود شامل چندین آیتم اطلاعاتی می باشد:

- ۱- مکان وقوع حادثه: خیابان و معابر داخل شهر، بزرگراه داخل شهر، جاده بین شهری، زرگراه خارج شهری، معابر روستائی، جاده روستائی و سایر می‌باشد.
- ۲- تاریخ و ساعت حادثه
- ۳- استان، شهرستان، بخش
- ۴- وضعیت فرد در زمان وقوع حادثه از لحاظ عابر، دوچرخه‌سوار، موتور سوار، سرنشین سواری و سایر وسایل نقلیه سبک و سنگین
- ۵- نوع خودرو و یا وسیله نقلیه که فرد با آن تصادف کرده است
- ۶- موقعیت فرد آسیب دیده در نوع در زمان وقوع حادثه
- ۷- توصیف چگونگی حادثه بر اساس کدینگ ICD10

نوع آسیب:

در این قسمت ناحیه صدمه دیده، نوع آسیب در ناحیه مورد نظر، تعیین دقیق نوع صدمه و موضع آسیب دیده براساس طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها ثبت می شود .

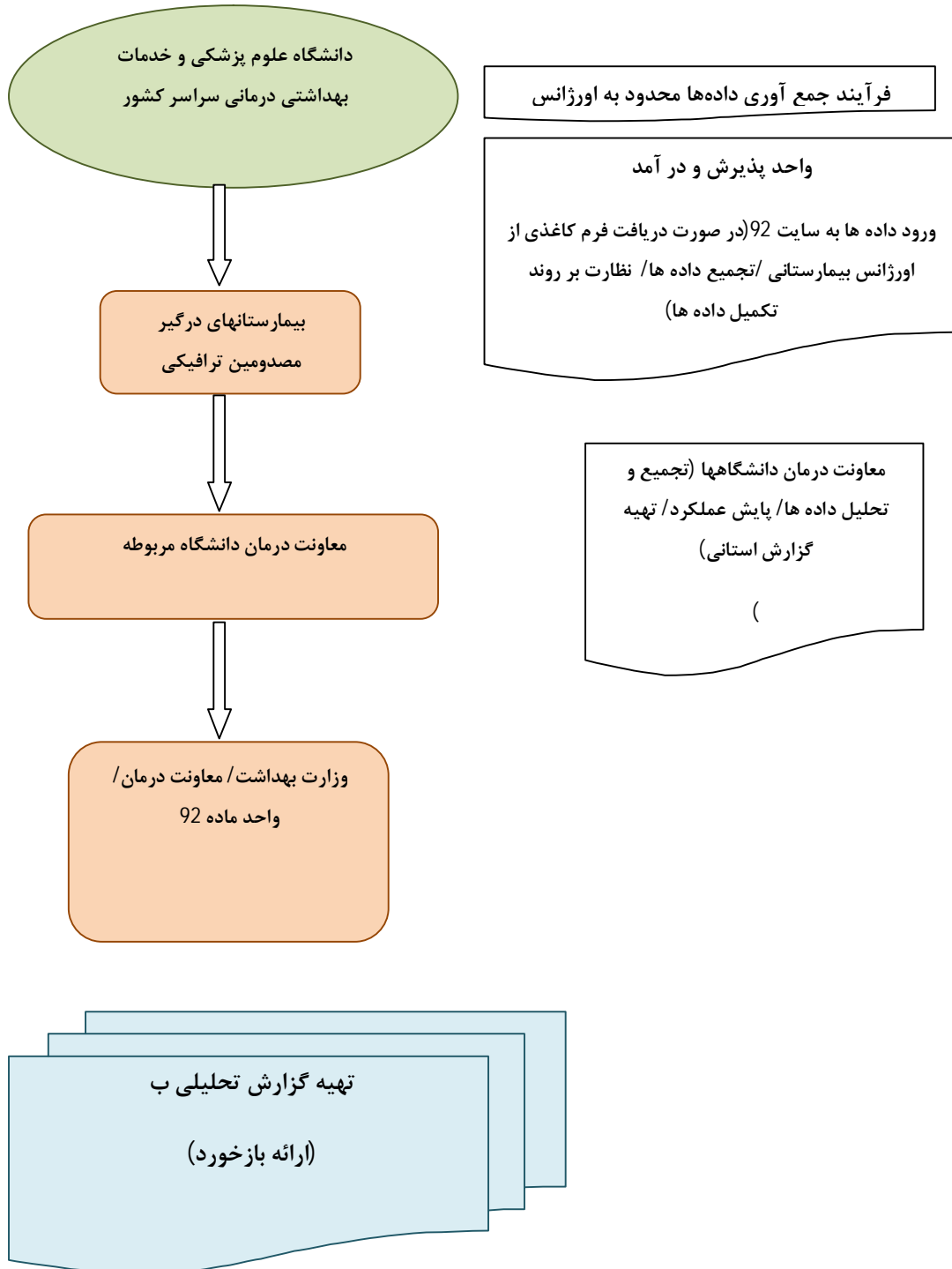
قصد و نیت:

در این قسمت با توجه به آیتم‌های موجود نقش، قصد یا نیت فرد مصدوم در رخداد حادثه تعیین گردد.

نحوه بیمار هنگام ترخیص:

در این قسمت با توجه به آیتم‌های موجود وضعیت بیمار هنگام ترخیص ثبت می شود .
مصدوم برای پی گیری درمان مراجعه نموده است .

فلوچارت نظام کشوری مراقبت بیمارستانی حوادث



1- نام شاخص: بروز حوادث غیر ترافیکی
2- تعریف شاخص: میزان بروز حوادث غیر ترافیکی سقوط، سوختگی، نزاع خیابانی و سایر به تفکیک منجر به فوت و بستری شدن در بیمارستان در 100,000 نفر جمعیت
3- نحوه محاسبه شاخص: مصدومین ناشی از حوادث غیر ترافیکی سقوط، سوختگی، نزاع خیابانی و سایر به تفکیک منجر به فوت و بستری شدن بیمارستان هر شهرستان کل جمعیت شهرستان در همان سال
4- منابع استخراج صورت کسر: مصدومین، نظام کشوری مراقبت حوادث فوتی، آمار پزشکی قانونی
5- منابع استخراج مخرج کسر: معاونت بهداشتی دانشگاه آمار را به تفکیک شهرستان و از منابع زیر تهیه می کند: ü روستا زیج حیاتی و سرشماری ü شهر سرشماری (مرکز آمار ایران و ثبت احوال)
6- متغیرهای تفکیک کننده نابرابری: جنس، سن، سطوح اقتصادی، تحصیلات، ناحیه (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان
7- سازمان متولی اصلی تولید شاخص (پاسخگو): وزارت بهداشت (مرکز مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی) سازمان پزشکی قانونی کشور
8- دوره زمانی تولید و به روز رسانی: سالیانه
9- نمونه فرم تکمیل اطلاعات (فرمهای آماری برای جمع آوری داده ها): فرم 8 - ع د

مشخصات مرکز ثبت اطلاعات:

در این قسمت، نام دانشگاه، نام بیمارستان/مرکز بهداشتی درمانی، استان و شهرستان درج گردد.

نام دانشگاه: -----
 نام بیمارستان: ----- استان: ----- شهرستان: -----
 نام مرکز بهداشتی درمانی: ----- استان: ----- شهرستان: -----

مشخصات دموگرافیک مصدوم

مشخصات دموگرافیک مصدوم:

در این قسمت، کد ملی، نام و نام خانوادگی، جنسیت، تاریخ تولد، تلفن ثابت، کد شهرستان، تلفن همراه، تلفن جهت تماس ضروری، محل اقامت و شغل فرد مصدوم درج گردد.

نام و نام خانوادگی: ----- کد ملی: ----- جنس: مذکر مونث نامشخص
 تاریخ تولد: --/--/---- کد ملی سرپرست خانوار: -----
 تلفن ثابت: ----- کد شهرستان: ----- تلفن همراه: -----
 تلفن جهت تماس ضروری: ----- محل اقامت: استان: ----- شهرستان: ----- شهر/منطقه شهری/روستا: -----
 شغل: -----
 سن زیر 7 سال دانش آموز دانشجوی کارمند کارگر
 خانه دار آزاد بیکار سرباز بازنشسته
 پرسنل نیروی انتظامی نامشخص سایر موارد

مشخصات حادثه

مشخصات حادثه:

در این قسمت تاریخ رخداد حادثه، ساعت رخداد و مشخصات محل رخداد (استان، شهرستان، شهر/منطقه شهری/روستا) درج گردد.
 در تکمیل ایتم ساعت رخداد از فرمت 24 ساعته استفاده گردد (یعنوان مثال 5 بعداز ظهر را 17 ثبت فرمایید)

تاریخ رخداد حادثه: --/--/---- ساعت رخداد حادثه: --:--
 استان: ----- شهرستان: ----- شهر/منطقه شهری/روستا: -----

محل رخداد حادثه

محل رخداد حادثه:

در این قسمت نام محلی که حادثه در آن رخ می دهد انتخاب گردد.

- منزل، شامل فضای مسکونی، حیاط منزل و محوطه بیرونی ساختمان
- موسسات اقامتی (پرورشگاه، خوابگاه، آسایشگاه، اردوی نظامی، خانه سالمندان و زندان)
- اماکن آموزشی، سایر سازمانها و مناطق اداری دولتی (محوطه مدرسه، دانشگاه، سینما، باشگاه، بیمارستان، کتابخانه، مهد)
- اماکن ورزشی
- معابر ترافیکی (کوچه، خیابان، بزرگراه، جاده، پیاده رو)
- اماکن تجاری یا ارائه خدمت (فرودگاه، بانک، پمپ بنزین، هتل، رستوران، مرکز خرید)

ن منطقه صنعتی و ساختمان سازی (کارگاه، کارخانه، معدن) □

ن مزرعه □

ن سایر مکانهای مشخص (ساحل، اردوگاه توریستی، بیابان، دریاچه، رودخانه، کوهستان، پارکها و شهرهای بازی □

فعالیت حین رخداد حادثه

فعالیت حین رخداد حادثه:

در این قسمت با توجه به آیتم‌های موجود نوع فعالیت حین رخداد حادثه انتخاب گردد.

- راه رفتن و دویدن □ بالارفتن و پریدن □ ورزش □ پخت و پز □ رفت و روب □ ساخت و ساز □
کار با وسایل الکترونیکی و کامپیوتری □ رانندگی □ بازی □ کار در مراکز صنعتی مثل کارخانه، کار با قیر، مواد سوختی □
کار در مزرعه □ سایر □ نامشخص □

قصد و نیت

قصد و نیت:

در این قسمت با توجه به آیتم‌های موجود نقش، قصد یا نیت فرد مصدوم در رخداد حادثه تعیین گردد.

- غیر عمدی (تصادفی) □ خود آزاری عمدی (خودکشی یا اقدام به خودکشی) □
دیگر آزاری (خشونت بین فردی، حمله، تجاوز) □ مداخلات قانونی □
عملیات جنگی و آشوبهای محلی □ اجرای آداب و رسوم □
حوادث غیر مترقبه طبیعی (زلزله، سیل، سقوط بهمن و ...) □ نامشخص □

نحوه رسیدن مصدوم به بیمارستان یا مراکز بهداشتی درمانی

نحوه رسیدن مصدوم به بیمارستان یا مراکز بهداشتی درمانی:

در این قسمت با توجه به آیتم‌های موجود چگونگی رسیدن مصدوم به بیمارستان یا مراکز بهداشتی درمانی تعیین گردد.

- شخصا یا خانواده □ اورژانس 115 □ پلیس □ سایر آمبولانس ها □ امداد هوایی، دریایی □ هلال احمر □ سایر □

مشخصات آسیب

مشخصات آسیب:

در این قسمت با توجه به آیتم‌های موجود ناحیه آسیب، ماهیت آسیب و شدت آسیب انتخاب گردد.

ناحیه آسیب:

چشم سر و گردن صورت توراکس ابدومن، کمر، لگن اندام فوقانی اندام تحتانی نامشخص

ماهیت آسیب:

زخم سطحی زخم باز شکستگی دررفتگی، کشیدگی، جابجایی آسیب عروقی آسیب احشا داخلی له شدگی آمپوتاسیون و نقص عضو سوختگی مسمومیت خفگی جسم خارجی سایر نامشخص

شدت آسیب:

فقدان ظاهری آسیب

آسیب سطحی یا مختصر (نظیر ضرب دیدگی، کبودی، بریدگی مختصر)

متوسط، نیازمند درمان تخصصی (شکستگی یا زخم‌های نیازمند بخیه)

شدید، نیازمند مدیریت طبی یا جراحی ویژه (خونریزی داخلی، پارگی ارگانها و یا آسیب شدید عروق خونی)

مکانیسم آسیب

مکانیسم آسیب:

در این قسمت با توجه به آیتم‌های موجود مکانیسم حادثه ای که باعث آسیب فرد گردیده است انتخاب، سپس زیر مجموعه هر بخش را تکمیل نمایید. در صورتی که مکانیسم آسیب نامشخص بود آیتم نامشخص و در صورتی که مکانیسم آسیب موردی به جز آیتم‌های موجود بود گزینه سایر را انتخاب و مکانیسم آسیب را شرح دهید.

توضیحات: اگر بیش از یک نوع حادثه رخ داده است، به آن حادثه ای اشاره می‌گردد که منجر به آسیب بدنی شدیدتری گردیده است.

Ø سقوط

همتراز غیرهتراز سایر نامشخص

Ø قرار گرفتن در معرض نیروهای مکانیکی بیجان

قرار گرفتن در معرض ضربه ناشی از سقوط یک شی، انداخته شدن یا پرتاب شدن آن

گیر افتادن، له شدن، تحت فشار قرار گرفتن، ماندن درون یا میان اجسام

تماس با اجسام برنده (شیشه تیز، چاقو، شمشیر یا خنجر)

تماس با ابزار دستی غیر موتوری (غیر ماشینی)

تماس با ابزار دستی موتوری یا لوازم برقی خانگی

تماس با ماشین آلات کشاورزی

- شلیک سلاح گرم
 انفجار مخازن تحت فشار (ظرف، کپسول یا تایلر)
 انفجار سایر مواد
 آتش بازی
 سایر
 نامشخص

Ø قرار گرفتن در معرض نیروهای مکانیکی جاندار

- ضربه خوردن، کوبیده شدن، لگد خوردن، پیچانده شدن
 اصابت کردن به یا خوردن به چیزی
 له شدن، هل داده شدن یا رانده شدن به سمت جلو توسط جمعیت یا حین هجوم
 برخورد با شاخ حیوانات
 سایر
 نامشخص

Ø حیوان گزیدگی

- حیوان اهلی
 حیوان وحشی
 نامشخص

Ø گزش جانوران زهری و گیاهان سمی

عقرب گزیدگی:

- مقدار سرم مصرفی: (تعداد ویال آنتی ونوم) نامشخص
 شوک سرم (آنتی ونوم): بلی خیر نامشخص
 راه تجویز سرم (آنتی ونوم): عضلانی وریدی نامشخص
 سابقه مصرف سرم: بلی خیر نامشخص
 سابقه شوک سرم: بلی خیر نامشخص

وضعیت مصدوم با تزریق سرم و فاصله زمانی گزش تا تزریق:

- 6- (ساعت پس از گزش): بهبودی مرگ نامشخص
 6- 12 (ساعت پس از گزش): بهبودی مرگ نامشخص
 بیش از 12 (ساعت پس از گزش): بهبودی مرگ نامشخص

وضعیت مصدوم بدون تزریق سرم (آنتی ونوم):

- بهبودی مرگ

مارگزیدگی:

- مقدار سرم مصرفی (تعداد ویال آنتی ونوم) نامشخص
 شوک سرم (آنتی ونوم) بلی خیر نامشخص
 راه تجویز سرم (آنتی ونوم): عضلانی وریدی نامشخص
 سابقه مصرف سرم بلی خیر نامشخص
 سابقه شوک سرم بلی خیر نامشخص

وضعیت مصدوم با تزریق سرم و فاصله زمانی گزش تا تزریق:

- 6- (ساعت پس از گزش): بهبودی مرگ نامشخص
6-12 (ساعت پس از گزش): بهبودی مرگ نامشخص
بیش از 12 (ساعت پس از گزش): بهبودی مرگ نامشخص

وضعیت مصدوم بدون تزریق سرم (آنتی ونوم):

- بهبودی مرگ نامشخص

زنبورگزیدگی

رتیل گزیدگی

عنکبوت گزیدگی

مورچه آتشین

تماس با گیاهان زهری دریایی

سایر

نامشخص

Ø عوارض مراقبت پزشکی و جراحی

- حوادث ناگوار برای بیمار در جریان درمان طبی یا جراحی
عوارض جانبی داروها، مواد دارویی و بیولوژیک در روند درمان طبی
عوارض جانبی ناشی از استفاده از وسایل تشخیصی و درمانی
سایر نامشخص

Ø قرار گرفتن در معرض دود، آتش و شعله

- قرار گرفتن در معرض (مواجهه با) دود قرار گرفتن در معرض (مواجهه با) شعله سایر نامشخص

Ø تماس با حرارت و مواد داغ

- تماس با مایعات داغ، خوراک داغ، چربی یا روغن های داغ پخت و پز
تماس با آب داغ لوله کشی تماس با بخار آب یا بخارات داغ تماس با سطوح داغ
سوختگی شیمیایی سایر نامشخص

Ø مسمومیت و قرار گرفتن در معرض مواد سمی

- مسمومیت اتفاقی با و قرار گرفتن در معرض (مواجهه) با داروها
- مسمومیت اتفاقی با و قرار گرفتن در معرض (مواجهه) الکل
- مسمومیت با منواکسید کربن
- مسمومیت اتفاقی با و قرار گرفتن در معرض (مواجهه) آفت کش ها (سموم دفع آفات)
- مسمومیت اتفاقی با و قرار گرفتن در معرض (مواجهه) مواد شیمیایی
- مسمومیت با مواد مخدر
- سایر □ نامشخص

Ø غرق شدن و غوطه و بردن تصادفی در آب □

غرق شدگی یا غوطه و بردن در آب :

- | | | |
|---|---|--|
| □ در محدوده طرح سالم سازی
□ خارج از محدوده طرح سالم سازی | } | ن حین شنا □:
□ استخر □ در برکه، دریاچه □ در رودخانه، کانال، سایر آبهای جاری □ دریا □ |
| □ در محدوده طرح سالم سازی
□ خارج از محدوده طرح سالم سازی | } | ن بدنبال افتادن □:
□ استخر □ در برکه، دریاچه □ در رودخانه، کانال، سایر آبهای جاری □ دریا □ |

- سایر □ نامشخص

وضعیت فرد غرق یا غوطه ور شده:

- بومی □ مهمان □

Ø سایر حوادث تهدید کننده تنفس □

- خفگی یا حلق آویز شدن یا سایر انواع انسداد راههای هوایی
- تهدید تنفسی بدنبال ریزش آوار، فرو ریختن زمین یا سایر مواد
- بلع غذا که باعث انسداد مجرای تنفسی شود
- بلع سایر اجسام که باعث انسداد مجرای تنفسی شود
- محبوس یا محصور شدن در محیط کم اکسیژن □
- سایر □ نامشخص

Ø قرار گرفتن در معرض جریان الکتریکی، اشعه و تغییرات شدید فشار و دمای هوا □

- قرار گرفتن در معرض (مواجهه) با جریانهای الکتریکی
- قرار گرفتن در معرض (مواجهه) با اشعه یونیزه، ماورای بنفش و نور مرئی ساخته دست بشر وسایر تشعشعات غیر یونیزه □
- حوادث هسته‌ای و رادیواکتیو □
- قرار گرفتن در معرض (مواجهه) با منابع شدید گرمایی ساخته دست بشر □
- قرار گرفتن در معرض (مواجهه) با فشار بالا یا پایین هوا و تغییرات فشار جوی □

Ø حوادث چهارشنبه سوری □

توضیحات: این آیتم فقط از 1 اسفند تا 15 فروردین تکمیل می‌گردد.

نوع آسیب:

- سوختگی با آتش □ آسیب با مواد محترقه:
- قانونی (صنعتی) ترقه، آبشار، سیگارت و ... □
غیرقانونی (دست‌ساز) اکلیل، نارنجک، بمب و ... □

نوع فعالیت حین حادثه:

- حین ساخت مواد محترقه □ حین عبور از محل وقوع حادثه □ حین بازی با مواد محترقه □
حین انجام وظیفه (برای پرسنل نیروی انتظامی و نیروهای امدادی) □ حین پریدن از روی آتش □
حین تماشا کردن □ سایر موارد □ نامشخص □

Ø سایر □ با ذکر توضیح - - - - -

Ø نامشخص □

وضعیت مصدوم هنگام ترخیص:

وضعیت فرد مصدوم هنگام ترخیص:

در این قسمت با توجه به آیتم‌های موجود وضعیت مصدوم هنگام ترخیص از بیمارستان تعیین گردد.

- ترخیص با دستور دارویی □ ترخیص بدون دستور دارویی □ معلولیت □ ترک بیمارستان با مسئولیت شخصی □ فرار □ ارجاع □
فوت □ فوت در بدو ورود به بیمارستان □ فوت در اورژانس □ فوت در بخش مراقبت‌های ویژه □
فوت در اتاق عمل □ فوت در سایر بخشها □

مدت بستری

مدت بستری:

در این قسمت اگر مدت بستری زیر 24 ساعت بود قسمت ساعت و اگر بیشتر از 24 ساعت بود قسمت روز تکمیل گردد.

... ساعت (تنها در موارد بستری زیر 24 ساعت) ... روز

شرح خلاصه واقعه

شرح خلاصه واقعه:

در این قسمت شرح مختصری از چگونگی رخداد حادثه از زبان فرد مصدوم ثبت گردد.

نتیجه پیگیری یکماه بعد

نتیجه پیگیری یکماه بعد:

در این قسمت با توجه به آیتم‌های موجود وضعیت مصدوم پس از گذشت یکماه تعیین گردد.

بهبود کامل بهبود نسبی معلولیت فوت

دستورالعمل تکمیل فرم ثبت مصدومین حوادث (مراکز بهداشتی درمانی-بیمارستان) (فرم 8 - ع د)

مشخصات مرکز ثبت اطلاعات:

در این قسمت، نام دانشگاه، نام بیمارستان/مرکز بهداشتی درمانی، استان و شهرستان درج گردد.

مشخصات دموگرافیک مصدوم:

در این قسمت، کد ملی، نام و نام خانوادگی، جنسیت، تاریخ تولد، کد ملی سرپرست خانوار، تلفن ثابت، کد شهرستان، تلفن همراه، تلفن جهت تماس ضروری، محل اقامت و شغل فرد مصدوم درج گردد.

مشخصات حادثه:

در این قسمت تاریخ رخداد حادثه، ساعت رخداد و مشخصات محل رخداد (استان، شهرستان، شهر/منطقه شهری/روستا) درج گردد.

در تکمیل ایتم ساعت رخداد از فرمت 24 ساعته استفاده گردد (بعنوان مثال 5 بعداز ظهر را 17 ثبت فرمایید)

محل رخداد حادثه:

در این قسمت نام محلی که حادثه در آن رخ می دهد انتخاب گردد.

فعالیت حین رخداد حادثه:

در این قسمت با توجه به آیت‌های موجود نوع فعالیت حین رخداد حادثه انتخاب گردد.

قصد و نیت:

در این قسمت با توجه به آیت‌های موجود نقش، قصد یا نیت فرد مصدوم در رخداد حادثه تعیین گردد.

نحوه رسیدن مصدوم به بیمارستان یا مراکز بهداشتی درمانی:

در این قسمت با توجه به آیت‌های موجود چگونگی رسیدن مصدوم به بیمارستان یا مراکز بهداشتی درمانی تعیین گردد.

مشخصات آسیب:

در این قسمت با توجه به آیت‌های موجود ناحیه آسیب، ماهیت آسیب و شدت آسیب انتخاب گردد.

مکانیسم آسیب:

در این قسمت با توجه به آیت‌های موجود مکانیسم حادثه ای که باعث آسیب فرد گردیده است انتخاب، سپس زیر مجموعه هر بخش را تکمیل نمایید. در صورتی که مکانیسم آسیب نامشخص بود آیت نامشخص و در صورتی که مکانیسم آسیب موردی به جز آیت‌های موجود بود گزینه سایر را انتخاب و مکانیسم آسیب را شرح دهید. توضیحات: اگر بیش از یک نوع حادثه رخ داده است، به آن حادثه ای اشاره می‌گردد که منجر به آسیب بدنی شدیدتری گردیده است.

وضعیت فرد مصدوم هنگام ترخیص:

در این قسمت با توجه به آیت‌های موجود وضعیت مصدوم هنگام ترخیص از بیمارستان تعیین گردد.

فوت:

در این قسمت با توجه به آیت‌های موجود محل فوت مصدوم تعیین گردد.

مدت بستری:

در این قسمت اگر مدت بستری زیر 24 ساعت بود قسمت ساعت و اگر بیشتر از 24 ساعت بود قسمت روز تکمیل گردد.

شرح خلاصه واقعه:

در این قسمت شرح مختصری از چگونگی رخداد حادثه از زبان فرد مصدوم ثبت گردد.

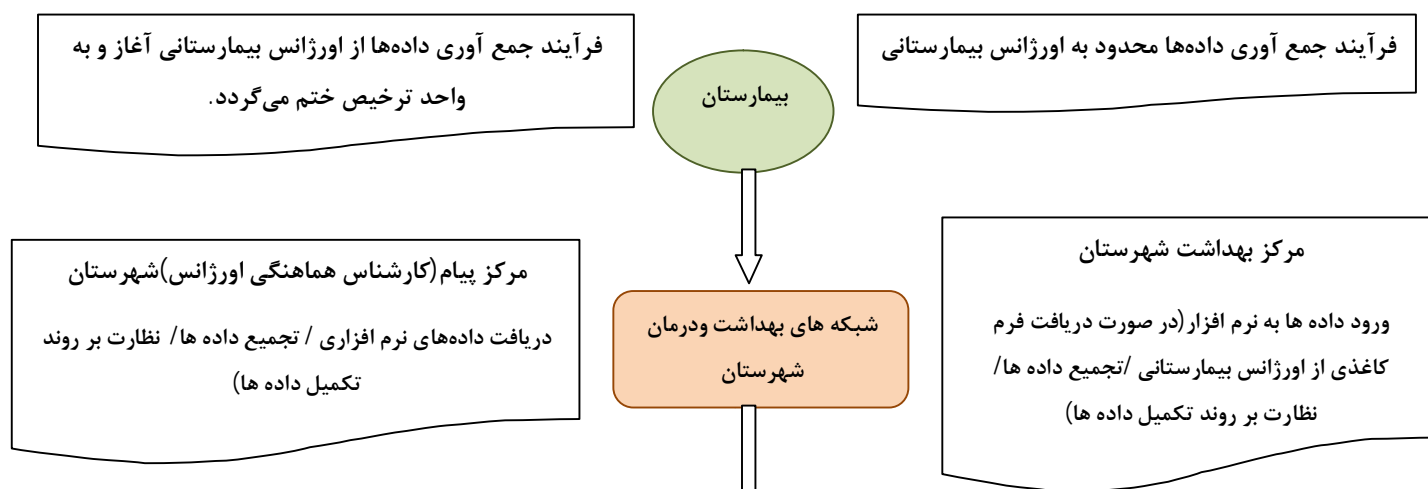
نتیجه پیگیری یکماه بعد:

در این قسمت با توجه به آیت‌های موجود وضعیت مصدوم پس از گذشت یکماه تعیین گردد.

فلوچارت نظام کشوری مراقبت بیمارستانی حوادث:

روند موجود

روند آتی



تهیه گزارش تحلیلی نظام کشوری مراقبت حوادث

(ارائه بازخورد)

1- نام شاخص: بروز تمام سرطان ها
2- تعریف شاخص: میزان گزارش جدید کلیه سرطان ها (یا ثبت شده جدید) در طی یک سال در 100,000 نفر جمعیت
3- نحوه محاسبه شاخص: $\frac{\text{تعداد موارد جدید سرطان ثبت شده در طول سال}}{\text{جمعیت وسط سال}}$
4- منابع استخراج صورت کسر: فرم های برنامه ثبت سرطان
5- منابع استخراج مخرج کسر: روستا زیج حیاتی و سرشماری - شهر سرشماری
6- متغیرهای تفکیک کننده نابرابری: سن، جنس، شغل، سطوح اقتصادی، ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان
7- سازمان متولی اصلی تولید شاخص (پاسخگو): وزارت بهداشت (مرکز مدیریت بیماری های غیر واگیر)
8- دوره زمانی تولید و به روز رسانی: سالیانه
9- نمونه فرم تکمیل اطلاعات (فرمهای آماری برای جمع آوری داده ها): فرم 9 - ع د



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت بهداشت

----- دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی -----

----- نام مرکز -----

برنامه کشوری ثبت سرطان

فرم شماره 4: فرم ثبت سرطان مبتنی بر جمعیت

الف / اطلاعات هویتی بیمار	
1- شماره پرونده: -----	
2- نام: -----	3- نام خانوادگی: -----
4- نام پدر: -----	
5- جنسیت: 1- مرد £ 2- زن £ 3- نامشخص £	6- تاریخ تولد: روز...../ماه...../سال..... 13
7- کشور محل تولد: -----	8- استان محل تولد: -----
9- شهرستان/شهر محل تولد: -----	10- شماره شناسنامه: -----
11- کد ملی: -----	12- کد پستی 10 رقمی: -----
13- بیمه شده: 1- بلی £ 2- خیر £	14- نوع بیمه: -----
15- شماره بیمه: -----	16- ملیت: 1- ایرانی £ 2- غیر ایرانی £ 3- نامشخص £
17- شغل: -----	18- وضعیت تأهل: 1- مجرد £ 2- متأهل £ 3- مطلقه £ 4- همسر مرده £ 5- نامشخص £
19- کد ملی سرپرست خانوار: -----	20- آدرس دائم: -----
1- استان: -----	2- شهرستان / شهر: -----
3- روستا: -----	
4- خیابان: -----	5- کوچه: -----
6- پلاک: -----	7- مدت سکونت: ماه ----- سال -----
21- تلفن: -----	22- تلفن بستگان: -----
کد: -----	
ب/ روش تشخیص: (میکروسکپی)	
23- روش تشخیص: 1- پاتولوژی - متاستاز £ 2- پاتولوژی اولیه £ 3- سیتولوژی £ 4- هماتولوژی £ 5- نامشخص £	24- تاریخ تشخیص: روز ----- / ماه ----- / سال ----- 13
25- شماره نمونه پاتولوژی یا سیتولوژی: -----	26- نام آزمایشگاه: -----
ج - روش تشخیص: (غیر میکروسکپی)	
27- بالینی	1- بلی £ 2- خیر £
28- سونوگرافی	1- بلی £ 2- خیر £
29- X Ray	1- بلی £ 2- خیر £
30- آندوسکپی	1- بلی £ 2- خیر £
31- ماموگرافی	1- بلی £ 2- خیر £
32- CT Scan	1- بلی £ 2- خیر £
33- تومورمارکر	1- بلی £ 2- خیر £
34- MRI	1- بلی £ 2- خیر £
35- جواز دفن	1- بلی £ 2- خیر £
36- تاریخ تشخیص: روز ----- / ماه ----- / سال ----- 13	
د/ مشخصات تومور:	
37- محل دقیق سرطان: -----	تشخیص نهایی: -----
38- کد ICD-0: -----	M ----- C-----
39- محل متاستاز: 1- بدون متاستاز £ 2- لنف نود دور دست £ 3- استخوان £ 4- کبد £ 5- ریه، پلور £ 6- مغز £ 7- تخمدان £ 8- پوست £ 9- سایر موارد £ 10- نامشخص £	
40- مرحله (Stage) تومور: -----	
41- تاریخ تکمیل فرم: روز ----- / ماه ----- / سال ----- 13	42- نام تکمیل کننده فرم: ----- امضاء

در قسمت بالای فرم منظور از نام مرکز، منبع جمع‌آوری آمار می‌باشد که باید به صورت کامل و با ذکر نام شهرستان باشد
مثلاً مرکز تصویربرداری سینما شهرستان گناباد، یا مرکز بیمارستان سینا شهرستان شاهرود.....
این فرم شامل چهار قسمت به شرح زیر می‌باشد:

الف) اطلاعات هویتی بیمار:

مسئول تکمیل اطلاعات: کارشناس ثبت سرطان مبتنی بر جمعیت

- ۱- شماره پرونده: -----
- منظور، شماره کامل پرونده بیمارستانی و یا درمانگاهی بیمار است.
- ۲- نام: -----
- نام بیمار، دقیقاً براساس شناسنامه، دفترچه بیمه یا کارت شناسایی معتبر نظیر گواهینامه رانندگی، تکمیل گردد.
- ۳- نام خانوادگی: -----
- نام خانوادگی بیمار، دقیقاً براساس شناسنامه، دفترچه بیمه یا کارت شناسایی معتبر نظیر گواهینامه رانندگی، تکمیل گردد.
- دقت شود که پیشوند و یا پسوند نام خانوادگی، حتماً ذکر گردد.
- ۴- نام پدر: -----
- نام پدر بیمار، دقیقاً براساس شناسنامه، دفترچه بیمه یا کارت شناسایی معتبر نظیر گواهینامه رانندگی، تکمیل گردد.
- ۵- جنسیت: 1- مرد £ 2- زن £ 3- هرمافرودیت £
- جنسیت بیمار از روی فنوتیپ ظاهری، تکمیل گردد. هرمافرودیت یا دو جنسی، به ندرت مشاهده می‌شود که نیاز است با پزشک معالج، مشورت گردد.
- ۶- تاریخ تولد: روز:-----/ ماه:-----/ سال:----- 13
- براساس شناسنامه، دفترچه بیمه و یا کارت شناسایی معتبر نظیر گواهینامه رانندگی، تکمیل گردد.
- ۷- کشور محل تولد: -----
- براساس محل صدور شناسنامه است که معمولاً در دفترچه بیمه یا کارت شناسایی معتبر نظیر گواهینامه رانندگی نیز ذکر شده است.
- ۸- استان محل تولد: -----
- از بیمار و یا یکی از همراهان مطلع وی، پرسیده شود.
- ۹- شهرستان/ شهر محل تولد: -----
- براساس محل صدور شناسنامه است که معمولاً در دفترچه بیمه یا کارت شناسایی معتبر نظیر گواهینامه رانندگی نیز ذکر شده است.
- ۱۰- شماره شناسنامه: -----
- براساس محل صدور شناسنامه است که معمولاً در دفترچه بیمه یا کارت شناسایی معتبر نظیر گواهینامه رانندگی نیز ذکر شده است.
- ۱۱- شماره ملی: -----
- از روی کارت ملی، تکمیل گردد.
- ۱۲- کد پستی 10 رقمی: -----
- از بیمار و یا یکی از همراهان مطلع وی، پرسیده شود.
- ۱۳- آیا بیمه شده است: بلی £ خیر £
- براساس اینکه بیمار دارای دفترچه بیمه می‌باشد و یا خیر، پاسخ داده شود.

- ۱۴ - نوع بیمه:-----
- اگر بیمار، تحت پوشش یکی از انواع بیمه‌ها (خدمات درمانی، نیروهای مسلح، تأمین اجتماعی، دانا، ...) قرار دارد که باید از روی دفترچه بیمه بیمار، تکمیل گردد.
- ۱۵ - شماره بیمه:-----
- از روی دفترچه بیمه بیمار، تکمیل گردد.
- ۱۶ - ملیت: 1- ایرانی £ 2- غیر ایرانی £ 3- نامشخص £
- از بیمار یا یکی از همراهان مطلع وی، پرسیده شود.
- ۱۷ - وضعیت تأهل: 1- مجرد £ 2- متاهل £ 3- مطلقه £ 4- همسر مرده £ 5- نامشخص £
- ۱۸ - شغل: شغلی است که فرد در حال حاضر به آن اشتغال دارد.
- از بیمار یا یکی از همراهان مطلع وی، پرسیده شود.
- ۱۹ - شماره ملی سرپرست خانواده:----- (از روی کارت ملی سرپرست خانواده تکمیل گردد).
- ۲۰ - آدرس دائم بیمار:
- ۱- استان ----- 2- شهرستان / شهر ----- 3- روستا -----
- ۳- خیابان:----- 5- کوچه :----- 6- پلاک :-----
- ۸- مدت سکونت: ماه:----- سلا:-----
- منظور از آدرس فعلی بیمار، آدرس محل سکونت خود بیمار است. هر هفت گزینه فوق باید به صورت صحیح تکمیل گردد و مدت سکونت در آدرس فوق باید به دقت قید گردد.
- ۲۱ - تلفن بیمار:----- کد:-----
- تلفن بیمار با کد شهرستان، قید گردد.
- ۲۲ - تلفن بستگان بیمار:----- کد:-----
- تلفن بستگان بیمار که در منزل آنها اقامت دارد با کد شهرستان، قید گردد.

ب) روش تشخیص (میکروسکوپی):

- در این قسمت از فرم، روش تشخیص میکروسکوپی یا تشخیص براساس نمونه پاتولوژی بیمار، مشخص می‌گردد:
- ۲۳ - روش تشخیص: در صورتی که تشخیص میکروسکوپی باشد، ممکن است براساس بیوپسی یا نمونه‌برداری از محل اولیه ضایعه و یا از محل متاستاز آن باشد. این دو حالت از برگه گزارش پاتولوژی بیمار، مشخص می‌شود و قسمت مربوط به آن در فرم، تکمیل می‌شود. در مواردی نیز تشخیص سرطان بیمار براساس نمونه‌های سیتولوژی (مایع پلور، آسیت، ادرار و ...) می‌باشد که باید در فرم مشخص شود. اگر تشخیص براساس نمونه آسپیراسیون مغز استخوان و یا لام خون محیطی وی باشد و نمونه بیوپسی مغز استخوان از بیمار تهیه نشده باشد، باید قسمت 23 - 4 یا هماتولوژی، تکمیل شود.
- اگر نمونه بیوپسی مغز استخوان تهیه شده باشد باید قسمت مربوط به پاتولوژی (2 یا 1 - 23)، تکمیل گردد.

- ۲۴ - تاریخ تشخیص،
- ۲۵ - شماره نمونه،
- ۲۶ - نام آزمایشگاه: باید براساس گزارش پاتولوژی بیمار، تکمیل گردد و از موارد لازمی است که باید حتماً ذکر شود.

ج) روش تشخیص (غیر میکروسکوپی):

در مواردی، روش تشخیص سرطان از روش‌های غیرپاتولوژی (میکروسکوپی) می‌باشد که باید هرکدام از این روش‌ها، دقیقاً در فرم مشخص شوند:

۲۷- بالینی: هنگامی است که سرطان، براساس علائم بالینی بیمار و معاینه و شرح حال بالینی وی توسط پزشک معالج، تشخیص داده شده باشد.

۲۸- تا 35: سرطان، براساس هرکدام از این روش‌ها، تشخیص داده شده باشد، باید قسمت مربوط به آن در فرم تکمیل شود.

- توضیح اینکه ممکن است در یک بیمار چند روش تشخیص مطرح باشد که باید همه آنها در فرم مشخص گردند و قسمت مربوطه، تکمیل شود. در برخی موارد نیز علاوه بر تشخیص پاتولوژی، روش‌های تشخیص غیرپاتولوژی نیز وجود دارد که همگی آنها باید در قسمت‌های مربوطه در فرم، تکمیل شوند.

36- تاریخ تشخیص به صورت روز، ماه و سال ذکر می‌شود و باید براساس گزارشی که از روش تشخیص در دسترس می‌باشد، تکمیل گردد و منظور اولین تاریخی است که تشخیص سرطان داده شده است.

د) مشخصات تومور:

مشخصات تومور باید براساس گزارش پاتولوژی یا گزارشیکه از روش‌های تشخیص غیر پاتولوژی در دسترس است، تکمیل شود.

37- محل دقیق سرطان: منظور توپوگرافی یا محل دقیق آناتومیک تومور است. برای مثال پوست صورت، بافت نرم بازو و

تشخیص نهایی: منظور تشخیص مورفولوژیک تومور است که باید به صورت کامل و دقیق و براساس گزارش پاتولوژی، ذکر شود مثلاً Malignant Lymphoma Large, B cell type در صورتی که تشخیص غیرپاتولوژی بوده و صرفاً بدخیمی ذکر شده باشد، همان را در قسمت مربوطه ذکر نموده و اگر تشخیص دقیق‌تری نیز ذکر شده باشد، این قسمت از فرم، تکمیل گردد. مثلاً براساس CT scan یا MRI استخوان بازو با احتمال بیشتر استئوسارکوما مشخص شده باشد، این تشخیص ذکر شود.

- توضیح: در مواردی که بیمار، هم تشخیص پاتولوژی و هم غیر پاتولوژی دارد، تشخیص پاتولوژی ارجحیت دارد و این قسمت فرم باید براساس آن، تکمیل شود.

38- کد ICD-0: باید براساس تشخیص نهایی و محل دقیق سرطان در بند 36 فرم، ICD-O تومور ذکر شود که براساس ویرایش سوم کتاب می‌باشد و به دو صورت کد توپوگرافی (C) و مورفولوژی (M) ذکر می‌شود.
- در مواردی که تشخیص غیرپاتولوژی بوده و صرفاً بدخیمی ذکر شده باشد کد مورفولوژی آن M-8000/39 خواهد بود.

39- محل متاستاز: این موارد نیز براساس گزارش پاتولوژی، تکمیل می‌شود و در صورت وجود متاستاز به هرکدام از مناطق ذکر شده در این ردیف باید قسمت مربوطه تکمیل شود.

- اگر در گزارش پاتولوژی، علاوه بر نمونه‌برداری از محل اصلی تومور از سایر مناطق ذکر شده در بالا نیز نمونه‌برداری شده باشد و توموری مشاهده نشده باشد و در گزارش پاتولوژی نیز ذکر شده باشد، باید قسمت بدون متاستاز، تکمیل شود.

- اگر از هیچ کدام از این موارد در گزارش ذکر نشده است باید قسمت نامشخص، تکمیل شود. اگر موارد دیگری بجز قسمت‌های مشخص شده در فرم گزارش پاتولوژی، دارای متاستاز باشند، قسمت «سایر موارد» تکمیل شود.

40- Stage یا مرحله تومور: این قسمت عمدتاً در گزارش‌ها و اطلاعات به دست آمده از مراکز رادیوتراپی موجود است و اگر در پرونده بیمار در بخش رادیوتراژی یا سایر بخش‌ها، مرحله یا Stage بیماری ذکر شده باشد، قسمت مربوط به آن در فرم تکمیل شود.

41 و 42: تاریخ تکمیل فرم، نام و امضاء

کارشناس ثبت سرطان مبتنی بر جمعیت، لازم است نام کامل خود را ذکر کرده، تاریخ تکمیل فرم را مشخص نموده و امضاء نماید.

الگوریتم ثبت سرطان مبتنی بر جمعیت



1 - نام شاخص: بروز حوادث مرتبط با کار به تفکیک کشنده و غیر کشنده
2 - تعریف شاخص: میزان بروز آسیب های ناشی از کار در کارگاه های مشمول قانون کار، به تفکیک منجر به فوت و بستری شدن در بیمارستان در یک صد هزار نفر جمعیت کارگری کارخانجات فوق
3 - نحوه محاسبه شاخص: تعداد آسیب های جدید کشنده و غیرکشنده (به تفکیک نوع آسیب و قسمت آسیب دیده بدن) در محیط های کاری مشمول قانون کار جمعیت کارگری واحدهای کارگری مشمول قانون کار
4 - منابع استخراج صورت کسر: فرم فعالیت ماهانه خانه بهداشت کارگری-111/3 بیماریهای محیط کار
5 - منابع استخراج مخرج کسر: فرم فعالیت ماهانه خانه بهداشت کارگری
6 - متغیرهای تفکیک کننده نابرابری: سن، جنس، سابقه کار، سطوح اقتصادی، تحصیلات، ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا)، شهرستان و سایز کمپانی (اندازه محل کار یا سطح محل کار)
7 - سازمان متولی اصلی تولید شاخص (پاسخگو): وزارت کار و امور اجتماعی - وزارت بهداشت (مرکز سلامت محیط و کار) - سازمان پزشکی قانونی کشور- سازمان تامین اجتماعی
8 - دوره زمانی تولید و به روز رسانی: فصلی (3 ماهه)
9 - نمونه فرم تکمیل اطلاعات (فرمهای آماری برای جمع آوری داده ها): فرم 21 - ع د

تعاریف و مفاهیم، اختصارات:

تعریف: حادثه ای که در محل به دلیل کار رخ داده و منجر به اقدام برای درمان در مراجع بهداشتی درمانی دارای مجوز و یا فوت شده است

منظور از مراجع بهداشتی درمانی:

مرکز HSE - خانه بهداشت کارگری، ایستگاه بهرگر، مرکز بهداشت کار، مرکز بهداشتی درمانی، مطب خصوصی، بیمارستان حوزه عمل: کارگاههای بالای 20 نفر شاغل که دارای یکی از مراکز مراقبت های بهداشتی درمانی در محل کار می باشند.

فرم گزارش حادثه ناشی از کار

(این فرم، مخصوص ثبت گزارش حوادث ناشی از کار می باشد و در اولین محل مراجعه شخص حادثه دیده برای دریافت خدمات بهداشتی و درمانی تکمیل می گردد)

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مرکز بهداشت تاریخ مراجعه: ساعت مراجعه:

محل مراجعه: خانه بهداشت کارگری ایستگاه بهکر مرکز بهداشت کار مرکز HSE مرکز بهداشتی درمانی شهری روستایی
 خانه بهداشت روستایی اورژانس بیمارستان دولتی بیمارستان / کلینیک خصوصی مطب درمانگاه تامین اجتماعی درمانگاه
 ها پزشکی فنی سایر ذکر نام:

مشخصات محل وقوع حادثه: نام کارگاه/واحد شغلی:		نام کارفرما/مدیر:		تعداد کل شاغلین: نفر نشانی کارگاه:	
مشخصات فرد آسیب دیده: نام و نام خانوادگی:		سن: (به سال)		تحصیلات: بیسواد <input type="checkbox"/> اول - پنجم ابتدایی <input type="checkbox"/>	
کد ملی سرپرست خانوار:		جنس: مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/>		سیکل <input type="checkbox"/> دیپلم <input type="checkbox"/> فوق دیپلم و بالاتر متوسط <input type="checkbox"/>	
آدرس محل سکونت:		میزان درآمد ماهیانه: (به ریال)			
عنوان شغل فعلی	تاریخ شروع	تاریخ پایان	عنوان مشاغل قبلی	تاریخ شروع	تاریخ پایان
مشخصات حادثه: تاریخ وقوع حادثه: / / 13 ساعت وقوع: محل دقیق حادثه:					
عضو آسیب دیده <input type="checkbox"/>	گردن <input type="checkbox"/>	اندام فوقانی <input type="checkbox"/>	تنه <input type="checkbox"/>	اندام تحتانی <input type="checkbox"/>	چند نقطه از بدن <input type="checkbox"/>
سر	گلو	دست	قفسه سینه	پا	صدمات عمومی سیستم عصبی
جمجمه	مهره های گردن	انگشتان دست	ستون فقرات	انگشتان پا	سیستم گوارش
گوش		مچ دست	پشت	ران	سیستم تنفسی
چشم		بازو	شکم	زانو	دستگاه گردش خون
دهان		شانه	لگن	مچ پا	محل نامشخص <input type="checkbox"/>
صورت		ساعد	سایر ...	اندام تناسلی	
سایر ...		سایر ...		سایر ...	
علت آسیب:					
1- سقوط فرد از ارتفاع (نردبان، ساختمان، داربست، ماشین آلات، وسایل نقلیه، درخت و غیره) / سقوط به عمق (چاه، کانال، حفره و غیره) 0					
2- برخورد/پرتاب/ضربه اشیا با فرد 0 3- گیر کردن فرد بین شیء ثابت و متحرک یا دو شیء متحرک 0					
4- فشار بیش از حد بر فرد (اعمال نیروی بیش از حد بر کارگر مانند بلند کردن بار سنگین، هل دادن، کشیدن بار) 0					
5- تماس با دما یا اجسام خیلی سرد یا داغ 0 6- تماس با جریان الکتریکی (برق گرفتگی) 0					
7- مسمومیت حاد شغلی 0 8- پرتوگیری حاد 0 9- سایر موارد 0 ذکر علت آسیب					
شرح واقعه (به اختصار):					
نتایج:					
1- ارائه کمک های اولیه سرپایی و بازگشت به کار مصدوم 0 2- ارائه خدمات اولیه و ارجاع 0 محل ارجاع					
2- ارائه خدمات پزشکی و گواهی استعلاجی سه روز و بیشتر 0 4- بستری بدون عمل جراحی 0 5- عمل جراحی 0 6- فوت 0					
نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:					
سمت:					
امضا:					

Ref: Recording and notification of occupational accident and diseases International Labour Office
 geneva,1996

دستور العمل تکمیل فرم گزارش حادثه

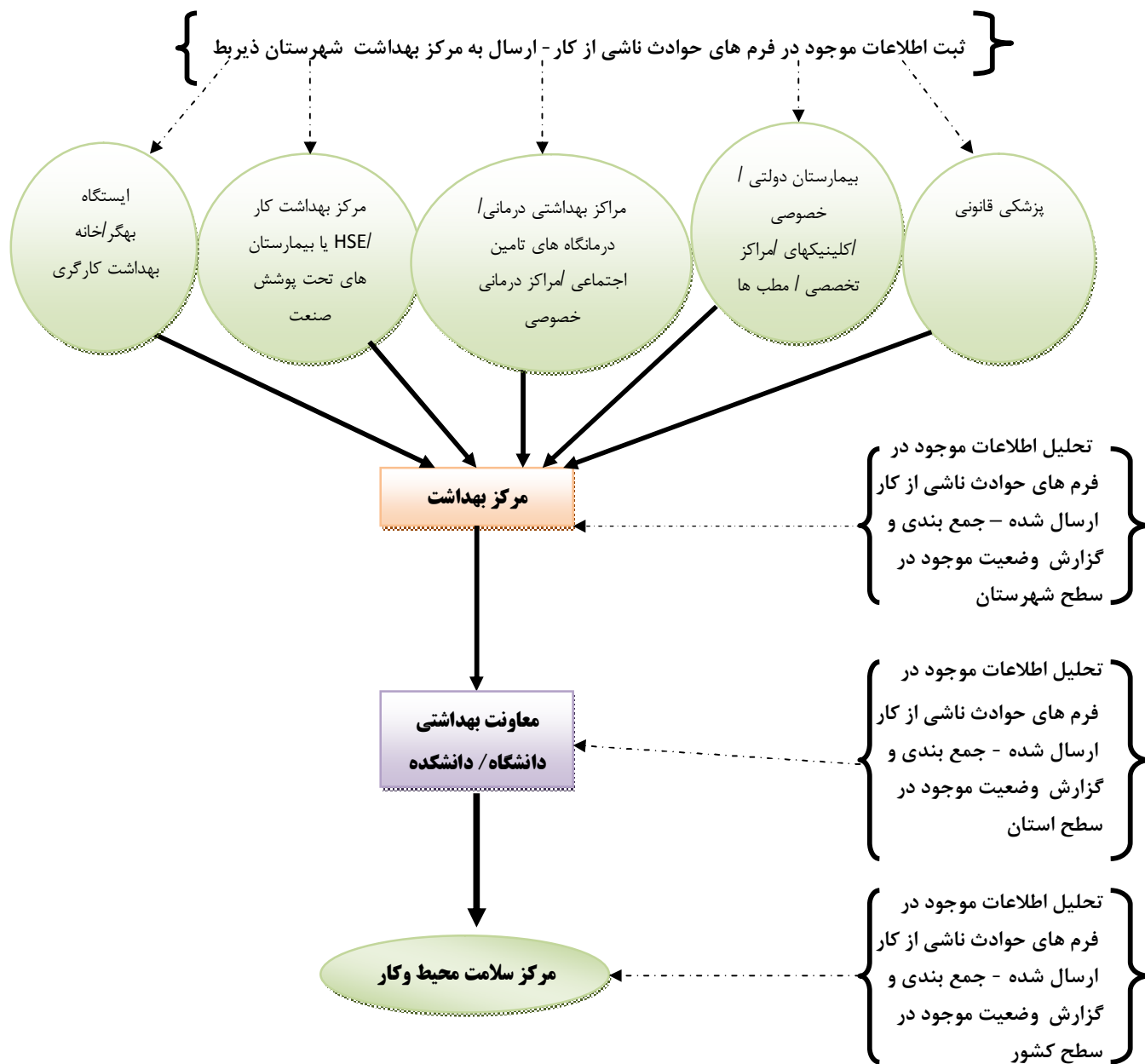
الف: اطلاعات کلی :

- ۱- این فرم مخصوص ثبت حوادث ناشی از کار می باشد و در اولین محل مراجعه شخص حادثه دیده برای دریافت خدمات سرپایی ، درمانی ، بستری و فوت تکمیل می گردد .
- ۲- حادثه ناشی از کار ، حادثه ای است که در محل کار بدلیل کار رخ داده و منجر به اقدام درمانی در مراجع مورد تایید وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی یا فوت شده است .
- ۳- تکمیل کننده فرم ، فردی است که در یکی از مراکز ارائه خدمات بهداشتی در کارگاهها یا واحد شغلی (ایستگاه بهگر ، خانه بهداشت کارگری ، مرکز بهداشت کار ، درمانگاه کارخانه ، سایر مراکز مراقبتهای بهداشتی درمانی در کارگاهها و کارخانجات) اشتغال داشته و حداقل دوره آموزشی کمکهای اولیه را گذرانده و یا در یکی از مراکز درمانی (مرکز بهداشتی درمانی شهری /روستایی ، پایگاه بهداشتی /درمانگاه /اورژانس بیمارستان /بیمارستان /پزشکی قانونی /مطب خصوصی و امثالهم) هنگام مراجعه مصدوم یا فوت شده ناشی از کار خدمات درمانی را ارائه می دهد .
- ۴- اطلاعات ثبتی بر مبنای اظهارات مصدوم یا همراه وی می باشد .

ب: راهنمای تکمیل قسمتهای مختلف فرم:

- در قسمت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، مرکز بهداشت ، به ترتیب نام دانشگاه و مرکز بهداشت/شبکه بهداشت و درمانی که مرکز ارائه خدمات درمانی به مصدوم تحت پوشش آن است ذکر می شود .
- مشخصات عمومی مراجعه شامل تاریخ مراجعه ، ساعت مراجعه ، محل مراجعه براساس نوع مرکز^۱ زده می شود و سپس نام مرکز مذکور در این قسمت درج می گردد .
- براساس اظهارات مصدوم یا همراه وی موارد ذیل تکمیل می گردد:
 - مشخصات محل وقوع حادثه شامل نام کارگاه ، نام کارفرما، تعدادکل شاغلینی که در استخدام واحد شغلی مربوط است درج می گردد.
 - مشخصات مصدوم شامل نام و نام خانوادگی ، کد ملی ، کدملی سرپرست خانوار ، آدرس محل سکونت ، سن به سال جنسیت ، میزان تحصیلات و متوسط میزان درآمد ماهیانه به ریال وی درج می گردد .
 - مشخصات شغلی مصدوم برحسب عنوان شغلی ، تاریخ شروع بکار و تاریخ پایان کار حداقل در یک شغلی فعلی و چنانچه مشاغل قبلی داشته است درج می شود .
- بر اساس یافته های فرد تکمیل کننده فرم ، مشخصات حادثه شامل موارد ذیل تکمیل می گردد :
 - تاریخ حادثه ، ساعت وقوع حادثه و محل دقیق حادثه ذکر می شود
 - بر حسب عضو حادثه دیده قسمت سر/گردن / اندام فوقانی / تنه/ اندام تحتانی / چند نقطه از بدن / صدمات عمومی /ویا اگر عضو آسیب دیده مشخص نیست قسمت محل نامشخص^۲ زده می شود . لازم به ذکر است برای راهنمایی تمام اجزاء هر قسمت در زیر آن نام برده شده است که براساس آن می توان قسمت آسیب دیده را انتخاب نمود .
- براساس اظهارات مصدوم یا همراه وی موارد ذیل تکمیل می گردد:
 - علت آسیب براساس یکی از 8 علت عنوان شده یعنی (سقوط، برخورد ، کیر کردن ، فشار ، تماس با اجسام داغ ، /سرد/برق ، مسمومیت حاد شغلی ، پرتوگیری حادوردر مواردی که عنوان نشده قسمت سایر^۳ / زده می شود .
 - به اختصار شرحی از نحوه وقوع حادثه در این قسمت ذکر می شود
- براساس اقدامات انجام شده در مرکز بهداشتی درمانی قسمت " نتایج " به تفکیک ارائه کمکهای اولیه و درمان سرپایی و بدون نیاز به استراحت ، مصدوم به کار بازگردانده می شود / بستری برای مداوا بدون نیاز به جراحی / بستری برای عمل جراحی / در اثر جراحات وارده فوت شده است علامت^۴ / زده می شود .
- در انتها مشخصات تکمیل کننده فرم شامل نام و نام خانوادگی ، سمت ، و تاریخ و امضاء درج می گردد .

نحوه گزارش دهی موارد حوادث ناشی از کار



فرم ثبت موارد جدید اختلالات روانپزشکی

نام دانشگاه:

نام شهرستان:

نوع مرکز ارائه دهنده اطلاعات:

<input type="checkbox"/> خانۀ بهداشت	<input type="checkbox"/> مرکز بهداشتی درمانی	<input type="checkbox"/> روسای
		<input type="checkbox"/> شهر
<input type="checkbox"/> پایگاه پزشک خانواده	<input type="checkbox"/> کلینیک تخصصی شهرستان	<input type="checkbox"/> کلینیک روانپزشکی خصوصی
<input type="checkbox"/> بیمارستان دولتی	<input type="checkbox"/> عمومی (دارای بخش روانپزشکی)	
	<input type="checkbox"/> تخصصی روانپزشکی	
<input type="checkbox"/> بیمارستان خصوصی	<input type="checkbox"/> عمومی (دارای بخش روانپزشکی)	
	<input type="checkbox"/> تخصصی روانپزشکی	
<input type="checkbox"/> زندان	<input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> مراکز

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

کد ملی سرپرست خانوار:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

کد ملی بیمار:

نام و نام خانوادگی بیمار:

سن: سال

جنس: مؤنث مذکر

تحصیلات:

بی سواد ابتدایی زیر دلم دیپلم تحصیلات دانشگاهی

منطقه سکونت:

شهر روسای حاشیۀ شهر منطقت عشایر نشین

نوع اختلال روانپزشکی فعلی: اختلال شدید روانی اختلال خفیف روانی

آدرس محل سکونت:

تلفن تماس:

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:

دستورالعمل تکمیل فرم ثبت موارد جدید اختلالات روانپزشکی

- ✓ در این فرم فقط وضعیت بیماران شناسایی شده جدید ثبت می شود و فقط اختلالات خفیف روانی و اختلالات شدید روانی مدنظر هستند. وضعیت بیماران تکراری و تحت مراقبت در این فرم ثبت نمی شود.
- ✓ در این فرم، اطلاعات به صورت ماهیانه ثبت و به سطح بالاتر ارسال می گردد. ثبت اطلاعات از خانه بهداشت (توسط بهورز) در مناطق روستایی صورت می گیرد. قابل ذکر است که پس از بیماریابی توسط بهورز، بیمار مشکوک به اختلال روانی به پزشک عمومی مرکز بهداشتی درمانی و در صورت نیاز به پزشک متخصص (روانپزشک) ارجاع می شود و پس از تأییدیه نهایی و تشخیص پزشک، اطلاعات بیمار توسط بهورز در فرم آمار ثبت می شود.
- ✓ اطلاعات ثبت شده در خانه بهداشت (در روستا) به مراکز بهداشتی درمانی روستایی ارسال و در آنجا پس از جمع بندی به مرکز بهداشت شهرستان ارسال می گردد. سپس این اطلاعات به مرکز بهداشت استان (معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی) ارسال شده و در آنجا پس از جمع بندی اطلاعات شهرستانها به صورت فرم کاغذی و همچنین ثبت نرم افزاری در پورتال معاونت سلامت به دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد (اداره سلامت روان) ارسال می گردد. در نهایت در این دفتر اطلاعات دانشگاهها جمع بندی و تجزیه تحلیل می شود و گزارش کشوری سالیانه تهیه می گردد.
- ✓ اطلاعات از سطح خانه بهداشت تا سطح معاونت بهداشتی دانشگاه به صورت فرم کاغذی ارسال می گردد و از آنجا به دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد به صورت فرم کامپیوتری از طریق پورتال ارسال می شود.
- ✓ اطلاعات آماری از سایر سازمان ها، به صورت ماهیانه برای مراکز بهداشت شهرستان ارسال می شود. این اطلاعات، پس از جمع بندی به ستاد دانشگاه و در نهایت به ستاد وزارت بهداشت ارسال می گردد.
- ✓ در مراکز ارائه دهنده اطلاعات:
 - پایگاه های پزشک خانواده، مطب های خصوصی هستند که دارای یک پزشک و یک پرستار بوده و در ارتباط با پزشک خانواده مرکز بهداشتی درمانی شهری، با برنامه پزشک خانواده همکاری دارند.
 - کلینیک تخصصی شهرستان که در برخی مناطق، کلینیک ویژه نامیده می شود، سطح دوم (سطح تخصصی) ارائه دهنده خدمات شناسایی، درمان و مراقبت بیماران روانپزشکی در نظام برنامه پزشک خانواده است که یک روانپزشک در آن شاغل می باشد.
 - کلینیک روانپزشکی خصوصی می تواند هم کلینیک و هم مطب روانپزشکی را شامل شود.

فرآیند ثبت و جمع آوری آمار اختلالات روانپزشکی
(برنامه کشوری سلامت روان در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه)

بر اساس فرم ثبت اختلالات روانپزشکی اطلاعات مربوط به بیماران روانی به صورت ماهیانه ثبت می شود. ثبت این اختلالات از خانه بهداشت (توسط بهورز) در مناطق روستایی صورت می گیرد. قابل ذکر است که پس از بیماریابی توسط بهورز، بیمار مشکوک به اختلال روانی به پزشک عمومی مرکز بهداشتی درمانی و در صورت نیاز به پزشک متخصص (روانپزشک) ارجاع می شود و پس از تأییدیه نهایی و تشخیص پزشک، اطلاعات بیمار توسط بهورز در فرم آمار ثبت می شود.

اطلاعات ثبت شده در خانه بهداشت (در روستا) به مراکز بهداشتی درمانی روستایی ارسال و در آنجا پس از جمع بندی به مرکز بهداشت شهرستان ارسال می گردد. سپس این اطلاعات به مرکز بهداشت استان (معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی) ارسال شده و در آنجا پس از جمع بندی اطلاعات شهرستانها به صورت فرم کاغذی و همچنین ثبت نرم افزاری در پورتال معاونت سلامت به دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد (اداره سلامت روان) ارسال می گردد. در نهایت در این دفتر اطلاعات دانشگاهها جمع بندی و تجزیه تحلیل می شود و گزارش کشوری سالیانه تهیه می گردد.

قابل ذکر است اطلاعات از سطح خانه بهداشت تا سطح معاونت بهداشتی دانشگاه به صورت فرم کاغذی ارسال می گردد و از آنجا به دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد به صورت فرم کامپیوتری از طریق پورتال ارسال می شود.

۱- نام شاخص: بهره مندی از خدمات درمان اعتیاد
۲- تعریف شاخص: تعداد معتادینی که درمان اعتیاد را در یک دوره معین گزارش دهی شروع کرده اند.
۳- نحوه محاسبه شاخص: بیمارانی که در یک دوره معین گزارش دهی درمان را شروع کرده اند کل جمعیت معتادان (براساس اعلان رسمی ستاد مبارزه با مواد مخدر)
۴- منابع استخراج صورت کسر: اطلاعات ارسالی از دانشگاههای علوم پزشکی، از طریق پورتال می باشد
۵- منابع استخراج مخرج کسر: اعلان رسمی ستاد مبارزه با مواد مخدر می باشد.
۶- متغیرهای تفکیک کننده نابرابری: نوع ماده، جنس، سن، سطوح اقتصادی، تحصیلات، ناحیه (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان
۷- سازمان متولی اصلی تولید شاخص (پاسخگو): وزارت بهداشت (دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد) - سازمان بهزیستی کشور - سازمان زندان ها - ستاد مبارزه با مواد مخدر-مرکز آمار ایران سازمان همکار تولید شاخص: ستاد مبارزه با مواد مخدر
۸- دوره زمانی تولید و به روز رسانی: سالیانه
۹- نمونه فرم تکمیل اطلاعات (فرمهای آماری برای جمع آوری داده ها): فرم 14 - ع د ، فرم 15 - ع د ، فرم 16 - ع د

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

- شهرستان
- نوع مرکز مجاز ارائه خدمات درمان سوء مصرف مواد:
- مرکز درمان سرپایی وابستگی به مواد 5 مرکز یا بخش درمان بستری وابستگی به مواد 5 مرکز مرکز اقامت میان مدت درمان وابستگی به مواد 5 مرکز اقامتی خودیاری گروه های همتا 5 مرکز اقامتی بلند مدت اجتماع درمان مدار (TC) 5 مرکز یا واحد درمان وابستگی به مواد با داروهای آگونیست 5 مرکز مشاوره بیماری های رفتاری 5 مرکز کاهش آسیب 5 مرکز درمان اقامتی اجباری معتادین 5 مرکز درمان سوء مصرف مواد زندان ها 5 بیمارستان 5 مطبهای روانپزشکی 5

- نام مرکز :

- سال :

- کد ملی بیمار

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- کد ملی سرپرست خانوار بیمار

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- تاریخ تولد:

- جنسیت : مذکر 5 مؤنث 5

- محل سکونت: شهرستان 5 شهر 5 حاشیه شهر/اسکان غیر رسمی 5 روستا 5

- فاصله محل سکونت از مرکز: دقیقه

- نوع ماده مصرفی: اپیوئیدی 5 محرک ها 5 توهم زا 5

- تحصیلات

بیسواد 5 ابتدایی 5 راهنمایی 5 دبیرستان 5 دانشگاهی 5 اظهار نشده 5

- نوع درمان: دارویی 5 غیر دارویی 5 هردو 5

- نوع درمان دارویی: نگهدارنده 5 بازگیری (سم زدایی) 5

- نوع دارو: متادون 5 اپیوم تینکچر 5 بوپرونورفین 5 کلونیدین 5 سایر 5

- اولین مراجعه در یکسال اخیر بوده است (مورد جدید): بلی 5 خیر 5

- طی یک هفته اخیر حداقل یکبار مراجعه داشته است (پرونده فعال): بلی 5 خیر 5

- شش ماه یا بیشتر تحت درمان نگهدارنده بوده است (ماندگاری در درمان نگهدارنده): بلی 5 خیر 5

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:

راهنمای نحوه تکمیل برگه اطلاعات مربوط به شاخص های عدالت در سلامت

کلیه مراکز مجاز ارائه خدمات درمان سوء مصرف مواد (تمت پوشش دانشگاه علوم پزشکی، سازمان بهزیستی و سازمان زندانها) موظفند فرم مربوط به شاخص عدالت در سلامت را تکمیل و در پایان دوره گزارش دهی به معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی ارسال نمایند.

مشخصات کلی

در ابتدای فرم، مشخصات کلی شامل نام دانشگاه/ دانشکده، نام شهرستان و نوع مرکز ارائه دهنده خدمات، موضوع آیین نامه اجرایی مراکز درمان و کاهش آسیب اعتیاد به مواد مخدر و روانگردان ها موضوع تبصره یک ماده 15 اصلاحیه قانون اصلاح مبارزه با مواد مخدر مصوب 89/5/9 مجمع تشفیص مصلحت نظام شامل مرکز درمان سرپایی وابستگی به مواد، مرکز یا بخش درمان بستری وابستگی به مواد، مرکز مرکز اقامت میان مدت درمان وابستگی به مواد، مرکز اقامتی خودیاری گروه های همتا، مرکز اقامتی بلند مدت اجتماع درمان مدار (TC)، مرکز یا واحد درمان وابستگی به مواد با داروهای آگونیسیت، مرکز مشاوره بیماری های رفتاری، مرکز کاهش آسیب ثبت می گردد. همچنین در صورت ارائه خدمت به بیماران در مرکز درمان اقامتی اجباری معتادین، مرکز درمان سوء مصرف مواد زندان ها و بیمارستان (در موارد بستری) نام این مراکز درج می گردد.

تعریف مفاد مندرج در فرم

- بیمار: فرد مراجعه کننده جهت دریافت خدمات سوء مصرف مواد می باشد.
- کد ملی بیمار: در این قسمت، شماره ملی فرد بیمار باید ثبت شود.
- کد ملی سرپرست خانوار بیمار: در این قسمت، شماره ملی هر کسی که به عنوان سرپرست خانوار شناخته می-شود باید ثبت شود.
- جنسیت بیمار در قسمت مربوطه مشخص شود.
- سال تولد بیمار در محل مربوطه درج شود.
- محل سکونت فعلی بیمار بر اساس موارد ذکر شده (شامل شهرستان، شهر، ماشیه شهر، اسکان غیر رسمی و روستا) قید شود.
- نوع ماده مصرفی: ماده ای است که بیمار برای درمان وابستگی به آن مراجعه کرده است شامل:

- مواد اپیوئیدی: تریاک، شیر، سوخته، هرویین، مورفین، کدئین، متادون، کریستال، کراک با منشأ هرویین

- ممرک ها: کوکائین، آمفتامین (شیشه)، آیس، کانابیس

- توهم زا: ال اس دی، اکستازی

- سن بیمار در قسمت مربوطه درج گردد.

- وضعیت سواد بیمار بر اساس موارد موجود مشخص گردد.

- نوع درمان شامل موارد زیر است:

- درمان نگهدارنده: به تمویز طولانی مدت (6 ماه و بیشتر) داروهای آگونیست، همچون متادون و بوپره نورفین به منظور کاهش آسیب های ناشی از آن گفته می شود.

- بازگیری (سم زدایی): فرایندی است که در طول آن با تمویز دارو علایم ناشی از ترک ماده یا مواد روانگردان کنترل می شود. شامل بازگیری با کلونیدین و بازگیری با بوپره نورفین

- نوع دارو:

- متادون: داروی آگونیست گیرنده های مو
- اپیوم تینکچر: آگونیست طبیعی گیرنده های مو
- بوپرونورفین: آگونیست نسبی گیرنده های مفرد
- کلونیدین: یک داروی ضد فشار خون غیر اپیوئیدی برای کاهش علائم ترک اپیوئیدها با اثر از طریق تمریک گیرنده های آلفا-2 آدرنیک
- سایر: داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی و ...

- مورد جدید: مواردی که اولین مراجعه در یکساله اخیر گزارش دهی بوده است، جهت مشخص شدن موارد جدید درج شوند.

- پرونده فعال: مواردی که طی یک هفته اخیر حداقل یکبار مراجعه به مرکز درمانی و یا کاهش آسیب داشته اند، جهت مشخص شدن پرونده های فعال درج گردند.

- ماندگاری در درمان نگهدارنده: مواردی که شش ماه یا بیشتر تمت درمان نگهدارنده با متادون بوده اند، جهت مشخص شدن ماندگاری در درمان نگهدارنده درج گردند.

فلوجارت ثبت و ارسال اطلاعات خدمات سوء مصرف مواد مرتبط با شاخص های عدالت در سلامت



1- نام شاخص: میزان دسترسی معلولین متوسط و شدید به خدمات توانبخشی بر حسب در صد
2- تعریف شاخص: عبارت است از تعداد معلولینی در یک دوره زمانی خاص، از خدمات توانبخشی استفاده نموده اند
3- نحوه محاسبه شاخص: تعداد معلولین که از خدمات توانبخشی در یک سال استفاده میکنند $100 \times \frac{\text{تعداد کل معلولینی که به خدمات توانبخشی نیاز دارند در همان سال}}{\text{تعداد معلولینی که از خدمات توانبخشی در یک سال استفاده میکنند}}$
4- منابع استخراج صورت کسر: مرکز امار، وزارت بهداشت و آموزش پزشکی، سازمان بهزیستی،
5- منابع استخراج مخرج کسر: وزارت بهداشت، سرشماری سال 85
6- متغیرهای تفکیک کننده نابرابری: جنس، سن، میزان تحصیلات، وضعیت اقتصادی، وضعیت شغلی، وضعیت تاهل، محل زندگی، وضعیت سکونت
7- سازمان متولی اصلی تولید شاخص (پاسخگو): سازمان بهزیستی
8- دوره زمانی تولید و به روز رسانی: سالیانه
9- نمونه فرم تکمیل اطلاعات (فرمهای آماری برای جمع آوری داده ها): فرم - ع د

1- نام شاخص: بروز معلولیت به تفکیک متوسط و شدید
2- تعریف شاخص: بروز عبارت است از تعداد معلولینی در یک دوره زمانی خاص، در یک کشور
3- نحوه محاسبه شاخص: فرآوانی تعداد معلولین موجود در کشور $100 \times \frac{\text{آمار بیمارستانها، آمار پایگاههای هلال احمر}}{\text{آمار بیمارستانها، آمار پایگاههای هلال احمر}}$
4- منابع استخراج صورت کسر: مرکز آمار، وزارت بهداشت و آموزش پزشکی، سازمان بهزیستی،
5- منابع استخراج مخرج کسر: وزارت بهداشت، هلال احمر
6- متغیرهای تفکیک کننده نابرابری: جنس، سن، میزان تحصیلات، وضعیت اقتصادی، وضعیت شغلی، وضعیت تاهل، محل زندگی، وضعیت سکونت
7- سازمان متولی اصلی تولید شاخص (پاسخگو): سازمان بهزیستی
8- دوره زمانی تولید و به روز رسانی: سالیانه
9- نمونه فرم تکمیل اطلاعات (فرمهای آماری برای جمع آوری داده ها): فرم - ع د

فرآیند پذیرش

۱. مراجعه فرد متقاضی جهت دریافت خدمات توانبخشی

۲. بررسی در کمیته مجتمع خدمات بهزیستی

۳. در صورت واجد شرایط بودن متقاضی، اخذ مدارک لازم، تنظیم گزارش مددکاری و تشکیل پرونده اولیه.

۴. ارائه پرونده اولیه به کمیسیون پزشکی تعیین معلولیت شهرستان

۵. تأیید نهایی پرونده معلولیت و ارائه به بهزیستی شهرستان جهت دریافت خدمات

<p>نام شاخص : درصد زنان سرپرست خانواری که از حمایت های اجتماعی طبق تعریف برخوردارند.</p>
<p>تعریف شاخص : درصد زنان سرپرست خانواری که از حمایت های اجتماعی سازمان بهزیستی کشور و کمیته امداد امام (ره) بهره مند می باشند.</p> <p>تعریف زنان سرپرست خانوار : زنانی که به عللی از قبیل : متارکه، طلاق یا فوت همسر و همچنین مفقودالایر شدن، مجهول الامکان بودن، اعتیاد، محکومیت به زندان، اعزام به سربازی، از کارافتادگی و مسئولیت تأمین معاش خانواده را بر عهده داشته باشند و طبق شرایط سازمان مربوطه نیازمند محسوب شوند.</p> <p>تعریف حمایت های اجتماعی : برخورداری خدمت گیرندگان از خدمات توانمندسازانه و امکانات حمایت گرایانه در ابعاد مختلف مادی و معنوی به منظور کمک به آنان در مواجهه با مشکلات و بحرانها و عادی سازی سطح زندگی.</p>
<p>نحوه محاسبه شاخص :</p>
<p>منابع استخراج صورت کسر : بانک اطلاعات سازمان بهزیستی کشور، فرم دستورالعمل جامع حمایت های اجتماعی و آمار دریافتی از کمیته امداد امام (ره)</p>
<p>منابع استخراج مخرج کسر : سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال 90</p>
<p>متغیرهای تفکیک کننده نابرابری : سطوح اقتصادی، تحصیلات، بدسرپرست یا بی سرپرستی، تک والدی، محل سکونت (شهرستان - شهر - حاشیه شهر - روستا و اسکان غیر رسمی)</p>
<p>سازمان متولی اصلی تولید شاخص (پاسخگو) : سازمان بهزیستی کشور</p>
<p>دوره زمانی تولید و به روز رسانی : سالی یکبار</p>
<p>نمونه فرم تکمیل اطلاعات : (پیوست می باشد)</p>
<p>دستورالعمل نحوه تکمیل فرم : (پیوست می باشد) در ضمن دستورالعمل جامع حمایت های اجتماعی و فرم مربوطه در حال بازنگری و به روز شدن می باشد.</p>

چرخه کار (فلوچارت) تکمیل فرم : (پیوست می باشد)

پیشنهادات جهت تهیه نرم افزار و سایر موارد مورد نیاز جهت احصای شاخص : در راستای جمع آوری و تحلیل اطلاعات توسط مرکز آمار ایران، تغییراتی در ارتباط با سطح بندی نمودن خانوارها صورت پذیرد .

1 - نام شاخص: دسترسی به خدمات عمومی سلامت
2 - تعریف شاخص: درصد جمعیتی که طبق تعریف به خدمات عمومی سلامت دسترسی دارند
3 - نحوه محاسبه شاخص: جمعیتی که به خدمات عمومی سلامت دسترسی دارند جمعیت وسط سال
4 - منابع استخراج صورت کسر: فرم های پزشک خانواده
5 - منابع استخراج مخرج کسر: داده های حاصل سرشماری
6 - متغیرهای تفکیک کننده نابرابری: ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان
7 - سازمان متولی اصلی تولید شاخص (پاسخگو): وزارت بهداشت (مرکز مدیریت شبکه)
8 - دوره زمانی تولید و به روز رسانی: سالیانه
9 - نمونه فرم تکمیل اطلاعات (فرمهای آماری برای جمع آوری داده ها): فرم 13 - ع د

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

مرکز بهداشت استان

مرکز بهداشت شهرستان

وضعیت بیمه ای جمعیت تحت پوشش در سال

نام شهرستان:.....شهر / روستا

نوع جمعیت (ساکن / غیرساکن) نام روستا : پایگاه بهداشتی نام مرکز بهداشتی درمانی خانه بهداشت :

فاقد هر گونه بیمه				تعداد افراد بیمه شده								ملیت	کد ملی سرپرست خانوار	نام و نام خانوادگی سرپرست خانوار	شماره خانوار	ردیف
سایر				نیروهای مسلح		تامین اجتماعی		بیمه خدمات درمانی		بیمه روستائیان		اتباع ایرانی/غیرایرانی				
مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن					

دستورالعمل نحوه تکمیل فرم 13 - ع د:

منظور از خدمات در بخش عمومی کلیه خدمات تعریف شده در قالب برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی که ارائه دهنده خدمات سطح یک طبق دستورالعمل مربوطه در یک واحد بهداشتی (عم از خانه بهداشت یا مرکز بهداشتی درمانی) می باشد. یک واحد بهداشتی درمانی که بتواند در ابعاد منابع انسانی، تجهیزات و فضای فیزیکی استاندارد لازم (از نظر تعداد نیروی انسانی در رده های مختلف پزشک، بهورز، کاردان، ماما (پرستار) و...) را طبق دستورالعمل گسترش شبکه برای یک واحد بهداشتی که خدمات سطح یک را ارائه می دهد.

مالی (افراد بیمه شده پایه سلامت) بر اساس بیمه یکپارچه سلامت طبق برنامه پنج توسعه بایستی اطلاع از وضعیت بیمه شده را بدانیم. وضعیت بیمه شده ها را 3 ماه یکبار در روستاها انجام می دهیم. اما در شهرها بایستی از منبع داده صندوق های بیمه از طریق بانک های اطلاعاتی استخراج کنیم.

فیزیکی جغرافیایی فرهنگی زمانی چالشهای بررسی

با توجه به اینکه توالی محاسبه شاخص سالیانه می باشد اما اگر سرشماری 5 ساله مرکز آمار استفاده گردد بایستی سالیانه بر اساس ضریبی این مسأله تعدیل و تخمین گردد.

وضعیت بیمه شده در شهرها بایستی مورد بررسی گردد. در مناطق شهری با در نظر گرفتن نیروی انسانی و منابع اعتباری بایستی در شهرها به گونه ای عمل شود که تمامی ساکنین شهرها از خدمات ارائه شده برخوردار شوند به عبارت دیگر به سوی ارائه خدمات فعال در مناطق شهری و دریافت اطلاعات بیمه شده باشد.

تعیین محدوده جمعیتی مناطق شهری از طریق Catchment area

شاخص دسترسی (Accessibility) به خدمات تخصصی سلامت

طبق آئین نامه برای شهرستانهای با جمعیت 50 هزار نفر بایستی یک بیمارستان عمومی با 4 تخصص (داخلی، جراحی، زنان زایمان، اطفال) وجود داشته باشد.

دسترسی بایستی یک تعریف مشخص صورت پذیرد. (رادیولوژیست پارکلینیک و...)

زمان انتظار بر حسب نوع خدمت

مناطق مختلف در شهرها بویژه در کلان شهرها عدم توزیع متناسب تسهیلات درمانی (بیمارستان) با توجه به تراکم جمعیتی وجود دارد.

ساختار و تسهیلات طبق استاندارد برای شهرستانها حد اقل جمعیت 50000 نفر بیمارستان ایجاد کنیم. اگر وجود ندارد یعنی دسترسی وجود ندارد.

به 4 دسته خدمات سرپایی و بستری و اورژانس و توانبخشی سلامت تفکیک شود. که به عنوان زیرشاخص های آن باشد.

آمار پزشکان طرف قرارداد بیمه و غیر طرف قرارداد بیمه در هر شهرستان مشخص باشد.

تعداد متخصصین هر شهرستان به تفکیک

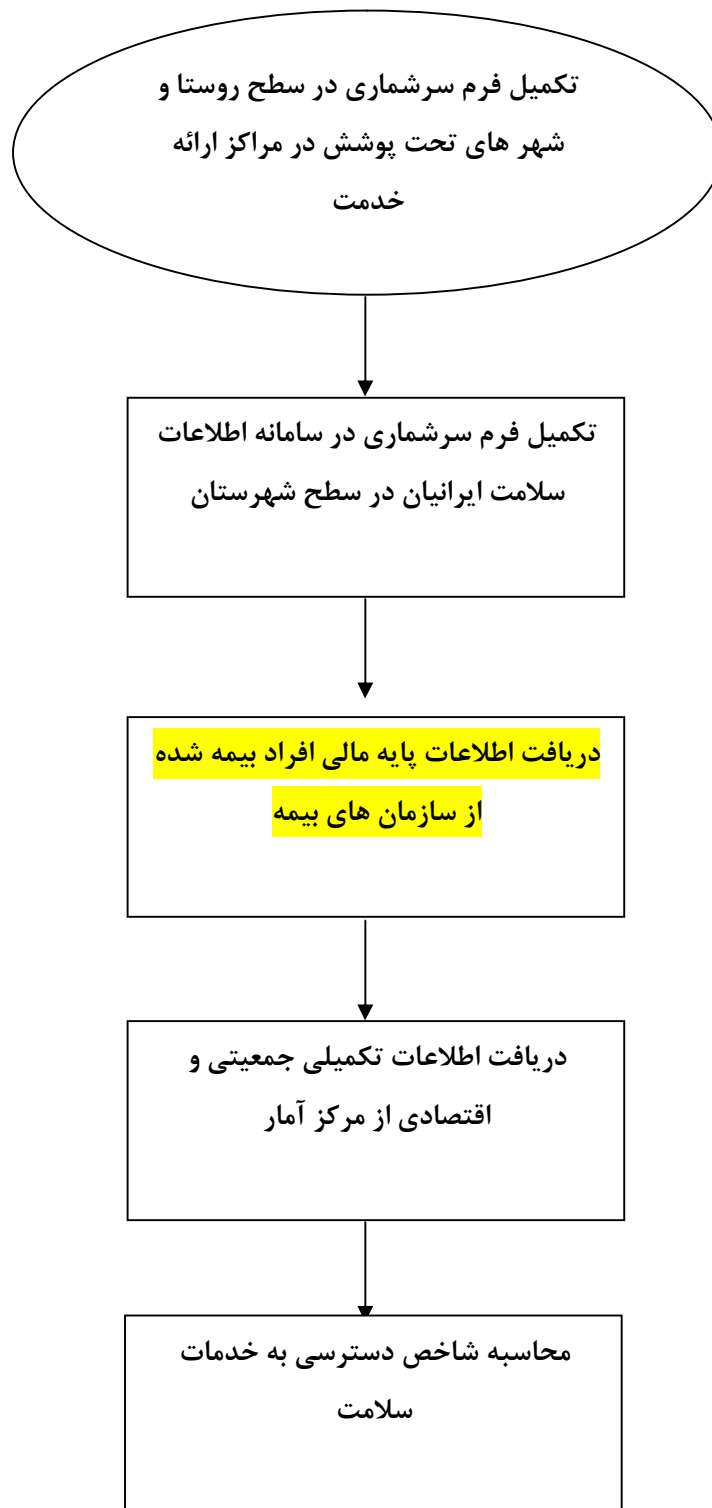
بایستی شاخص در تخصص های مختلف و نوع خدمت به تفصیل بیان شود تا شاخص قابل محاسبه باشد.

۱. استقرار منابع (در نظر گرفتن تسهیلات، نیروی انسانی و تجهیزات طبق شرایط)

۲. جمعیت بیمه شده و نوع بیمه مشخص گردد.

بایستی به طور تفصیلی زیر مجموعه های آن مشخص شود.

چرخش کار (فلوچارت) تکمیل فرم 13 - ع د



میزان دسترسی به خدمات سلامت برنامه پزشک خانواده

تعداد جمعیت تحت پوشش و دارای پرونده در خانه یا پایگاه بهداشتی و ثبت در فرم زیج حیاتی

جمع آوری زیج واحد های تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی و تشکیل زیج مرکز

جمع آوری زیج واحد های تحت پوشش مرکز بهداشت شهرستان و ثبت در نرم افزار زیج حیاتی

جمع آوری اطلاعات زیج های حیاتی مراکز بهداشت شهرستان تحت پوشش بصورت آنلاین

جمع آوری اطلاعات زیج های حیاتی کل کشور و تشکیل زیج حیاتی کشوری

محاسبه شاخص دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی از داده های موجود در اینترنت

تعداد جمعیت تحت پوشش و دارای پرونده در سامانه سلامت الکترونیک ایرانیان

۱- نام شاخص: دسترسی به خدمات تخصصی سلامت
۲- تعریف شاخص: درصد جمعیتی که بر اساس نظام سطح بندی خدمات درمانی به خدمات تخصصی سلامت دسترسی دارند
۳- نحوه محاسبه شاخص: جمعیتی که به خدمات تخصصی سلامت دسترسی دارند جمعیت وسط سال
۴- منابع استخراج صورت کسر: آمار و اطلاعات سیستم روتین خدمات تخصصی
۵- منابع استخراج مخرج کسر: سرشماری
۶- متغیرهای تفکیک کننده نابرابری: ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی) و شهرستان
سازمان متولی اصلی تولید شاخص (پاسخگو): وزارت بهداشت (دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی)
۷- دوره زمانی تولید و به روز رسانی: سالیانه
۸- نحوه جمع آوری داده های شاخص: نظام آماری خدمات تخصصی سلامت و مقایسه آن با میزان استقرار سطح بندی خدمات تخصصی سلامت و توزیع نیروی متخصص به دست می آید
۹- نمونه فرم تکمیل اطلاعات (فرمهای آماری برای جمع آوری داده ها): استخراج آمار و اطلاعات از سامانه آمار و اطلاعات بیمارستانی کشور (آواب)

دستورالعمل و راهنمای سامانه/مدیریت آمار و اطلاعات بیمارستانی

نحوه ورود به سایت :

جهت ورود به سامانه مدیریت آمار و اطلاعات بیمارستانی آدرس ذیل را در قسمت آدرس صفحه مرورگر اینترنت خود وارد نمایید :

<http://avab.behdasht.gov.ir>

بعد از وارد شدن صفحه زیر نمایش داده خواهد شد .



کد کاربر و کلمه عبور را در قسمت ورود به سیستم را تایپ کرده و بر روی کلمه Enter یا "ورود" کلیک نمایید



در

صفحه اولیه ورود به سایت 5 منوی اصلی به شما نمایش داده می شود که شامل :
(۱) عملیات :

عملیات

- اطلاعات شناسنامه ای بیمارستان
- بخشهای بیمارستان
- تجهیزات پزشکی
- پرسنل و پزشکان
- تجهیزات پزشکی سرمایه ای

(۲) گزارشات :

گزارشات

گزارش وضعیت منابع موجود
گزارش وضعیت تخت‌های محاسبه شده
گزارش وضعیت تخت‌های محاسبه شده ستاره دار
گزارش آمار پرسنلی استاندارد
گزارش آمار تجهیزات پزشکی استاندارد
گزارش فضای فیزیکی استاندارد
گزارش شاخص‌های تخت بستری

توجه : دسترسی این قسمت برای کاربران با سطوح دسترسی متفاوت ایجاد شده است .
(۳) خدمات :

خدمات

تغییر رمز عبور
ارسال پیام کوتاه
دریافت پیام کوتاه

(۴) خروج :

توجه : جهت خروج کامل از سیستم لطفاً از این گزینه استفاده نمایید . (خروج از طریق صفحه مرورگر نشان دهنده خروج از سامانه نمی باشد)
نحوه ورود اطلاعات :

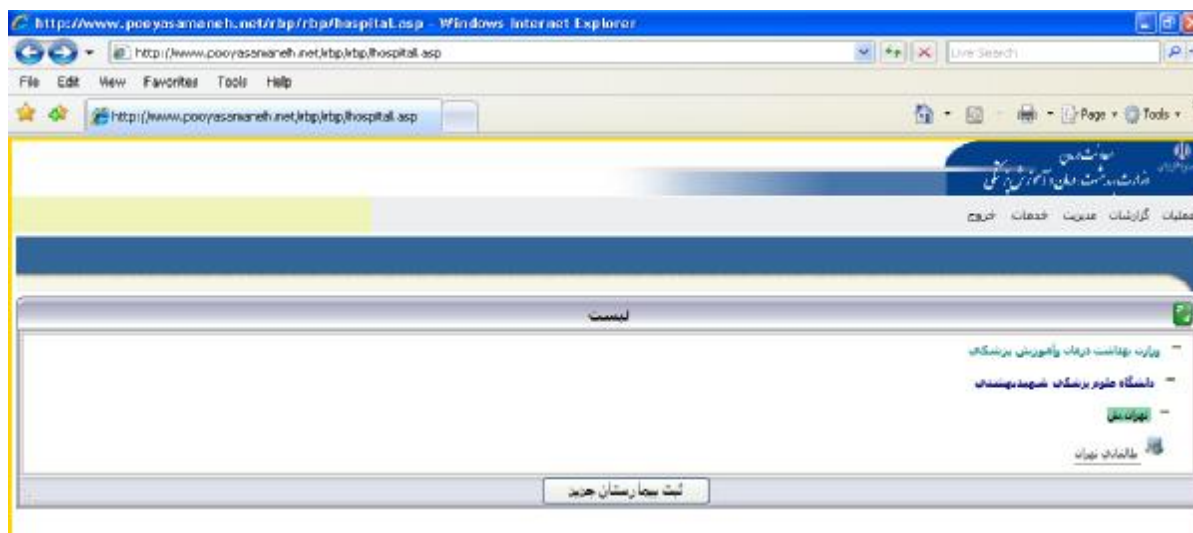
اطلاعات شناسنامه ای بیمارستان

برای ورود اطلاعات شناسنامه ای درمنوی عملیات آیتم "اطلاعات شناسنامه ای بیمارستان" را انتخاب نمایید .



مطابق شکل زیر بیمارستان خود را انتخاب نمائید :

توجه
برای
ورود



اطلاعات یک بیمارستان جدید بر روی آیتم ثبت بیمارستان کلیک نمائید . البته این امکان فقط برای کاربران معاونت درمان دانشگاه وجود دارد. بنابراین ثبت بیمارستان جدید باید توسط معاونت درمان صورت گیرد.

پس از انتخاب نام بیمارستان صفحه زیر نمایش داده می شود :

با انتخاب آیتم لیست صفحه اول نمایش داده می شود .

نام بیمارستان	شماره بیمارستان	ارزیابی	تعداد تخت	تعداد پرسنل
طاقانی نوران	نورانی	درجه ۱	۲۹۵	۲۸۷

با انتخاب آیتم ثبت بیمارستان جدید فرم زیر نمایش داده می شود :

مشخصات بیمارستان [دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی]

مشخصات عمومی بیمارستان		فضای فیزیکی	
کد بیمارستان	<input type="text"/>	مساحت بخشهای بستری	<input type="text"/>
نام بیمارستان	<input type="text"/>	مجموع مساحت اتاق عمل و زایشگاه	<input type="text"/>
سازمان متبوع بیمارستان	آموزش و پرورش <input type="text"/>	مجموع مساحت بخشهای پاراکلینیک	<input type="text"/>
نام سازمان	<input type="text"/>	مجموع مساحت بخشهای درمانگاهی	<input type="text"/>
نوع فعالیت	ترمانی <input type="text"/>	مجموع مساحت بخشهای پشتیبانی	<input type="text"/>
نوع مالکیت	ملکی <input type="text"/>	سایر بنای ایجاد شده	<input type="text"/>
نوع بیمارستان	عمومی <input type="text"/>	جمع بنای ایجاد شده	<input type="text"/>
آخرین درجه ارزشیابی	- <input type="text"/>	سطح اشغال	<input type="text"/>
تاریخ آخرین ارزشیابی	۱۳۰۱ فروردین <input type="text"/>	مساحت بیمارستان	<input type="text"/>
وضعیت فعالیت	فعال <input type="text"/>	سطح کل بیمارستان	<input type="text"/>
تاریخ تاسیس	۱۳۰۱ فروردین <input type="text"/>		
بروانه تاسیس	دارد <input type="text"/>		
آدرس و تلفن		توجهات	
شهر	پاکدشت <input type="text"/>	<input type="text"/>	
تنه	<input type="text"/>		
فانکس	<input type="text"/>		
پست الکترونیکی	<input type="text"/>		
سایت اینترنتی	<input type="text"/>		

انصراف ثبت اطلاعات

توجه : لازم به ذکر است در تکمیل اطلاعات فرم فوق آیتم های ستاره دار الزامی می باشد .

تعریف عبارات :

کد بیمارستان: کد پستی 10 رقمی اختصاصی بیمارستان می باشد که از اداره پست دریافت و بر روی قبوض برق، تلفن و... مشاهده می گردد.

در پر کردن این قسمت دقت کافی را بنمائید چون پس از ثبت اولیه بسادگی قابل تعویض و اصلاح نمی باشد.

سازمان متبوع: سازمان یا نهادی که بیمارستان به آن وابسته است. مثال: بانک ها، کمیته امداد، آموزش و پرورش و....

نوع فعالیت: بیمارستان های آموزشی بیمارستان نهایی هستند که بر اساس ضوابط معاونت آموزشی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی واجد شرایط تربیت دانشجویهای پزشکی و یا زیر گروه های پزشکی در بخشهای خود هستند. سایر بیمارستان های کشور بعنوان بیمارستانهای درمانی محسوب می شوند

نام سازمان: معرف سازمان متبوع بیمارستان می باشد. مثال: سازمان متبوع: بانک ها نام سازمان: بانک ملی ایران

تاریخ: فرمت ثبت تاریخ در این نرم افزار به صورت زیر می باشد:

روز-ماه-سال

1389

فروردین

01

بیمارستان درمانی : محلی است که فقط خدمات درمانی به مراجعین سرپایی و بستری ارائه می شود

بیمارستان درمانی و آموزشی: محلی است که علاوه بر خدمات درمانی دارای کارکنان آموزشی نیز جهت ارائه آموزش به دانشجویان نیز می باشد.

بیمارستان درمانی، آموزشی و پژوهشی : در کنار خدمات آموزش و درمان، پژوهش نیز در جهت تعالی خدمات سلامت نیز انجام می گیرد.

بیمارستان عمومی : یک واحد بهداشتی و درمانی است و باید حداقل دارای چهار بخش بستری (داخلی - جراحی عمومی - زنان و زایمان - اطفال) و بخشهای آزمایشگاه، داروخانه، رادیولوژی، و فوریت‌های پزشکی (اورژانس) و تغذیه که همگی اجزای لاینفک بیمارستان می باشد.

بیمارستان تک تخصصی : یک واحد بهداشتی و درمانی است که در یک رشته تخصصی یا فوق تخصصی پزشکی فعالیت خواهد نمود.

درجه ارزشیابی

درجه ارزشیابی بیمارستان واجد کمبو باکسی است که در خود 5 عنوان را جای داده است . درجه 1- درجه 2- درجه 3- زیر استاندارد و علامت (-)

در صورتی که بیمارستان سال اول بهره برداری خود را می گذراند درجه ارزشیابی آن برابر با درجه یک محسوب می شود.

در صورتی که بیمارستان توسط کمیته ارزشیابی بیمارستان ها بصورت رسمی ارزشیابی شده باشد و مدت اعتبار آن سپری نشده باشد بر اساس درجه رسمی اعلام شده ، انتخاب صورت گیرد. لازم به ذکر است که موضوع می بایست بصورت مکتوب مورد تأیید قرار گرفته و به بیمارستان اعلام شده باشد.

در مورد بیمارستان هایی که غیر فعال و یا در دست تعمیر و یا در دست ساخت باشد و یا اعتبار ارزشیابی بیمارستان سپری شده باشد از علامت (-) استفاده نمائید.

وضعیت فعالیت:

در دست تعمیر:

بیمارستان های غیر فعال موقت که به علت تعمیرات اساسی موقتاً تعطیل شده و قرار است در آینده پس از انجام تعمیرات مجدداً فعال شوند. این بیمارستان ها قبلاً فعال بوده اند.

در دست ساخت:

بیمارستان هایی که هنوز به بهره برداری نرسیده اند ولی حداقل مرحله فونداسیون آنها به اتمام رسیده است.
غیر فعال:

بیمارستان هایی که قبلاً فعال بوده و در حال حاضر به علل مختلفی تعطیل شده اند. علت تعطیلی این بیمارستان انجام تعمیرات نیز نمی باشد. مثلاً تعطیل شدن آن بعلمت فرسودگی - جایگزین شدن بوسیله یک بیمارستان جدید و.....
فعال:

بیمارستان هایی که در در زمان ورود اطلاعات واجد امکانات پذیرش بیمار بستری می باشند.

فضای فیزیکی: مساحت بخش های مختلف بیمارستان می باشد که به صورت خودکار با تکمیل اطلاعات فضای فیزیکی بخش های مختلف بیمارستان تکمیل می گردد.

آدرس: آدرس پستی بیمارستان می باشد.

منطقه، میدان، خیابان، بیمارستان

مثال: شهرک غرب، میدان صنعت، خیابان فلامک جنوبی، خیابان سیمای ایران، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

تلفن: شماره تلفن ثابت-پیش شماره

مثال: 021-88363561

فاکس: شماره فاکس-پیش شماره

مثال: 021- 66709070

پست الکترونیکی: پست الکترونیکی مختص بیمارستان می باشد.

آدرس پست الکترونیک بیمارستان:

hasanh@iums.ac.ir

سایت اینترنتی: سایت اینترنتی مختص بیمارستان می باشد.

مثال: سایت اینترنتی بیمارستان قلب جماران www.bmsu.ac.ir/jamaran

با توجه به اینکه اطلاعات وارد شده برای بیمارستان ها در نرم افزار ماده 89 به این برنامه انتقال یافته است برای ورود اطلاعات جدید نیاز به ثبت اطلاعات قبلی وجود ندارد، در این موارد برای به روز رسانی اطلاعات لازم است اطلاعات قبلی ویرایش شود.

برای ویرایش اطلاعات یک بیمارستان ابتدا بیمارستان مورد نظر را انتخاب و بر روی دکمه ویرایش کلیک نمائید :
 در قسمت جزئیات اطلاعات بیمارستانی موارد زیر نمایش داده می شود :

The screenshot displays a web application interface for managing hospital information. The main window is titled "اطلاعات شناسنامه ای" (Identification Information) and "مسئولین فنی بیمارستان" (Hospital Technical Staff). It contains a grid of input fields for various staff members, categorized by gender and role. A sidebar on the left shows a table with "تعداد پرسنل" (Staff Count) and "TAV" values. A sidebar on the right shows a list of hospital details. A red arrow points to the "انصراف" (Cancel) button at the bottom right of the main form.

جهت ورود و تکمیل
اطلاعات هرکدام از آیتم ها
را انتخاب و فرم مربوطه را
تکمیل نمائید .

جهت تکمیل اطلاعات مسئولین بیمارستان فرم زیر را تکمیل نمایید :

جهت تکمیل اطلاعات آیتم های بعدی مانند زیر عمل می کنیم :

ارزشیابی عمومی: درجه ارزشیابی کل بیمارستان می باشد، به عنوان نمونه ممکن است درجه ارزشیابی عمومی یک بیمارستان درجه 1 باشد ولی درجه ارزشیابی بخش اورژانس بیمارستان درجه 2 باشد.
توجه: جهت تکمیل اطلاعات مربوط به هر کدام از آیتم های بعدی بر روی آیکن مورد نظر کلیک کرده و فرم مربوطه را تکمیل نمایید .

اطلاعات شناسنامه ای	
کمیسیون های مجاز میزبان	
کمیسیون های میزبان	
انجمن ها	
کمیسیون ها	
کمیسیون ها	
کمیسیون های	
واحد های واگذار شده پشتیبانی	
کمیسیون های تخصصی و خدماتی واگذار شده	
کمیسیون های اطلاعاتی (بروز افزار)	
بهره ای	

واحد های واگذار شده پشتیبانی	
بخش ۱	نوع بخش
نام بخش	نام شرکت
تاریخ شروع قرارداد	تاریخ آخرین پرداخت
مبلغ قرارداد	تعداد پرسنل
تاریخ شروع قرارداد	تاریخ آخرین پرداخت
بخش ۲	نوع بخش
نام بخش	نام شرکت
تاریخ شروع قرارداد	تاریخ آخرین پرداخت
مبلغ قرارداد	تعداد پرسنل
تاریخ شروع قرارداد	تاریخ آخرین پرداخت
بخش ۳	نوع بخش
نام بخش	نام شرکت
تاریخ شروع قرارداد	تاریخ آخرین پرداخت
مبلغ قرارداد	تعداد پرسنل
تاریخ شروع قرارداد	تاریخ آخرین پرداخت
بخش ۴	نوع بخش
نام بخش	نام شرکت
تاریخ شروع قرارداد	تاریخ آخرین پرداخت
مبلغ قرارداد	تعداد پرسنل
تاریخ شروع قرارداد	تاریخ آخرین پرداخت

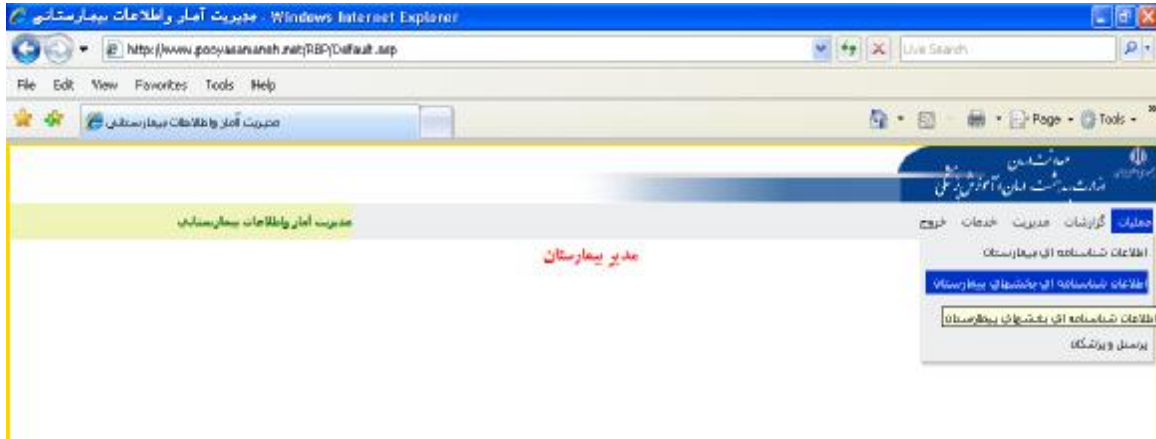
نام شرکت: نام شرکتی که واحد های پشتیبانی به آن شرکت واگذار گردیده است.
 مبلغ قرارداد: کل مبلغ قرارداد در دوره واگذار شده به شرکت می باشد.

اطلاعات شناسنامه ای	
کمیسیون های مجاز میزبان	
کمیسیون های میزبان	
انجمن ها	
کمیسیون ها	
کمیسیون ها	
کمیسیون های	
واحد های واگذار شده پشتیبانی	
کمیسیون های تخصصی و خدماتی واگذار شده	
کمیسیون های اطلاعاتی (بروز افزار)	
بهره ای	

کمیسیون های اطلاعاتی (بروز افزار)	
سیستم جامع بهارستانی (HIS)	پوشش و ترخیص
بازرسی	ارسال اسناد بیمه
گزاره پزشکی	بارا کدینگها
مدیریت بخشهای بستری	مدیریت بخشهای سرریزی
مدیریت بخشهای بیمارهای خاص	سایر سیستم ها
تاریخ راه اندازی	نام شرکت تولید کننده
نام شرکت پشتیبانی کننده	
سیستم های تشخیصی درهای	بکس
نام شرکت تولید کننده	آندوسکپی
نام شرکت تولید کننده	سایر سیستم ها
نام شرکت تولید کننده	
نام شرکت تولید کننده	
نام شرکت تولید کننده	
نام شرکت تولید کننده	
سیستم های اداری مالی	بررسی
حقوق و دستمزد	حضور و غیاب
نامیست	تجهیزات پزشکی
انبار	تاریخ راه اندازی
تاریخ راه اندازی	نام شرکت تولید کننده
نام شرکت پشتیبانی کننده	

سیستم پکس (PACS) جهت ذخیره و ارسال تصاویر دیجیتال پزشکی با فرمت دایکام (DICOM) است.

اطلاعات شناسنامه ای بخش های بیمارستان
در منوی عملیات آیتم اطلاعات شناسنامه ای بخش های بیمارستان را انتخاب نمائید .



برای ثبت اطلاعات مربوط به بخش های جدید بر روی دکمه ثبت کلیک نمائید :



توجه: لازم به ذکر است در تکمیل اطلاعات فرم فوق آیتم های ستاره دار الزامی می باشد .
تعریف عبارات :

نوع بخش: تخصص بخشی درمانی مورد نظر می باشد.

در داخل کمبویاکسی که در این ناحیه قرار گرفته است پنج عنوان بصورت ذیل مشخص شده است:

نام مرکز	نام دانشگاه	سازمان	نام مرکز	نوع بخش	تخصص	تعداد تخت
۱- دانشگاه علوم پزشکی اراک	دانشگاه علوم پزشکی	سازمان	۱- بخش های بستری بیمارستان	تخصص	۸۰	
۲- آیت الله خونساری اراک	دانشگاه علوم پزشکی اراک	سازمان	۲- بخش های بستری بیمارستان	تخصص	۲۰	
			۳- بخش های بستری بیمارستان	تخصص	۵۰	
			۴- بخش های بستری بیمارستان	تخصص	۵۰	
			۵- بخش های بستری بیمارستان	تخصص	۲۰	
			۶- بخش های بستری بیمارستان	تخصص	۲۰	
			۷- بخش های بستری بیمارستان	تخصص	۲۰	
			۸- بخش های بستری بیمارستان	تخصص	۲۰	
			۹- بخش های بستری بیمارستان	تخصص	۲۰	
			۱۰- بخش های بستری بیمارستان	تخصص	۲۰	
			۱۱- بخش های بستری بیمارستان	تخصص	۲۰	
			۱۲- بخش های بستری بیمارستان	تخصص	۲۰	
			۱۳- بخش های بستری بیمارستان	تخصص	۲۰	
			۱۴- بخش های بستری بیمارستان	تخصص	۲۰	
			۱۵- بخش های بستری بیمارستان	تخصص	۲۰	
			۱۶- بخش های بستری بیمارستان	تخصص	۲۰	
			۱۷- بخش های بستری بیمارستان	تخصص	۲۰	
			۱۸- بخش های بستری بیمارستان	تخصص	۲۰	
			۱۹- بخش های بستری بیمارستان	تخصص	۲۰	
			۲۰- بخش های بستری بیمارستان	تخصص	۲۰	

- بخشهای بستری بیمارستانها
- بخشهای ستاره دار
- بخشهای پاراکلینیکی
- بخشهای درمانگاهی
- واحدهای پشتیبانی بیمارستان

عنوان بخش: نام بخش مورد نظر در بیمارستان می باشد.

مثال: نوع بخش: CCU عنوان بخش: CCU1

فضای فیزیکی: مساحت بخش با در نظر گرفتن فضای فیزیکی مشترک با سایر بخش ها (داروخانه، انبار مشترک و...) مورد نظر می باشد که به متر مربع ثبت می گردد.

فضای فیزیکی مشترک با سایر بخش ها: جهت محاسبه دقیق فضای فیزیکی بیمارستان باید فضای فیزیکی مشترک بخش با سایر بخش ها (مثال: داروخانه، انبار، station و...) نیز محاسبه گردد.

درصد استفاده از فضای فیزیکی: به صورت خودکار محاسبه می گردد.

توضیحات: در این قسمت توضیحات اختصاصی هر بخش به عنوان مثال عفونت شایع و ... در صورت لزوم ثبت گردد. اطلاعات مربوط به بخش جدید را وارد کرده و دکمه ثبت اطلاعات را کلیک نمایید .

توجه:

ملاک وارد کردن اطلاعات در این قسمت ،انواع تخت های تخصصی موجود در بیمارستان است نه بخش تخصصی .

مثال: ممکن است بیمارستانی دارای بخش جراحی عمومی باشد اما در این بخش تختهای تخصصی جراحی عمومی - ارتوپدی - چشم قرار گرفته و متخصصین مربوطه در آن سرویس های لازم را ارائه دهند. در این حالت باید برای تخصصها تعریف صورت گیرد نه بخش . بعبارت دیگر برای این بیمارستان بجای یک بخش جراحی عمومی بخشهای جراحی عمومی - چشم - ارتوپدی بصورت مجزا تعریف می شود.

در حالتی که دو بخش زنان و مردان برای یک نوع بخش وجود دارد

مثال: جراحی عمومی مردان - جراحی عمومی زنان ، یک نوع بخش محسوب شده و باید یک بار تعریف شوند. جمع تخت های فعال هر دو قسمت و جمع مترائ فضای هر دو یک بار آنهم در زمان تعریف بخش جراحی عمومی صورت می گیرد در بیمارستان هایی که دارای بخشهایی مثل -CCU4- CCU3- CCU2- CCU1 می باشند نیز همانند بند ب عمل می شود یعنی یک بار بخش CCU تعریف و جمع کل تخت ها در آن وارد و مترائ کلی این بخش ها وارد می شود

ت- در حالتی که یک نوع تخت تخصصی در داخل یک بخش دیگر قرار گرفته است (همانند آن چیزی که در بند الف ذکر شد) مثلاً تخت تخصصی ارتوپدی دارای بخش جداگانه نباشد اما تختهای آن در داخل بخش جراحی عمومی قرار گرفته باشد، در این صورت مترائ فضای اختصاصی هر یک به نسبت تعداد تخت موجود در بخش تقسیم می شود . مثلاً اگر مترائ بخش مذکور برابر با 1000 متر مربع و بخش دارای 40 تخت جراحی عمومی و 10 تخت ارتوپدی باشد ، مترائ بخش ارتوپدی برابر با 200 متر و مترائ بخش جراحی عمومی برابر با 800 متر مربع در نظر گرفته می شود

ج- در حالتی که تعداد تخت یک رشته تخصصی خاص که در داخل بخش عمومی قرار گرفته مشخص نباشد ، مثلاً بخش عمومی دارای 50 تخت که در آن تعداد تختهای ارولوژی - جراحی - داخلی معلوم نیست (روی یک تخت ممکن است بیماران رشته های تخصصی گوناگون بستری شوند) برای وارد کردن تعداد تخت به نسبت آمار کل مراجعین اقدام می شود

مثلاً بخش عمومی دارای 50 تخت که تعداد تفکیکی 4 نوع تخت تخصصی موجود در آن مشخص نیست (بخش جراحی عمومی - ارولوژی - ارتوپدی - چشم) اگر آمار مراجعین به بخش برابر با 800 نفر و با تخت روز اشغالی شده مشخص برای هر یک بصورت ذیل باشد

نام بخش	تعداد بیمار	تخت روز اشغال شده
جراحی عمومی	300	600
ارولوژی	100	200
ارتوپدی	300	450
چشم	100	150
جمع	800	1400

تعداد سهم تخت برای هر یک بسته به تخت روز اشغال شده محاسبه و وارد می شود. در این حالت جدول ذیل حاصل می شود .

نام بخش	تخت روز اشغال شده	سهم تخت از عدد 50
جراحی عمومی	600	22
ارولوژی	200	7
ارتوپدی	450	16
چشم	150	5
جمع	1400	50

در تکمیل اطلاعات مربوط به بخشهای ستاره دار به تعاریف ذیل توجه نمائید:

الف- تعداد تخت اتاق عمل: تعداد تخت موجود در اتاق عمل یا اتاق‌های عمل اصلی بیمارستان (یعنی اتاق عمل‌های سرپایی یا اورژانس مد نظر نیست) که در حال حاضر فعال بوده و بر روی آن بیمار مورد عمل جراحی قرار می‌گیرد.

ب- تعداد تخت زایمان: منظور تعداد تخت فعالی است که در اتاق زایمان، زایمان طبیعی بر روی آن صورت می‌گیرد.

ج- تعداد تخت اتاق عمل اورژانس: تعداد تخت‌های موجود در اتاق عمل اورژانس (در صورتی که در بیمارستان چنین تخت‌هایی وجود داشته باشد) بیمارستان که بر روی آن اعمال جراحی اورژانس با حضور متخصصین مربوطه صورت می‌گیرد (تخت‌های موجود در بخش اورژانس که اعمالی مثل پانسمان، بخیه زدن و... توسط بهیاران و یا پرستاران بر روی آنها صورت می‌گیرد بعنوان تخت اورژانس محسوب نمی‌شوند)

د- تعداد تخت لیبر و پست پارتوم: تعداد تخت‌های فعالی که در بخش‌های مربوطه وجود دارد.

ن- تعداد تخت‌های تحت نظر اورژانس: تعداد تخت‌هایی که در بخش اورژانس در نظر گرفته شده است تا بیماران را برای چند ساعت یا مدتی تحت نظر قرار دهند. در این گونه موارد هنوز برای بیمار پرونده بستری تشکیل نشده است و بیمار برای چند ساعت یا چند دقیقه محدود (کمتر از 6 ساعت) برای سرم تراپی، درمان بوسیله اکسیژن یا این قبیل کارها تحت نظر قرار می‌گیرد

و- تخت‌های بخش اورژانس: این تخت‌ها بطور معمول کمتر از 24 ساعت بیماران را در خود جای می‌دهند هر چند در کشور موارد متعددی وجود دارد که از این تخت‌ها به اشتباه و یا به ناچار به عنوان بستری چند روزه نیز استفاده می‌شود. در بعضی از بیمارستان‌ها نیز تخت‌های تحت نظر بخش اورژانس با تخت‌های بستری اورژانس ادغام شده‌اند. در این خصوص باید این نکته را مد نظر قرار داد که همه این تخت‌ها بعنوان تخت‌های اورژانس محسوب می‌شوند

و- تخت‌های تالاسمی: تعداد تخت‌هایی که برای ارائه سرویس‌های انتقال خون به بیماران تالاسمی در نظر گرفته شده است

ه- تخت‌های دیالیز: برابر با تعداد دستگاه دیالیز فعال در بیمارستان است. دقت کنید که ممکن است بعضی از دستگاه‌های دیالیز در بخش‌های مختلف پراکنده باشند که باید در آمار مربوطه وارد شوند. ضمناً ممکن است در بخش دیالیز دستگاه موجود باشد اما تخت نداشته باشد مثلاً دستگاه‌های رزرو. در این حالت ملاک تعداد تخت همان تعداد دستگاه می‌باشد. متراژ بخش برابر با مساحت بخش اصلی دیالیز است و دستگاه‌هایی که در بخش‌های دیگری مثل ICU قرار گرفته‌اند در قسمت محاسبه فضای فیزیکی مورد نظر قرار نمی‌گیرند. دستگاه‌های RO و فضا‌های دیگر مثل انبار بخش دیالیز و... بعنوان متراژ بخش محسوب می‌شود

اطلاعات مربوط به بخش‌های پاراکلینیک:

همانند بخش‌های ذکر شده در فوق است با این تفاوت که در این قسمت تخت فعال وارد نمی‌شود. ضمناً بعضی از اطلاعات مربوط به بخش‌های تجهیزات پزشکی سرمایه‌ای سنگین مثل سی تی اسکن و MRI نیز در این قسمت می‌بایست وارد شود. اطلاعات مربوط به تجهیزات پزشکی سرمایه‌ای بغیر از این بخش در منوی دیگری که مخصوص تجهیزات پزشکی سرمایه‌ای است نیز باید وارد شود

اطلاعات مربوط به بخش‌های درمانگاهی: همانند اطلاعات مربوط به بخش‌های پاراکلینیک وارد می‌شود.

برای اصلاح اطلاعات مربوط به بخش‌ها بخش مورد نظر را انتخاب و بر روی دکمه اصلاح کلیک نمایید .
صفحه‌ای به شکل زیر نمایش داده می‌شود سپس اطلاعات را ویرایش و بر روی دکمه اعمال تغییرات کلیک نمایید.

جهت ورود اطلاعات آمار فعالیت بخش‌ها بخش مورد نظر را انتخاب و آیتم آمار فعالیت را انتخاب نمایید .
صفحه‌ای به شکل زیر نمایش داده می‌شود که در آن اطلاعات مربوط به آمار فعالیت بخش را به تفکیک ماه و تعداد بیمار وارد و سپس دکمه اعمال تغییرات را انتخاب نمایید .

ماه	تعداد بیمار
فروردین	
اردیبهشت	
خرداد	
تیر	
مرداد	
شهریور	
مهر	
آبان	
آذر	
دی	
بهمن	
اسفند	

آمار فعالیت اتاق عمل به تفکیک ماه و تعداد بیمار (بار مراجعه به اتاق عمل)، بدون در نظر گرفتن تعداد اعمال جراحی انجام شده و نوع اعمال جراحی در هر بار عمل ثبت می‌گردد.

تجهیزات پزشکی

در منوی عملیات آیتم تجهیزات پزشکی را انتخاب نمایید .



برای ورود اطلاعات جدید تجهیزات پزشکی بر روی دکمه ثبت کلیک نموده و فرم مربوطه را تکمیل نمایید .

توجه : لازم به ذکر است در تکمیل اطلاعات فرم فوق آیتم های ستاره دار الزامی می باشد .

تعریف عبارات:

عنوان دستگاه: انواع مختلف تجهیزات پزشکی با کارایی های متفاوت است.

مثال: سی تی اسکن 64 اسلایس

نام بخش: واحد یا بخشی که دستگاه مورد نظر در آن کارایی دارد. بدیهی است یک دستگاه خاص ممکن است در چند بخش کارایی داشته بشد که در این صورت با شماره اموال دستگاه بخش و جایگاه دستگاه مشخص می شود.

شماره اموال: شماره ای است که از اداره اموال دانشگاه به صورت برچسب بر روی هر دستگاه نصب می شود. بدیهی است شماره اموال هر دستگاه به صورت اختصاصی می باشد.

کارخانه تولید کننده: کارخانه سازنده تجهیزات پزشکی می باشد و شامل کارخانجات داخلی و خارجی می باشد.

شرکت فروشنده: شرکت یا موسسه ای است که تجهیزات مورد نظر از آن خریداری شده است.

شرکت سرویس دهنده: شرکت یا موسسه ای است که خدمات پس از فروش اعم از پشتیبانی، خدمات تعمیر و نگهداشت تجهیزات را انجام می دهد.

تاریخ بهره برداری: زمانی است که تجهیزات پزشکی مورد نظر با مجوز رسمی وزارت بهداشت شروع به کار کرده است. بدیهی است مدت زمانیکه دستگاه به علتی (نبودن متخصص، نداشتن مجوز و ...) بلااستفاده بوده است در زمان بهره برداری نمی گنجد. اسقاطی: دستگاهی است که از نظر کارایی قابل استفاده نبوده و تعمیر آن مقرون به صرفه نمی باشد.

عملکرد مطلوب: تجهیزاتی است که در حال حاضر فعال بوده، نیاز به تعمیر ندارد و کلیه option های دستگاه فعال بوده و نتایج کارکرد دستگاه مطلوب می باشد.

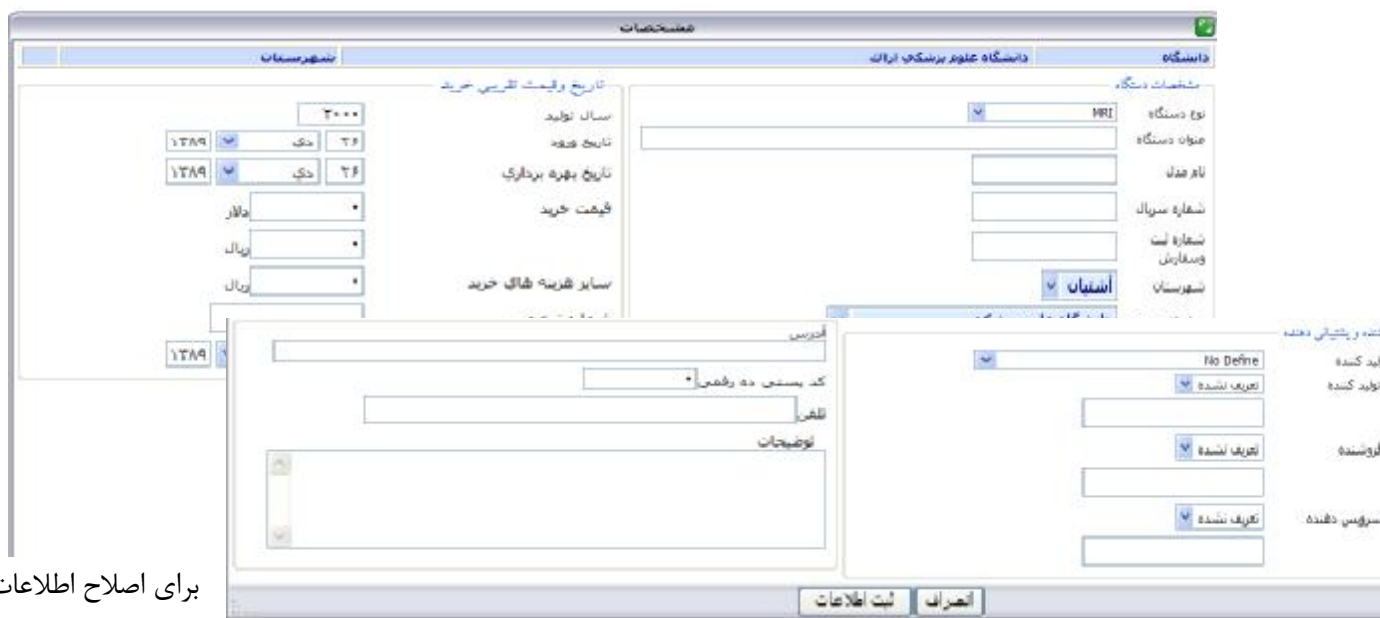
عملکرد نامطلوب: تجهیزاتی است که در حال حاضر فعال بوده ولی نیاز به تعمیر یا سرویس داشته ، برخی از option های آن غیر فعال بوده و یا کارکرد آن مطلوب نمی باشد.

بلا استفاده: تجهیزات پزشکی است که به دلایلی (نداشتن مجوز بهره برداری یا سطح بندی، نبودن متخصص مربوطه و...) به کار گرفته نمی شود.



تجهیزات پزشکی سرمایه ای
 در منوی عملیات آیتم مربوط به تجهیزات پزشکی سرمایه ای را انتخاب نمائید .

برای ورود اطلاعات جدید تجهیزات پزشکی سرمایه ای بر روی دکمه ثبت کلیک نموده و فرم مربوطه را تکمیل نمائید .



برای اصلاح اطلاعات
 مربوط به تجهیزات

پزشکی سرمایه ای تجهیزات مورد نظر را انتخاب و بر روی دکمه اصلاح کلیک نمائید .

جهت ورود اطلاعات آمار فعالیت تجهیزات پزشکی سرمایه ای دستگاه مورد نظر را انتخاب و آیتم آمار فعالیت را انتخاب نمایید .

صفحه به شکل زیر نمایش داده می شود که آن اطلاعات

ای

در

تلفن	آدرس	سایر پرسنل	گازر درهای	تعداد پزشکی	مدل	نوع تجهیزات	شهرستان
						رادپوزایی نیمه سقفی	تهران،ش
						سی تی اسکنی	تهران،ش

مربوط به آمار فعالیت دستگاه را به تفکیک ماه و تعداد بیمار وارد و سپس دکمه اعمال تغییرات را انتخاب نمایید .

ماه	تعداد بیمار
فروردین	
اردیبهشت	
خرداد	
تیر	
مرداد	
مهر	
آبان	
آذر	

توجه : لازم به ذکر است در تکمیل

اطلاعات فرم فوق آیتم های ستاره دار الزامی می باشد .

پرسنل و پزشکان

در منوی عملیات آیتم مربوط به پرسنل و پزشکان را انتخاب نمائید .



برای ورود اطلاعات مربوط به پرسنل و پزشکان بخش یا واحد مربوطه را انتخاب و بر روی دکمه ثبت کلیک نمائید .

توجه : لازم به ذکر است در تکمیل اطلاعات فرم فوق آیتم های ستاره دار الزامی می باشد .
تعریف عبارات:

کلیه اطلاعات شناسنامه ای فرم، منطبق با اطلاعات پرسنلی موجود در احکام کارگزینی تکمیل می شود.
شماره کارت: شماره کارت شناسایی پرسنلی کارکنان می باشد.

کد ملی: شماره 10 رقمی مختص به هر فرد می باشد که در کارت ملی پرسنل درج گردیده است.

کد استخدامی: شماره مستخدم پرسنل می باشد که در حکم کارگزینی ثبت شده است.

شماره بیمه: شماره بیمه اختصاصی هر پرسنل می باشد که در دفترچه بیمه پرسنل تحت عنوان کد شناسایی بیمه درج گردیده است.

نام بخش: نام بخشی که پرسنل در آن مشغول به کار می باشد.

شماره نظام : شماره نظام پزشکی، فیزیوتراپی و ... می باشد .

وضعیت:

وضعیت فعال : پرسنل در بیمارستان مشغول به کار می باشد.

وضعیت غیر فعال: پرسنل به هر دلیلی خارج از بیمارستان بوده و اشتغال به کار ندارد.

مثال: مأموریت آموزشی، مرخصی استعلاجی طولانی مدت، مأموریت به سازمان دیگر و...

در صورت اتمام کار پرسنل در بیمارستان (بازنشستگی، پایان دوره طرح، اخراج و...) وضعیت غیر فعال را انتخاب کرده، در قسمت توضیحات، موارد لازم را شرح دهید.

توجه:

- دقت نمایید که پس از ثبت اطلاعات هر یک از پرسنل، قابلیت حذف بسادگی وجود ندارد. بنابراین سعی کنید اطلاعات فردی را که شاغل در بیمارستان نیست بی جهت و به منظور تمرین وارد ننمائید.
- در صورت اشتباه وارد کردن مشخصات یکی از پرسنل می توانید پس از ثبت اولیه، مجدداً با استفاده از آیکن اصلاح، اطلاعات ناصحیح را اصلاح نمائید
- اطلاعات کلیه پرسنل شاغل در بیمارستان اعم از رسمی - پیمانی - قراردادی - ضریب کا - هیئت علمی - شرکتی - طرحی و... می بایست در این فرم قرار گیرد.
- پرسنل مامور از سایر واحدها که در حال حاضر در بیمارستان شاغل هستند می بایست منظور گردد.
- پرسنلی که واجد پست در بیمارستان بوده ولی در حال حاضر خارج از بیمارستان بصورت مامور می باشند باید منظور گردد. اما در ذیل فرم بعنوان کاربر غیر فعال تنظیم می شود مشخصات این پرسنل پس از پایان مأموریت و شروع به کار مجدد در سیستم بعنوان کاربر فعال ثبت می شود

منوی گزارشات شامل موارد زیر می باشد

گزارشات

گزارش وضعیت منابع موجود

گزارش وضعیت تختهای محاسبه شده

گزارش وضعیت تختهای محاسبه شده ستاره دار

گزارش آمار پرسنلی استاندارد

گزارش آمار تجهیزات پزشکی استاندارد

گزارش فضای فیزیکی استاندارد

گزارش شاخصهای تخت بستری

توجه: جهت مشاهده گزارشات فوق با انتخاب هر یک از آیتم های مورد نظر اطلاعات مورد نیاز را تکمیل و گزینه مشاهده گزارش را کلیک نمائید. جهت گزارش گیری جدید بر روی دکمه گزارش جدید کلیک نمائید.

گزارش وضعیت منابع موجود

گزارش وضعیت تخت های محاسبه شده

در این گزارش علاوه بر آیتم های انتخابی می توانید ستون های گزارش را برحسب نیاز انتخاب نمایید .

گزارش وضعیت تخت های محاسبه شده ستاره دار

گزارش آمار پرسنلی استاندارد

لطفا پارامترهای گزارشات را وارد کنید

گزارش آمار پرسنل محاسبه شده براساس استاندارد
گزارش آمار پرسنل محاسبه شده براساس استاندارد

نوع گزارش: گروه پرسنل

پارامترهای ورودی گزارشات

استان:

دانشگاه/دانشکده:

شهرستان:

بخش:

گروه شغلی:

سال: ۱۳۹۳

عنوان گزارش:

گزارش جدید مشاهده گزارش

گزارش آمار تجهیزات پزشکی استاندارد

لطفا پارامترهای گزارشات را وارد کنید

گزارش آمار تجهیزات محاسبه شده براساس استاندارد

نوع گزارش: گروه تجهیزات

پارامترهای ورودی گزارشات

استان:

دانشگاه/دانشکده:

شهرستان:

بخش:

گروه تجهیزات:

سال: ۱۳۹۳

عنوان گزارش:

گزارش جدید مشاهده گزارش

گزارش فضای فیزیکی استاندارد

لطفا پارامترهای گزارشات را وارد کنید

گزارش آمار فضای فیزیکی محاسبه شده براساس استاندارد

نوع گزارش: گروه فضای فیزیکی

پارامترهای ورودی گزارشات

استان:

دانشگاه/دانشکده:

شهرستان:

بخش:

گروه فیزیکی:

سال:

عنوان گزارش:

گزارش جدید مشاهده گزارش

گزارش شاخص های تخت بستری

پارامترهای گزارش

نوع گزارش: نسبت تعداد تخت به هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت

سال: ۱۳۹۳

عنوان گزارش: نسبت تعداد تخت به هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت

گزارش کلی گزارش به تفکیک نوع تخت

10- نام شاخص: میزان پوشش بیمه پایه
11- تعریف شاخص: تعداد افراد بیمه شده اصلی و تبعی سازمان ها و صندوق های بیمه گر پایه (صندوق بیمه خدمات درمانی کشور، صندوق تامین اجتماعی، سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح، کمیته امداد) به کل افراد جامعه نحوه محاسبه شاخص: تعداد افراد بیمه شده اصلی و تبعی تقسیم بر کل افراد جامعه
12- منابع استخراج صورت کسر: بانک اطلاعات ایرانیان (مرکز آمار وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی)
13- منابع استخراج مخرج کسر: مرکز آمار ایران
14- متغیرهای تفکیک کننده نابرابری: سن، جنس، ناحیه روستا/شهر/استان، کد ملی سرپرست خانوار، کد ملی فرد بیمه شده، نوع بیمه پایه
15- سازمان متولی اصلی تولید شاخص (پاسخگو): وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی/مرکز آمار و بازار کار وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی
16- دوره زمانی تولید و به روز رسانی: سالیانه
17- نمونه فرم تکمیل اطلاعات (فرمهای آماری برای جمع آوری داده ها):

فرم آمار بیمه شدگان

نام استان: ماه: سال:

کاهش ماه جاری															افزایش ماه جاری															شماره فرم بیمه	صندوق					
خروجی					ابطال					فاقد اعتبار					ورودی					تعمید اعتبار					ثبت نام اولیه											
اص لی	تبع 1ی	تبع 2ی	تبع 3ی	جم ع	اص لی	تبع 1ی	تبع 2ی	تبع 3ی	جم ع	اص لی	تبع 1ی	تبع 2ی	تبع 3ی	جم ع	اص لی	تبع 1ی	تبع 2ی	تبع 3ی	جم ع	اص لی	تبع 1ی	تبع 2ی	تبع 3ی	جم ع	اص لی	تبع 1ی	تبع 2ی	تبع 3ی	جم ع							
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-1	کارکنان دولت
					0		0	0	0																					0		0	0	0	-1	مؤسسات مشمول 9/2
					0			0	0	0			0	0						0			0	0						0			0	0	-1	خویش فرمایان
					0	0	0	0	0	0	0	0	0	0						0	0	0	0	0						0	0	0	0	0	-1	اتباع بیگانه
					0	0	0	0	0	0	0	0	0	0						0	0	0	0	0						0	0	0	0	0	-1	بیمه ایرانیان
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-1	روستایان
					0	0	0	0	0	0	0	0	0	0						0	0	0	0	0						0	0	0	0	0	-1	سایر اقشار
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		جمع

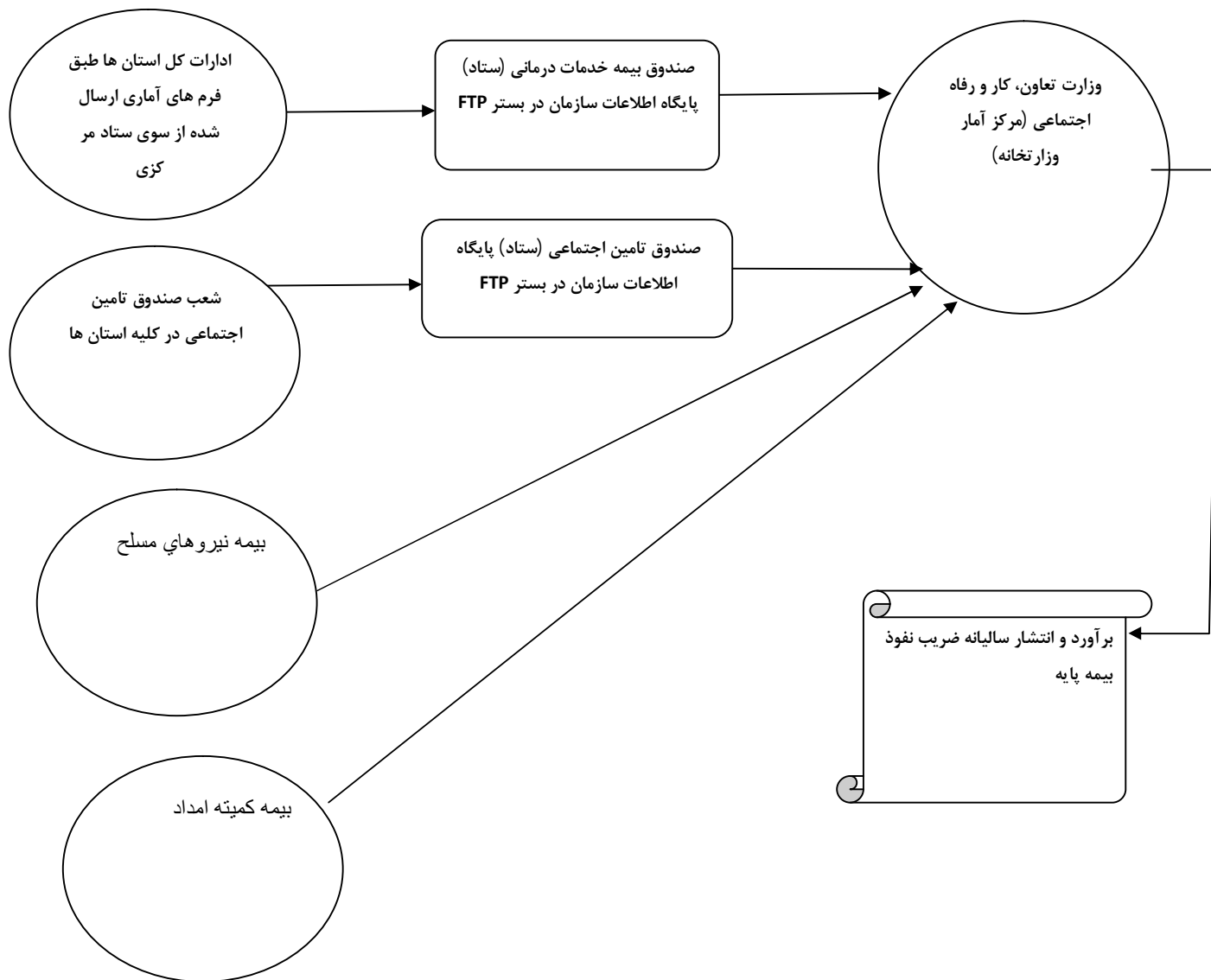
جمع		معرفینامه بیمارستانی	آمار صدور کارت و دفترچه						تا پایان ماه جاری				
			دفاتر بین استانی	المثنی	تعویض	تمدید	اولیه		جمع	تبعی 3	تبعی 2	تبعی 1	اصلی
تبعی	اصلی												
نماینده ها	اداره کل												
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
										0		0	0
0	0		0	0	0	0	0	0	0			0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

کارشناس مسئول بیمه گری

رئیس اداره بیمه گری و درآمد

مدیر کل

فلوجارت گردش اطلاعات در بانک اطلاعات ایرانیان



1- نام شاخص ضریب پوشش بیمه درمان مکمل
2- تعریف شاخص: نسبت تعداد بیمه شدگان درمان مکمل به جمعیت کشور بر حسب درصد نحوه محاسبه شاخص: تقسیم تعداد بیمه شدگان درمان مکمل به جمعیت کشور ضربدر صد
3- منابع استخراج صورت کسر: شرکتهای بیمه دارای مجوز فعالیت از بیمه مرکزی
4- منابع استخراج مخرج کسر: مرکز آمار ایران
5- متغیرهای تفکیک کننده نابرابری: سن، جنس، ناحیه روستا/شهر/استان، کد ملی سرپرست خانوار، کد ملی فرد بیمه شده
6- سازمان متولی اصلی تولید شاخص (پاسخگو): بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران متولی تهیه صورت کسر می باشد
7- دوره زمانی تولید و به روز رسانی: سالیانه
8- نمونه فرم تکمیل اطلاعات (فرمهای آماری برای جمع آوری داده ها):

فرم دریافت اطلاعات بیمه شدگان درمان مکمل (گروهی و انفرادی)

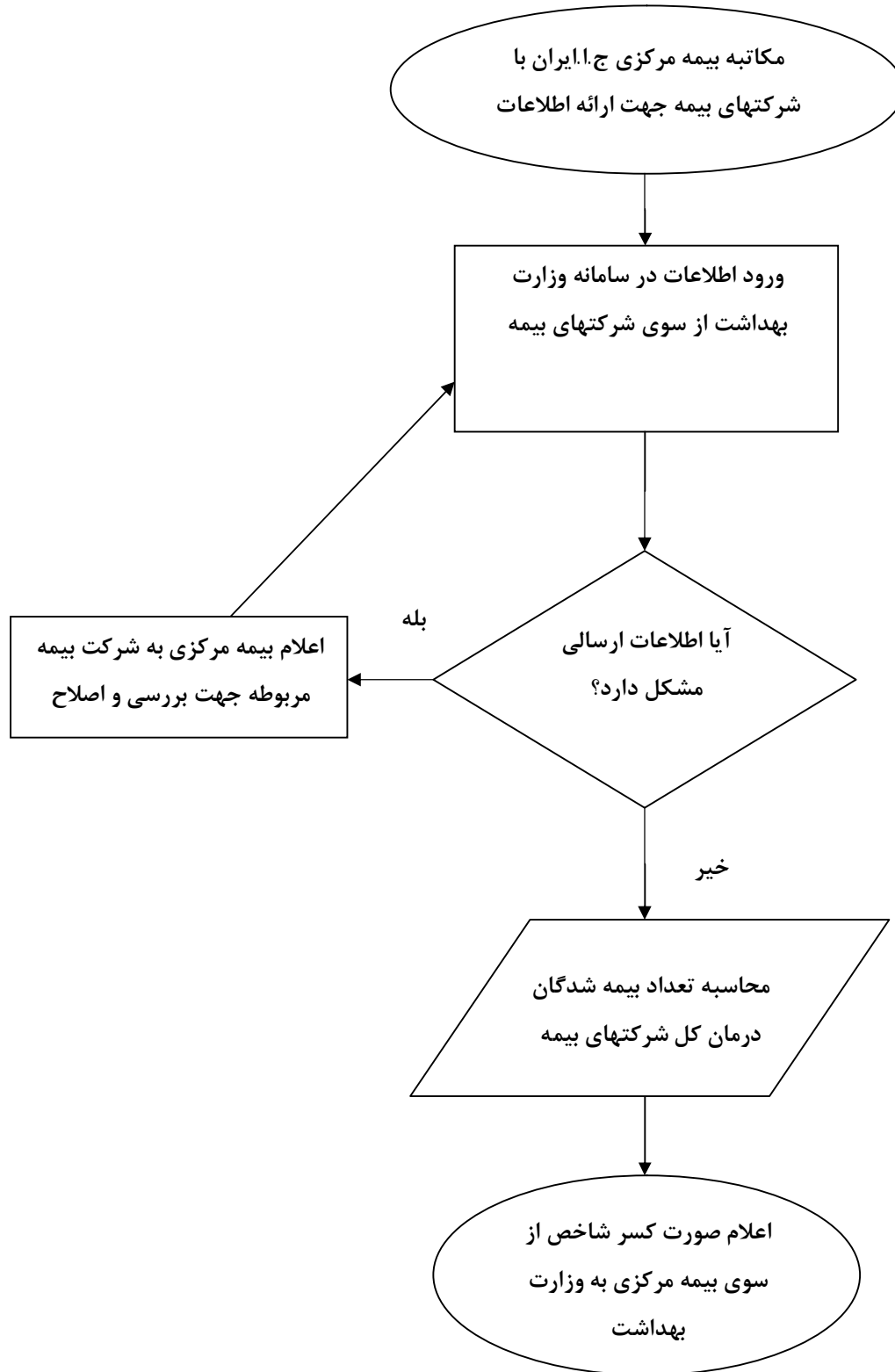
(خواهشمند است قبل از تکمیل فرم، دستورالعمل پشت برگه را مطالعه نمائید)

مشخصات بیمه شده								نام بیمه گذار	نام شرکت بیمه
نشانی محل سکونت	محل سکونت	تحصیلات	سال تولد	جنسیت	کد ملی	نام خانوادگی	نام		

دستورالعمل نحوه تکمیل فرم

- پرکردن تمام اطلاعات درخواستی ضروری است.
- در ستون نام شرکت بیمه، مثلاً برای بیمه ایران ذکر می شود: **ایران** یا برای بیمه دانا، **دانا**.
- در ستون بیمه گذار نام مؤسسه، شرکت، سازمان یا شخص مربوطه که طرف قرارداد بیمه درمان گروهی است عنوان می شود.
- در ستون کدملی باید تمام 10 رقم شماره، کامل درج شود حتی اگر ارقام اول صفر باشند، مثلاً: 0052671038
- در ستون جنسیت تنها ذکر **زن**، **مرد** و در موارد خاص **نامشخص** کفایت می کند.
- در ستون سال تولد، عدد مربوطه مخفف سازی نشده و کامل درج می گردد، مثلاً 1354
- در ستون تحصیلات یکی از **کلمات زیر** براساس طبقه بندی مرکز آمار ایران درج شود:
بیسواد ابتدایی (نهضت) راهنمایی دبیرستان حوزوی دانشگاهی
- در ستون محل سکونت **یکی از کلمات زیر** درج شود:
شهر حاشیه شهر شهرستان روستا اسکان غیررسمی
- در ستون نشانی محل سکونت، نام مواردی که در ستون قبل مشخص شده عنوان می شود، مثلاً: **شهر تهران** - **شهرک پردیس** (حاشیه شهر)، یا بطور مثال: **شهرستان ساری - روستای سورک**

فلوچارت تجمیع اطلاعات (در راستای تهیه شاخص 50 ام عدالت در سلامت)



مدیران عامل محترم شرکت‌های سهامی بیمه ایران/آسیا/البرز/دانا/معلم/پارسیان/کارآفرین/رازی
توسعه/اسینا/ملت/دی/سامان/نوین/پاسارگاد/میهن/حافظ/امید/ایران معین/کوثر/ما (ملت ایران)

با سلام؛

بر اساس بند (ب) ماده 35 قانون برنامه پنجم توسعه با موضوع «بیمه سلامت و راه‌اندازی سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان» و تصویب‌نامه شماره 45897/241099 مورخ 1389/10/25 هیأت محترم وزیران با موضوع «شاخص‌های مربوط به عدالت در سلامت» (مستندات پیوست)، مقتضی است ترتیبی اتخاذ فرمایید نسبت به فراهم آوردن تمهیدات اجرایی لازم به نحو جدی اقدام شده و نقطه‌نظرات فنی - عملیاتی مربوطه را جهت ارائه مستمر شاخص ذیربط در سامانه کشوری سلامت از سوی بیمه مرکزی ج.ا.ایران به معاونت طرح و توسعه منعکس نمایند. لازم به ذکر است:

1- بیمه مرکزی ج.ا.ایران در نقش همکاری با وزارت رفاه (به‌عنوان متولی سامانه مربوط) در خصوص شاخص مرتبط (ردیف 50 از شاخص‌های عدالت در سلامت) حداکثر ظرف دو سال اول (تا پایان 1391) باید برنامه خدمات بیمه سلامت را به صورت یکپارچه و مبتنی بر فناوری اطلاعات در تعامل با سامانه مذکور ساماندهی نماید.

2- طبق بند 2 از تصویب نامه فوق‌الاشاره، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف شده است در مورد تعیین آن دسته از شاخص‌هایی که بر اساس آمارهای ثبتی (سیستماتیک) قابل محاسبه هستند و شاخص‌هایی که نیاز به تولید آمار (از طریق آمارگیری، نمونه‌گیری یا سایر روش‌های آماری) دارند اقدام و نتیجه را اعلام نماید که در این خصوص پس از برگزاری جلساتی در وزارتخانه مذکور با حضور نماینده بیمه مرکزی ج.ا.ایران مطالب ذیل عنوان گردیده است:

- اصلاح عنوان شاخص مرتبط (ردیف 50): اولاً با توجه به تعریف آن (تعداد جمعیت تحت پوشش) و ثانیاً با توجه به مصطلح بودن عنوان رایج ضریب نفوذ بیمه (با تعریف: نسبت حق بیمه تولیدی به تولید ناخالص داخلی کشور یا GDP) نیاز به اصلاح عنوان داشت که عبارت جایگزین: «ضریب پوشش بیمه درمان مکمل» پیشنهاد شده و با آن موافقت گردید.

- نحوه گردآوری و امکان‌سنجی احصاء اطلاعات: اطلاعات بیمه درمان مکمل از طریق ثبت در سیستم‌های معمول شرکت‌های بیمه (نظام آمارهای ثبتی: Register data system) در حال انجام است. لذا از روش آمارگیری و پیمایش (Survey) تجمیع نمی‌شود و واحدهای IT و آمار در سطح صنعت بیمه درگیر جمع‌بندی آن هستند اما با توجه به ریز تفکیک‌های در نظر گرفته‌شده برای ارائه آمار تعداد بیمه‌شدگان درمان مکمل از سوی شرکت‌های بیمه (برحسب: سن، جنس، تحصیلات، ناحیه شهر، حاشیه شهر، اسکان غیررسمی و روستا، سطح شهرستان و سطوح اقتصادی) نیاز به بررسی از طرق ممکن (دریافت کد ملی یا روش‌های دیگر لینک به اطلاعات فردی و سطوح اقتصادی آنها) دارد. ۹۰/۰۹/۰۹

سیدمحمد کریمی

رونوشت:

× جناب آقای دکتر تاجگردون دبیرکل محترم سندیکای بیمه‌گران ایران برای اطلاع و پیگیری لازم

1 - نام شاخص: نسبت خانوارهای تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهری در برنامه داوطلبین سلامت به تعداد داوطلبین سلامت این مراکز که در سال بررسی شاخص ها حداقل 6 ماه داوطلب داشته اند
2 - تعریف شاخص: نسبت خانوارهای تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهری در برنامه داوطلبان سلامت به تعداد داوطلبان سلامت این مراکز که در سال بررسی شاخص ها حداقل 6 ماه داوطلب داشته اند
3 - نحوه محاسبه شاخص: تعداد خانوارهای تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهری در برنامه داوطلبین سلامت که در سال بررسی شاخص ها حداقل 6 ماه دارای داوطلب سلامت بوده اند تعداد داوطلبان سلامت
4 - منابع استخراج صورت کسر: فرم شماره 1 و 2 و 3 آمار برنامه داوطلبان سلامت
5 - منابع استخراج مخرج کسر: فرم شماره 1 و 2 و 3 آمار برنامه داوطلبان سلامت
6 - متغیرهای تفکیک کننده نابرابری: مرکز بهداشتی درمانی - شهرستان و استان
7 - سازمان متولی اصلی تولید شاخص (پاسخگو): معاونت بهداشت وزارت بهداشت (مرکز مدیریت شبکه)
8 - دوره زمانی تولید و به روز رسانی: سالیانه
9 - نمونه فرم تکمیل اطلاعات (فرمهای آماری برای جمع آوری داده ها): فرم 26 - ع د، فرم 27 - ع د، فرم 28 - ع د

وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی
 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
 آمار برنامه داوطلبان سلامت (جلب مشارکت مردمی)

مرکز بهداشتی درمانی / پایگاه بهداشتی / خانه بهداشت..... ماه: سال:

فرم :

8	7		6	5	4	3	2	1
تعداد کل داوطلبان سلامت که 6ماه یا بیشتر فعالیت داشته اند	تعداد کل داوطلبان سلامت در پایان فصل		درصد خانوار فاقد داوطلب سلامت	تعداد خانوارهایی که حداقل 6ماه دارای داوطلب سلامت هستند	تعداد خانوار تحت پوشش داوطلبان سلامت	تعداد خانوار تحت پوشش مرکز/ پایگاه/ خانه بهداشت	جمعیت تحت پوشش داوطلبان سلامت	جمعیت تحت پوشش مرکز/ پایگاه/ خانه بهداشت
	مرد	زن						
								جمع کل

تکمیل

..... نام نام خانوادگی مربی داوطلبان سلامت : نام نام خانوادگی مسئول مرکز بهداشتی در مانی امضاء/ تاریخ

وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی
 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
 آمار برنامه داوطلبان سلامت (جلب مشارکت مردمی)

مرکز بهداشت شهرستان (شهری/روستایی) : فصل: سال:

9	8		7	6	5	4	3	2	1
تعداد کل داوطلبان سلامت که 6 ماه یا بیشتر فعالیت داشته اند	تعداد کل داوطلبان سلامت در پایان فصل		درصد خانوار فاقد داوطلب سلامت	تعداد خانوارهایی که حداقل 6 ماه دارای داوطلب سلامت هستند	تعداد خانوار تحت پوشش برنامه داوطلبان سلامت	تعداد خانوار تحت پوشش مرکز/ پایگاه/ خانه بهداشت	جمعیت تحت پوشش داوطلبان سلامت	جمعیت تحت پوشش مرکز/ پایگاه/ خانه بهداشت	نام مرکز بهداشتی درمانی / پایگاه / خانه بهداشت مجری برنامه سلامت داوطلبان سلامت
	مرد	زن							
									جمع کل

تعداد کل مرکز/ پایگاه/ خانه بهداشت تحت پوشش مرکز بهداشت شهرستان :

تعداد کل مرکز/ پایگاه/ خانه بهداشت تحت پوشش مرکز بهداشت که مجری برنامه داوطلبان سلامت می باشد:

تاریخ تکمیل فرم : نام خانوادگی مسوول مشارکت مردمی : نام خانوادگی معاون بهداشتی :
 امضاء.....

وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
 آمار برنامه داوطلبان سلامت (جلب مشارکت مردمی)

مرکز بهداشت استان/دانشگاه(شهری /روستایی)

فصل : سال :

9	8		7	6	5	4	3	2	1
تعداد کل داوطلبان سلامت که 6ماه یا بیشتر فعالیت داشته اند	تعداد کل داوطلبان سلامت در پایان فصل		درصد خانوار فاقد داوطلب سلامت	تعداد خانوارهایی که حداقل 6ماه دارای داوطلب سلامت هستند	تعداد خانوار تحت پوشش برنامه داوطلبان سلامت	تعداد خانوار تحت پوشش مرکز بهداشت شهرستان	جمعیت تحت پوشش برنامه داوطلبان سلامت	جمعیت تحت پوشش مرکز بهداشت شهرستان	نام مرکز بهداشت شهرستان
	مرد	زن							

تعداد کل مرکز / پایگاه / خانه بهداشت تحت پوشش دانشگاه :

تعداد کل مرکز / پایگاه / خانه بهداشت تحت پوشش دانشگاه که مجری برنامه داوطلبان سلامت می باشد:

تاریخ تکمیل فرم : نام خانوادگی مسوول جلب مشارکت مردمی : نام خانوادگی معاون بهداشتی
 دانشگاه:.....امضاء

دستورالعمل تکمیل فرمهای آماری برنامه داوطلبان سلامت در مناطق شهری و روستایی (فرم 26 - ع د)

فرم شماره 1

به منظور کسب آمار مربوط به تعداد داوطلبان سلامت و بررسی عملکرد آنها در ارائه خدمات بهداشتی درمانی در مناطق شهری و روستایی فرمی تهیه شده که اطلاعات مورد نیاز را جمع آوری و در قالب فرم شماره 1 به مرکز بهداشت شهرستان ارسال می شود.

فرم شماره یک

این فرم در مرکز بهداشتی در مانی / پایگاه / خانه بهداشت مجری برنامه داوطلبان سلامت توسط مربی داوطلبان سلامت تکمیل می شود لازم به یادآوری است این فرم برای مناطق شهری و روستایی بصورت جداگانه تکمیل می شود که پس از اطمینان از صحت اطلاعات مندرج هر 6 یکبار تکمیل و پس از مهر و امضای مسوول مرکز / پایگاه / خانه بهداشت یک نسخه از آن به مرکز بهداشت شهرستان ارسال می گردد و نسخه دیگر بصورت بایگانی در مرکز / پایگاه / خانه بهداشت باقی می ماند.

ستون شماره 1: در این ستون جمعیت تحت پوشش مرکز بهداشتی در مانی بطور دقیق نوشته می شود.

ستون شماره 2: در این ستون جمعیت تحت پوشش برنامه داوطلبان سلامت نوشته می شود .

ستون شماره 3: در این ستون تعداد خانوار تحت پوشش مرکز یا پایگاه غیر ضمیمه بطور دقیق نوشته می شود.

ستون شماره 4: در این ستون تعداد خانوار تحت پوشش برنامه داوطلبان سلامت نوشته می شود.

ستون شماره 5: در این ستون تعداد خانوار های تحت پوشش داوطلبان سلامت که حداقل 6 ماه دارای داوطلب سلامت هستند نوشته می شود.

ستون شماره 6: در این ستون درصد خانوار تحت پوشش مرکز مجری که فاقد داوطلب سلامت می باشد نوشته می شود که از تقسیم تعداد خانوار تحت پوشش برنامه داوطلبان بر تعداد خانوار تحت پوشش مرکز / پایگاه / خانه بهداشت ضربدر عدد 100 بدست می آید.

ستون شماره 7: در این ستون تعداد داوطلبینی که در حال حاضر با مرکز بهداشتی در مانی یا پایگاه غیر ضمیمه همکاری دارند به تفکیک مرد و زن نوشته می شود.

ستون شماره 8: در این ستون تعداد داوطلبینی که 6 ماه یا بیشتر فعالیت داشته اند و دارای خانوار می باشند نوشته می شود.

دستورالعمل تکمیل فرم آماری برنامه داوطلبان سلامت در مرکز بهداشت شهرستان : (فرم 27 - ع د)

فرم شماره 2

به منظور کسب آمار مربوط به تعداد داوطلبان سلامت و بررسی عملکرد آنها در ارائه خدمات بهداشتی درمانی در مناطق شهری و روستایی فرمهایی تهیه شده که اطلاعات مورد نیاز را از سطح مراکز بهداشتی درمانی / پایگاه / خانه بهداشت جمع آوری و در فرم شماره 2 به مرکز بهداشت استان ارسال می شود.

فرم شماره 2

این فرم در مرکز بهداشت شهرستان توسط مسوول برنامه داوطلبان سلامت در دونسخه برای مناطق شهری و روستایی بصورت جداگانه تکمیل می شود که پس از اطمینان از صحت اطلاعات مندرج و تایید و امضای معاون بهداشت هر 6 ماه یکبار یک نسخه از آن به مرکز بهداشت استان ارسال می گردد و نسخه دیگر بصورت بایگانی در مرکز بهداشت شهرستان باقی می ماند.

ستون شماره 1: در این ستون نام مراکز بهداشتی درمانی / پایگاه / خانه بهداشت تحت پوشش آن شهرستان که مجری برنامه داوطلبان سلامت است نوشته می شود.

ستون شماره 2: در این ستون جمعیت تحت پوشش هر مرکز بهداشتی درمانی / پایگاه / خانه بهداشت بطور دقیق نوشته می شود.

ستون شماره 3: در این ستون جمعیت تحت پوشش برنامه داوطلبان سلامت نوشته می شود .

ستون شماره 4: در این ستون تعداد خانوار تحت پوشش مرکز یا پایگاه غیر ضمیمه یا خانه بهداشت بطور دقیق نوشته می شود.

ستون شماره 5: در این ستون تعداد خانوار تحت پوشش برنامه داوطلبان سلامت نوشته می شود.

ستون شماره 6: در این ستون تعداد خانوار های تحت پوشش برنامه داوطلبان سلامت که حداقل 6 ماه دارای داوطلب سلامت هستند نوشته می شود..

ستون شماره 7: در این ستون درصد خانوار تحت پوشش مرکز / پایگاه / خانه بهداشت مجری برنامه که فاقد داوطلب سلامت می باشد نوشته می شود که از تقسیم تعداد خانوار تحت پوشش برنامه داوطلبان بر تعداد خانوار تحت پوشش مرکز / پایگاه / خانه بهداشت ضربدر عدد 100 بدست می آید.

ستون شماره 8: در این ستون تعداد داوطلبین سلامتی که در حال حاضر با مرکز بهداشتی در مانی / پایگاه غیر ضمیمه / خانه بهداشت همکاری دارند به تفکیک مرد و زن نوشته می شود.

ستون شماره 9: در این ستون تعداد داوطلبینی که 6 ماه یا بیشتر فعالیت داشته اند و دارای خانوار می باشند نوشته می شود.

دستورالعمل تکمیل فرم آماری برنامه داوطلبان سلامت استان / دانشگاه :

فرم شماره 3

به منظور کسب آمار مربوط به تعداد داوطلبان سلامت و بررسی عملکرد آنها در ارائه خدمات بهداشتی درمانی در مناطق شهری و روستایی فرمهای تهیه شده که اطلاعات مورد نیاز را از سطح مراکز بهداشت شهرستان محل اجرای برنامه داوطلبان سلامت جمع آوری و در قالب فرم شماره 3 به مرکز مدیریت شبکه وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی ارسال می شود.

فرم شماره 3

این فرم در معاونت بهداشتی هر دانشگاه توسط مسوول برنامه داوطلبان سلامت تکمیل می شود لازم به یادآوری است این فرم در دونسخه برای مناطق شهری و روستایی بصورت جداگانه تکمیل می شود که پس از اطمینان از صحت اطلاعات مندرج و تایید معاون محترم بهداشتی هر 6 ماه یکبار یک نسخه از آن به مرکز مدیریت شبکه ارسال می گردد و نسخه دیگر بصورت بایگانی در واحد مشارکت مردمی باقی می ماند.

ستون شماره 1: در این ستون نام مراکز بهداشت تابع هر دانشگاه نوشته می شود.

ستون شماره 2: در این ستون جمعیت تحت پوشش مرکز بهداشت شهرستان در مراکز / پایگاه ها/ خانه های بهداشت مجری برنامه داوطلبان سلامت بطور دقیق نوشته می شود.

ستون شماره 3: در این ستون جمعیت تحت پوشش برنامه داوطلبان سلامت (دارای داوطلب سلامت) نوشته می شود .

ستون شماره 4: در این ستون تعداد خانوار تحت پوشش مرکز بهداشت شهرستان در مراکز مجری برنامه داوطلبان سلامت بطور دقیق نوشته می شود.

ستون شماره 5: در این ستون تعداد خانوار تحت پوشش برنامه داوطلبان سلامت (دارای داوطلب سلامت) نوشته می شود.

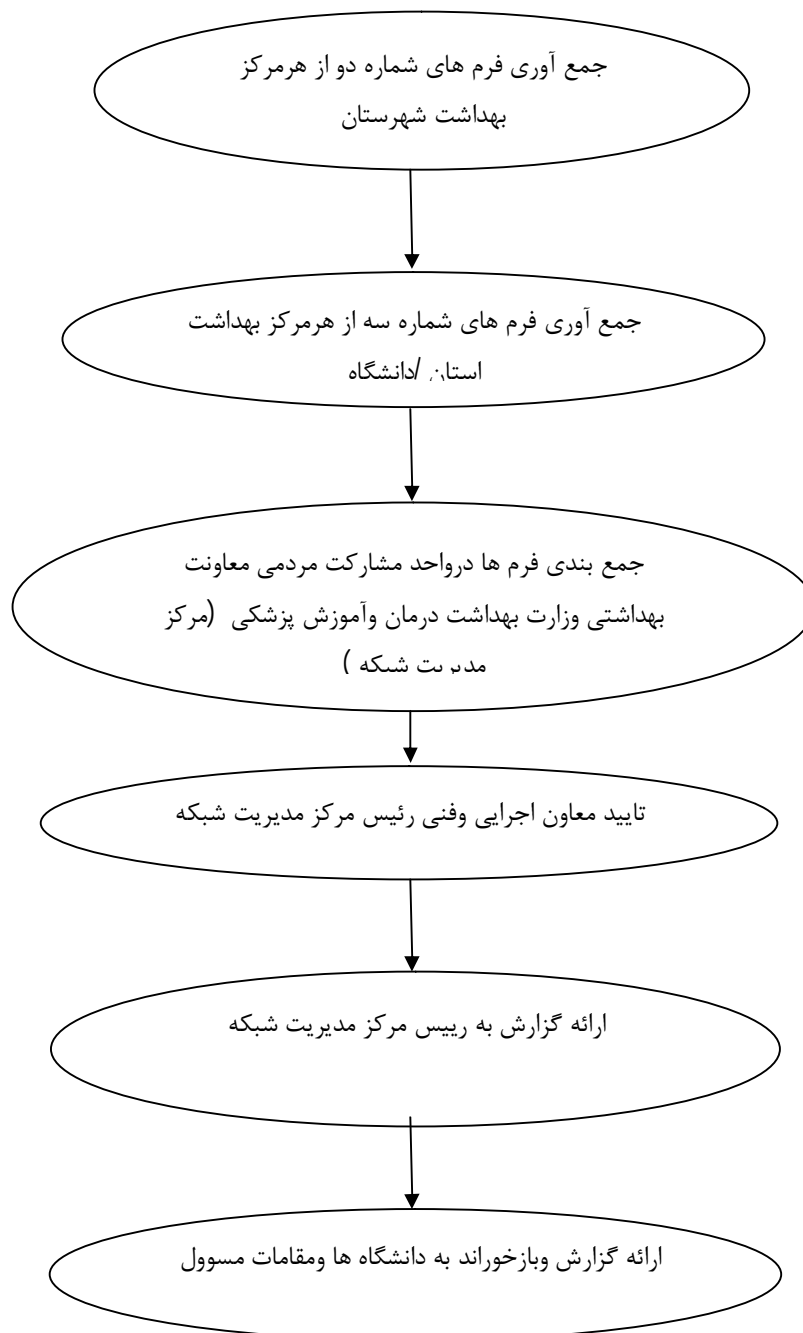
ستون شماره 6: در این ستون تعداد خانوار های تحت پوشش برنامه داوطلبان سلامت که حداقل 6 ماه دارای داوطلب سلامت هستند نوشته می شود.

ستون شماره 7: در این ستون تعداد خانوار تحت پوشش هر مرکز بهداشت شهرستان که فاقد داوطلب سلامت می باشد نوشته می شود

ستون شماره 8: در این ستون تعداد داوطلبین سلامتی که در حال حاضر با مرکز بهداشتی در مانی یا پایگاه غیر ضمیمه //خانه بهداشت همکاری دارند به تفکیک مرد و زن نوشته می شود.

ستون شماره 9: در این ستون تعداد داوطلبینی که 6 ماه یا بیشتر فعالیت داشته اند و دارای **خانوار** می باشند نوشته می شود.

فلوچارت استخراج شاخص ملی نسبت خانوارهایی که حداقل دارای 6 ماه داوطلب سلامت بوده اند



ستون ۲۳ - «وضعیت انجام کار در ۷ روز گذشته»

درصد بیکاری	نام شاخص
نسبت جمعیت بیکار به جمعیت فعال (شاغل و بیکار)	تعریف
<p>کار: آن دسته از فعالیت های اقتصادی (فکری و یا بدنی) که به منظور کسب درآمد (نقدی و یا غیر نقدی) صورت پذیرد و هدف آن تولید کالا یا ارائه خدمت باشد.</p> <p>جمعیت فعال اقتصادی: تمام افراد 10 ساله و بیش تر که در هفته تقویمی قبل از هفته آمارگیری (هفته مرجع) طبق تعریف کار، در تولید کالا و خدمات مشارکت داشته (شاغل) و یا از قابلیت مشارکت برخوردار بوده اند (بیکار).</p> <p>بیکار: تمام افراد 10 ساله و بیش تر که (الف) در هفته مرجع فاقد کار باشند (دارای اشتغال مزد بگیری یا خوداشتغالی نباشند)، (ب) در هفته مرجع و یا هفته بعد از آن آماده برای کار باشند (برای اشتغال مزد بگیری یا خوداشتغالی آماده باشند) و (ج) در هفته مرجع و سه هفته قبل از آن جویای کار باشند (اقدامات مشخصی را به منظور جستجوی اشتغال مزد بگیری و یا خوداشتغالی به عمل آورده باشند).</p> <p>افرادی که به دلیل آغاز به کار در آینده و یا انتظار بازگشت به شغل قبلی جویای کار نبوده، ولی فاقد کار و آماده برای کار بوده اند نیز بیکار محسوب می شوند.</p>	تعاریف، مفاهیم و اختصارات
$100 * (\text{جمعیت فعال} / \text{جمعیت بیکار})$	نحوه محاسبه
سرشماری عمومی نفوس و مسکن طرح آمارگیری نیروی کار	منابع استخراج
مرکز آمار ایران	سازمان متولی
مدیر کل دفتر آمارهای جمعیت، نیروی کار و سرشماری	مسئولیت
سرشماری: 5 سال یکبار طرح نیروی کار: فصلی	دوره زمانی تولید
ضمیمه	نمونه فرم
ضمیمه	دستورالعمل نحوه تکمیل فرم

برای تعیین وضع فعالیت افراد لازم است ابتدا به تعریف کار توجه نمایید.

کار، آن دسته از فعالیت‌های اقتصادی (فکری یا بدنی) است که به منظور کسب درآمد (نقدی یا غیرنقدی) انجام شود و هدف آن تولید کالا یا ارائه خدمت باشد.

افرادی که کار می‌کنند، به طور عمده به دو گروه خود اشتغال (افرادی که برای خود، کار می‌کنند) و مزد و حقوق بگیر (افرادی که در ازای کار خود مزد و حقوق می‌گیرند) تقسیم می‌شوند.

در این زمینه دقت کنید، فعالیت افراد زیر کار محسوب می‌شود:

- افرادی که در حال انجام خدمت وظیفه هستند.
- افرادی که خدمت در بسیج شغل آنان محسوب می‌شود و از این بابت مزد و حقوق دریافت می‌کنند.
- افرادی که به منظور کسب درآمد یا سود، در محل سکونت، کارهای خدماتی یا تولیدی نظیر قالی‌بافی، خیاطی، آرایشگری، تایپ، تدریس خصوصی، تعمیر وسایل برقی، نگهداری از کودک یا فرد سالخورده و ... انجام می‌دهند.
- افرادی که برای تولید کالاهای بادوام به فعالیت‌هایی نظیر قالی‌بافی، گلیم‌بافی، حصیربافی، خیاطی و ... برای مصرف خود یا خانوار خود مشغول هستند.
- افرادی که در حال ساختن، بازسازی یا تعمیر اساسی منزل خود هستند.
- افرادی که به عنوان کارآموز، کاری در ارتباط با فعالیت محل کارآموزی انجام می‌دهند، یعنی به طور مستقیم در تولید کالا یا خدمت سهیم هستند، اعم از آن که مزد و حقوق دریافت کنند یا مزد و حقوق دریافت نکنند.
- زنان یا مردانی که در فعالیت‌های کشاورزی مانند زراعت، باغداری، دامداری، ماهیگیری و ... مشغول به کار هستند.

کد 1، در 7 روز گذشته کار کرده

برای افرادی که در 7 روز گذشته مطابق با تعریف کار و مصادیق آن که در فوق گفته شد حداقل یک ساعت کار کرده‌اند، در مربع 1 علامت × درج کنید.

توجه داشته باشید:

- برای فردی که مطابق با تعریف کار و مصادیق آن در 7 روز گذشته کار کرده، هر چند در شغل معمول خود کار نکرده باشد، در مربع 1 علامت × درج کنید.
- در مورد تمام افراد 10 ساله و بالاتر خانوار تحقیق کامل نمایید و به دلیل خانه‌دار بودن یا در حال تحصیل بودن برخی افراد خانوار از تحقیق در مورد وضع فعالیت آنان خودداری نکنید چه بسا ممکن است مطابق با تعریف کار و مصادیق آن در هفت روز گذشته کار کرده باشند.

کد 2، بدون دریافت مزد در کسب و کار سایر اعضای خانوار کار کرده

افرادی هستند که بدون دریافت مزد، برای یکی از اعضای خانوار خود که با وی نسبت خویشاوندی دارند کار می‌کنند، به این افراد کارکن فامیلی بدون مزد می‌گویند. این افراد به طور معمول زنان و نوجوانانی هستند که در کارهای کشاورزی، دامداری و... یا در فعالیت‌هایی نظیر قالی‌بافی، گلیم‌بافی و... بدون دریافت مزد به سایر اعضای خانوار کمک می‌نمایند.

بنابر این در مورد تمام افراد 10 ساله و بالاتر خانوار به خصوص در مناطق روستایی تحقیق کامل نمایید و به دلیل خانه‌دار بودن یا در حال تحصیل بودن از پرسش در مورد وضع فعالیت آنان خودداری نکنید زیرا در مناطق روستایی معمولاً زنان و فرزندان خانوار در فعالیت‌های کشاورزی و... به سایر اعضای خانوار کمک می‌کنند که در صورت انجام حداقل یک ساعت کار در 7 روز گذشته باید برای آنان در مربع 2 علامت × درج کنید.

کد 3، دارای شغل است ولی در 7 روز گذشته به طور موقت سرکار نرفته است

برای افرادی که دارای شغلی هستند ولی در هفت روز گذشته به دلایلی مثل مرخصی، مسافرت، فصلی بودن کار، نوبتی بودن کار یا... کار نکرده ولی مطمئن هستند دوباره به آن شغل برمی‌گردند در مربع 3 علامت × درج کنید. این گونه افراد که به اصطلاح به آنها غایب موقت از کار می‌گویند:

ü در صورتی که مزد و حقوق‌بگیر هستند، باید پیوند رسمی شغلی داشته باشند، یعنی باید از بازگشت به کار خود نزد همان کارفرما اطمینان داشته باشند، معمولاً این افراد در طول مدت غیبت از کار، تمام یا قسمتی از حقوق خود را دریافت می‌کنند و همچنین طول مدت غیبت از کار آنان، با توجه به شرایط و قوانین، مجاز است.

ü در صورتی که این گونه افراد، خود اشتغال هستند، باید کسب و کار آنان تداوم داشته باشد و مجدداً فعالیت خود را از سرگیرند. در مورد افراد غایب موقت از کار، به مصادیق زیر توجه نمایید:

- افرادی که در فعالیت‌های کشاورزی برای خود کار می‌کنند و به دلیل فصلی بودن کارشان در 7 روز گذشته کار نکرده‌اند.
 - افرادی که به دلیل نوبتی بودن کارشان در 7 روز گذشته سرکار خود نرفته‌اند.
 - افرادی که به دلیل مرخصی، تعطیلات، بیماری، مسافرت و... در 7 روز گذشته سرکار خود نرفته‌اند.
 - افرادی که به دلایلی نظیر تغییرات موقت سازمانی یا خرابی دستگاه‌ها و ماشین‌آلات، نداشتن مشتری یا سفارش کار به طور موقت سر کار نرفته‌اند.
 - افرادی که از کار خود معلق شده‌اند، ولی پیوند رسمی شغلی دارند.
- دقت کنید، افرادی که به طور معمول به عنوان کارکن فامیلی بدون مزد کار می‌کنند در صورتی که در هفت روز گذشته حداقل یک ساعت کار کرده‌اند، در مربع 2 علامت × برای آنها درج کنید ولی در صورتی که در هفت روز گذشته کار نکرده‌اند، غایب موقت از کار به شمار نمی‌آیند و نباید در مربع 3 علامت × بگذارید، برای آنها در مربع 4 علامت × درج کنید.

کد 4، در 7 روز گذشته کار نکرده

برای افرادی که در 7 روز گذشته، کار نکرده، کارکن فامیلی بدون مزد و غایب موقت از کار نبوده‌اند، به عبارت دیگر هیچ یک از حالت‌های فوق را نداشته‌اند، در مربع 4 علامت × درج نمایید.

در این زمینه توجه نمایید، فعالیت‌های ذیل کار محسوب نمی‌شوند:

- فعالیت‌های بدون مزد در خانه برای اعضای خانوار شامل وظایف پخت و پز، خانه‌داری، پرستاری از فرزندان و... که اغلب توسط زنان انجام می‌شود.
 - خدمات اجتماعی و داوطلبانه‌ی بدون مزد مانند کار یا خدمت داوطلبانه در مؤسسات خیریه و بسیج.
 - تعمیرات جزئی ساختمان‌های محل سکونت خانوار نظیر تعمیر شیرآلات، تعویض شیشه‌ی پنجره و... همچنین تعمیر لوازم منزل توسط اعضای خانوار.
 - سرمایه‌گذاری در فعالیت‌های اقتصادی بدون مشارکت در مدیریت یا عملیات واقعی مربوط به این فعالیت‌ها، نظیر دارا بودن سهام یا سرمایه‌گذاری در شرکت‌ها.
- برای افرادی که در 7 روز گذشته به فعالیت‌های فوق مشغول بوده‌اند، در این ستون در مربع 4 علامت × درج نمایید.

ستون ۲۴ - «وضعیت جستجوی کار در ۳۰ روز گذشته»

برای افرادی که در 7 روز گذشته کار نکرده و یا کارکن فامیلی بدون مزد و غایب موقت از کار نبوده‌اند، به عبارت دیگر، برای آنان در ستون 23 در مربع 4 علامت × درج کرده‌اید، این ستون را مطابق توضیحات ذیل تکمیل نمایید و برای سایر افراد سفید بگذارید.

کد 1، جویای کار بوده

برای افرادی که در 30 روز گذشته برای جستجوی کار، اقدامات مشخصی را نظیر ثبت نام یا پیگیری در مؤسسات کاربایی، پرس‌وجو از دوستان، تماس با کارفرمایان، مطالعه‌ی آگهی‌های استخدامی و... انجام داده‌اند، کد 1 درج کنید.

جویای کار نبوده به دلیل: برای افرادی که جویای کار نبوده‌اند، علت در جستجوی کار نبودن را بپرسید و بر حسب عمده‌ترین دلیل، یکی از کدهای 2 تا 7 را درج نمایید:

کد 2، شروع کار در آینده برای افرادی که در انتظار شروع کار جدید هستند، یعنی برای آنان کاری مهیا شده و قرار است به آن کار مشغول شوند و به این دلیل در جستجوی کار نبوده‌اند، کد 2 درج کنید.

کد 3، منتظر بازگشت به کار قبلی برای افرادی که در انتظار بازگشت به کار قبلی هستند، یعنی قبلاً دارای کار بوده و به دلایلی کار خود را از دست داده و پیوند رسمی شغلی ندارند ولی در انتظار بازگشت به شغل خود به سر می‌برند، کد 3 درج نمایید.

کد 4، تحصیل برای افرادی که طبق برنامه‌های آموزش رسمی کشور در حال تحصیل هستند یا در خارج از کشور مشغول به تحصیل هستند، کد 4 درج نمایید.

کد 5، خانه‌داری برای افرادی که مشغول انجام وظایف خانه‌داری بوده‌اند، کد 5 درج نمایید.

کد 6، داشتن درآمد بدون کار برای افرادی که دارای درآمد بدون کار هستند، نظیر درآمد حاصل از بازنشستگی، املاک و مستغلات، سود سهام و سپرده‌ها و...، کد 6 درج نمایید.

کد 7، سایر برای افرادی که هیچ یک از وضعیت‌های فوق را نداشته‌اند، مانند افرادی که برای شرکت در کنکور آماده می‌شوند، سالمندان و ... ، کد 7 درج کنید.

ستون ۲۵ - «وضعیت آمادگی برای کار»

برای افرادی که در ستون 24 یکی از کدهای 1 تا 3 را درج کرده‌اید، این ستون را بر اساس توضیحات ذیل تکمیل نمایید:

کد 1، آماده برای کار است برای افرادی که آماده به کار هستند یعنی طی یک دوره‌ی 15 روزه شامل 7 روز گذشته و 7 روز آینده آمادگی شروع کار را داشته باشند کد 1 درج نمایید. به عبارت دیگر اگر طی هفت روز گذشته برای فرد کاری پیدا می‌شد، تا هفت روز آینده آمادگی شروع به کار را داشته باشد.

آماده به کار نیست به دلیل:

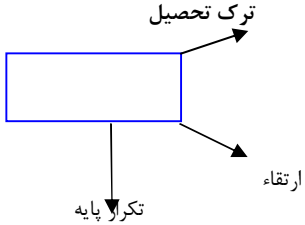
برای افرادی که مطابق توضیح فوق، آمادگی شروع کار را ندارند، علت آماده برای کار نبودن را بپرسید و بر حسب عمده‌ترین دلیل، یکی از کدهای 2 تا 5 را برای آنان درج نمایید.

کد 2، تحصیل برای افرادی که طبق برنامه‌های آموزش رسمی کشور در حال تحصیل هستند یا در خارج از کشور مشغول به تحصیل هستند، کد 2 درج نمایید.

کد 3، خانه‌داری برای افرادی که مشغول انجام وظایف خانه‌داری بوده‌اند، کد 3 درج نمایید.

کد 4، داشتن درآمد بدون کار برای افرادی که دارای درآمد بدون کار هستند، نظیر درآمد حاصل از بازنشستگی، املاک و مستغلات، سود سهام و سپرده‌ها و ... ، کد 4 درج نمایید.

کد 5، سایر برای افرادی که هیچ یک از وضعیت‌های فوق را نداشته‌اند، مانند افرادی که برای شرکت در کنکور آماده می‌شوند، سالمندان و ... ، کد 5 درج کنید.

<p>نام شاخص: نرخ ماندگاری</p>
<p>10- تعریف شاخص:</p> <p>این شاخص بیانگر توانایی سیستم آموزشی در نگهداری دانش آموزان در نظام آموزش و پرورش است و میزان نگهداری دانش آموزان در پایه ها و دوره ی تحصیلی را نشان می دهد. هر قدر این شاخص بالاتر باشد بیانگر تعداد کمتر ترک تحصیل کنندگان از نظام آموزشی است و برنامه ریزان باتهییه برنامه های مناسب برای افزایش این نرخ، کارایی نظام آموزشی را بهبود می بخشند.</p>
<p>11- نحوه محاسبه شاخص:</p> <p>تعداد ترک تحصیل کنندگان پایه اول تا پایان همان سال - تعداد دانش آموز پایه اول ثبت نامی</p> <p style="text-align: right;">0100</p> <hr style="width: 50%; margin-left: auto; margin-right: auto;"/> <p>تعداد ورودی های پایه</p>
<p>12- منابع استخراج صورت کسر:</p> <ul style="list-style-type: none"> - احصاء اطلاعات موردنظر از ؛ - تعداد دانش آموزان به تفکیک پایه - جمع تارکان تحصیل در پایه ها (اول تا ششم ابتدایی) - جمع ارتقاء یافتگان در پایه ها - جمع تکرار کنندگان پایه ها <div style="text-align: center;">  </div> <p>پس از رسم نموداری که نمایشگر جریان کوهورت دوره آموزشی مشخصی است می توان نرخ ماندگاری را محاسبه نمود. به عبارتی نرخ ماندگاری عبارت است از نسبت جمع دانش آموزانی که در یک سال تحصیلی یا دوره ی تحصیلی (تعداد اولیه دانش آموزان در کوهورت) تا پایان سال تحصیلی یا دوره ی مورد نظر به تحصیل خود ادامه داده اند.</p>
<p>13- منابع استخراج مخرج کسر:</p> <p>داده ه ای آماری مدارس ابتدایی منطقه مورد نظر</p>
<p>6 - متغیرهای تفکیک کننده نابرابری: جنسیت</p>
<p>7 - سازمان متولی اصلی تولید شاخص (پاسخگو): وزارت آموزش و پرورش - مرکز امار و فناوری</p>
<p>8 - دوره زمانی تولید و به روز رسانی: معمولاً در یک دوره کامل سال تحصیلی اطلاعات استخراج می گردد.</p>
<p>9 - نمونه فرم تکمیل اطلاعات (فرمهای آماری برای جمع آوری داده ها):</p>
<p>10 - دستورالعمل نحوه تکمیل فرم: ندارد</p>
<p>11 - چرخش کار (فلوچارت) تکمیل فرم: مراحل :</p>

- جمع آوری اطلاعات آماری مربوط به یک دوره 6 ساله تحصیلی دانش آموزان دوره ابتدایی با توجه به اقلام (تعداد تارکین تحصیل + تکرار پایه + تعداد ارتقا یافته) در واحد آموزشی (به تفکیک پایه ، جنسیت)
- جمع آوری اطلاعات مدارس در منطقه : (پردازش اطلاعات با توجه به اقلام فوق اشاره) از مدارس در سطح منطقه به تفکیک پایه ، جنسیت ، کل
- جمع آوری آمار و اطلاعات پردازش شده
- محاسبه نرخ ماندگاری براساس فرمول :
- مجموع دانش آموزانی که در پایه اول مشغول به تحصیل بوده اند
- مجموع دانش آموزانی که در پایه دوم مشغول به تحصیل بوده اند
- مجموع دانش آموزانی که در پایه سوم مشغول به تحصیل بوده اند
- مجموع دانش آموزانی که در پایه چهارم مشغول به تحصیل بوده اند
- مجموع دانش آموزانی که در پایه پنجم مشغول به تحصیل بوده اند
- مجموع دانش آموزانی که در پایه ششم مشغول به تحصیل بوده اند
- جمع تارکان تحصیل در پایه اول
- جمع تارکان تحصیل در پایه دوم
- جمع تارکان تحصیل در پایه سوم
- جمع تارکان تحصیل در پایه چهارم
- جمع تارکان تحصیل در پایه پنجم
- جمع تارکان تحصیل در پایه ششم
- جمع تکرار کنندگان در پایه اول
- جمع تکرار کنندگان در پایه دوم
- جمع تکرار کنندگان در پایه سوم
- جمع تکرار کنندگان در پایه چهارم
- جمع تکرار کنندگان در پایه پنجم
- جمع تکرار کنندگان در پایه ششم
- مجموع دانش آموزانی که در سالهای مورد نظر به تفکیک پایه ارتقا یافته اند .
- تعداد دانش آموزان مردود مشغول به تحصیل به تفکیک پایه

سالهای مورد نظر 6 سال

سالهای مورد نظر 6 سال

سالهای مورد نظر 6 سال

12 - **پیشنهادات جهت تهیه نرم افزار وسایر موارد مورد نیاز جهت احصای شاخص:** نرم افزار محاسبه شاخص مورد نیاز است

1 - نام شاخص: نرخ خالص ثبت نام کودکان 5 سال تمام در آموزش پیش دبستانی
تعریف شاخص: تعداد نوآموزان 5 سال تمام ثبت نام شده در سال تحصیلی t = نرخ خالص ثبت نام کودکان 5 سال تمام پیش دبستانی تعداد جمعیت کودکان 5 سال تمام در سال t
2 - نحوه محاسبه شاخص: - تعداد نوآموزان 5 سال تمام ثبت نام شده در کلاسهای آمادگی در سال تحصیلی مورد نظر بخش بر تعداد جمعیت کل کودکان 5 سال تمام منطقه یا استان (که باید از سازمان ثبت احوال دریافت گردد) 100 I - طبق مصوبات شورای عالی آموزش و پرورش کودکانی می توانند در کلاسهای آمادگی (پیش دبستانی) ثبت نام کنند که در مهر ماه هر سال تحصیلی 5 سال تمام داشته باشند. این شاخص نشان خواهد داد چه تعداد از کودکان واجد شرایط برای ثبت نام در پیش دبستانی (کلاسهای آمادگی) توانسته اند ثبت نام کنند و با کم کردن این شاخص از 100 می توان درصد کودکانی که از پیش دبستانی بازمانده اند را مشخص کرد.
3 - منابع استخراج صورت کسر: کلاسهای آمادگی تشکیل شده در مدارس، بهزیستی، مساجد، کانونهای فرهنگی تربیتی و ...
4 - منابع استخراج مخرج کسر: سازمان ثبت احوال منطقه یا استان
5 - متغیرهای تفکیک کننده نابرابری: دختر پسر - شهر روستا
6 - سازمان متولی اصلی تولید شاخص (پاسخگو): وزارت آموزش و پرورش - مؤسسات قرآنی تشکیل دهنده کلاسهای آمادگی و سازمان بهزیستی کشور
7 - دوره زمانی تولید و به روز رسانی: هرساله از اول مهر ماه (شروع سال تحصیلی)
8 - نمونه فرم تکمیل اطلاعات (فرمهای آماری برای جمع آوری داده ها):
9 - دستورالعمل نحوه تکمیل فرم: ندارد
چرخش کار (فلوچارت) تکمیل فرم: تکمیل فرم شماره 1 جمع آوری اطلاعات نوآموزان 5 ساله کلاس های آمادگی مستقر در مراکز پیش دبستانی مستقل و یا ضمیمه (مستقر در مدارس و یا کانون های فرهنگی تربیتی، ادارات و سازمان ها، مساجد و غیره.....) 2. جمع آوری اطلاعات اسمی و تکمیل فرم داده های آماری توسط اداره آموزش و پرورش منطقه 3. اخذ داده های آماری از مرکز ثبت احوال (کودکان 5 سال تمام منطقه)

4. محاسبه شاخص نرخ پوشش تحصیلی 5 سال تمام
1 - پیشنهادات جهت تهیه نرم افزار و سایر موارد مورد نیاز جهت احصای شاخص: نرم افزار جمع آوری اطلاعات اسمی کودکان در دستگاهها و سازمان های مختلف ارایه دهنده خدمات

1 - نام شاخص: نرخ جذب خالص پایه اول ابتدایی در مناطق آموزش و پرورش
2 - تعریف شاخص: طبق مصوبات شورای عالی آموزش و پرورش کودکانی می توانند در پایه اول ابتدایی ثبت نام کنند که در اول مهرماه هر سال تحصیلی 6 سال تمام داشته باشند، این شاخص نشان می دهد که چه تعداد از کودکان واجد شرایط برای ثبت نام در پایه اول ابتدایی توانسته اند ثبت نام کنند و با کم کردن این شاخص از صد می توان درصد کودکانی را که از تحصیل محروم مانده اند، مشخص کرد.
3 - نحوه محاسبه شاخص: تعداد دانش آموزان 6 سال پایه اول در سال تحصیلی t نرخ جذب خالص در پایه اول ابتدایی در سال تحصیلی t = تعداد جمعیت کودکان 6 ساله در سال تحصیلی t
4 - منابع استخراج صورت کسر: جمع آوری و آمار ثبت نام شدگان پایه اول ابتدایی مدارس منطقه (فقط گروه سنی 6 سال تمام) در سال موردنظر
5 - منابع استخراج مخرج کسر: دریافت اطلاعات آماری و ثبت موالید گروه سنی 6 سال تمام از ثبت احوال و یا مرکز آمار
6 - متغیرهای تفکیک کننده نابرابری: جنسیت
7 - سازمان متولی اصلی تولید شاخص (پاسخگو): (وزارت آموزش و پرورش) مرکز آمار و فناوری
8 - دوره زمانی تولید و به روز رسانی: معمولاً دوره ثبت نام مدارس از فصل بهار آغاز می شود و ثبت اطلاعات و آمار صورت می پذیرد و تا حدود 3 ماه بعد

<p>از آغاز فصل و شروع کار مدارس تا پایان آذرماه اطلاعات نهایی مطابق با بستن دفاتر آمار دانش آموزی مدارس نهایی می‌گردد.</p>
<p>9 - نمونه فرم تکمیل اطلاعات (فرمهای آماری برای جمع آوری داده ها): از حوزه فناوری با توجه به ثبت نام الکترونیکی دریافت شود</p>
<p>10 - دستورالعمل نحوه تکمیل فرم: ندارد</p>
<p>11 - چرخش کار (فلوچارت) تکمیل فرم:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ستاد ثبت نام کشوری (تدوین و تنظیم و ارسال ضوابط و مقررات بر اساس مصوبات شورای عالی آموزش و پرورش به ویژه فصل سوم آئین نامه اجرایی مدارس در خصوص ثبت نام و ارائه رهنمودهای لازم) دفاتر ارزیابی عملکرد با هماهنگی نمایندگان معاونت ها و دفاتر - ارسال دستورالعمل ثبت نام به استان ها (استانی) - ارسال دستورالعمل به مناطق (منطقه) به انضمام ضوابط اجرایی - اعلام ضوابط ثبت نام از منطقه آموزشی به مدارس - آغاز و شروع ثبت نام در مدارس پس از هماهنگی با پایگاه های سنجش کشور به صورت الکترونیکی بر اساس فرم های موجود در سایت - پایان ثبت نام - بررسی و کنترل مدارک - رفع و تکمیل مدارک ناقص (ثبت نام دانش آموزان) - تهیه جدول خلاصه اطلاعات مدرسه ای - دریافت اطلاعات آماری متولدین واجد شرایط ثبت نام در کلاس اول ابتدایی (منطقه موردنظر) - دریافت آمار جمعیت گروه سنی واجد شرایط از مرکز ثبت احوال با هماهنگی مرکز آمار ایران - احصاء اعداد موردنیاز و محاسبه شاخص - تهیه و ارایه گزارش
<p>12- پیشنهادات جهت تهیه نرم افزار و سایر موارد مورد نیاز جهت احصای شاخص:</p>

1- نام شاخص: تغذیه انحصاری با شیرمادر تا 6 ماهگی
2- تعریف شاخص: نسبت شیرخواران 6 ماهه ای که در طول 6 ماه فقط با شیر مادر تغذیه شده اند (به عبارتی از هیچ ماده غذایی دیگری حتی آب تغذیه نکرده اند. مصرف ویتامین ها و مواد معدنی اشکالی ندارد)
3- نحوه محاسبه شاخص: <u>تعداد کودکان 180 روزه ای که در طول 6 ماه گذشته فقط با شیرمادر تغذیه شده اند</u> جمعیت کل کودکان 180 روزه
4- منابع استخراج صورت کسر: کودکانی که برای واکسیناسیون 6 ماهگی به مراکز بهداشتی درمانی و خانه های بهداشت در یک مقطع زمانی مراجعه می کنند و در طول 6 ماه گذشته تغذیه انحصاری با شیر مادر داشته اند.
5- منابع استخراج مخرج کسر: کل کودکانی که برای واکسیناسیون 6 ماهگی به مراکز بهداشتی درمانی و خانه های بهداشت در یک مقطع زمانی مراجعه می کنند.
6- متغیرهای تفکیک کننده نابرابری: ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان، سطوح اقتصادی، جنس کودک، سن کودک، تحصیلات مادر.
7- سازمان متولی اصلی تولید شاخص (پاسخگو): وزارت بهداشت (اداره سلامت کودکان معاونت بهداشتی) سازمان همکار تولید شاخص: معاونت های بهداشتی دانشگاه های علوم پزشکی کشور
8- دوره زمانی تولید و به روز رسانی: 2 بار در سال (هفته آخر تیر و هفته آخر دی)
9- نمونه فرم تکمیل اطلاعات (فرمهای آماری برای جمع آوری داده ها): بشرح پیوست

فرم ثبت اطلاعات بررسی تغذیه انحصاری با شیرمادر در کودکان مراجعه کننده برای واکسیناسیون 6 ماهگی (از سطح خانه بهداشت/پایگاه بهداشتی و مرکز بهداشتی درمانی شهری)

دانشگاه علوم پزشکی: شهرستان: / "خانه بهداشت" / "پایگاه بهداشتی" / "مرکز بهداشتی درمانی":

نام تکمیل کننده فرم:

ردیف	تاریخ مراجعه	کدملی سرپرست خانوار	تاریخ تولد			جنس کودک	محل سکونت	سن مادر (سال)	تحصیلات مادر	آیا کودک شیر مادر می خورد؟	سؤال: آیا کودک هر چیزی غیر از شیر مادر و دارو و مکمل (از قبیل آب، آب قند، آب میوه، چای یا دم کرده، شیر مصنوعی، شیر تازه گاو، بز، ماست یا دوغ، غذای جامد یا نیمه جامد، سایر مایعات) را در <u>طول 6 ماه گذشته</u> خورده است؟			
			روز/ ماه/ سال									روز/ ماه/ سال		
			ر	م	س							ر	م	س
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														

دستورالعمل :

شیرخواران مورد بررسی : شیرخوارانی هستند که برای واکسیناسیون 6 ماهگی مراجعه می کنند. چنانچه کودک تحت پوشش می باشد و پرونده دارد این اطلاعات در حال حاضر در پرونده وی ثبت می شود با توجه به فرم ثبت کودک سالم در قسمت تغذیه شیرخوار نوع تغذیه شیرخوار سؤال می شود، چنانچه شیرمادر می خورد در ستون 6 ماهگی کد 1 ثبت می شود، سپس سؤال می شود که آیا مایعات دیگر می خورد؟ که با بلی یا خیر ثبت می شود. (اما لازم است در مورد این سؤال بدقت در مورد مصرف هر نوع ماده غذایی دیگر بجز شیرمادر سوال شود و به تفکیک پرسیده شود که آیا آب، آب قند، آب میوه، چای یا دم کرده، شیرمصنوعی، شیرتازه گاو، بز، ماست یا دوغ ، غذای جامد یا نیمه جامد، سایر مایعات) را در طول 6 ماه گذشته خورده است؟) اگر خیر ثبت شود پس این شیرخوار تغذیه انحصاری با شیرمادر دارد. (ضمناً در دفتر ممتد مراقبت کودکان، تغذیه انحصاری با شیرمادر با کد ش 12 ثبت می شود.) اطلاعات کلیه شیرخواران 7 ± 180 روزه مراجعه کننده برای واکسیناسیون 6 ماهگی اعم از تحت پوشش (دارای پرونده) و غیر تحت پوشش در فرم ثبت پیوست وارد شود. یعنی اگر شیرخوار تحت پوشش نمی باشد و پرونده ندارد و فقط برای واکسیناسیون مراجعه کرده است اطلاعات وی در فرم پیوست وارد شود.

بررسی 2 بار در سال (هفته آخر تیر و هفته آخر دی) برای کل مراجعین جهت واکسیناسیون 6 ماهگی انجام و فرم پیوست تکمیل گردد.

توجه :

- کودکانی که برای واکسیناسیون 6 ماهگی مراجعه می کنند گروه هدف هستند و اگر تا 7 روز زودتر و یا دیرتر از 180 روز مراجعه کنند قابل قبول است و از مطالعه حذف نمی شوند. چنانچه تا 7 روز بعد از 6 ماهگی برای واکسیناسیون مراجعه کنند و مادر تغذیه تکمیلی را در همین 7 روز شروع کرده باشد ، لازم است سؤالی که از مادر پرسیده می شود برای پایان 180 روز در مورد مصرف هر نوع ماده غذایی در طول 6 ماه گذشته باشد..

- در صورت مراجعه غیر از 7 ± 180 روز، این کودکان از مطالعه حذف می شوند. یعنی لازم نیست در فرم پیوست ثبت شوند.

نحوه ثبت اطلاعات در فرم ثبت پیوست :

- در بخش بالای جدول نام دانشگاه، شهرستان ، نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم ثبت شود. در مربع کنار خانه بهداشت، پایگاه بهداشتی و یا مرکز بهداشتی درمانی شهری تیک زده و نام آن را بنویسید.
- برای هر کودک یک ردیف تکمیل می شود .
- ستون تاریخ مراجعه ، به سه ستون روز/ماه/سال تقسیم شده که باید با عدد ثبت کنید.
- کد ملی سرپرست خانوار را در ستون مربوطه ثبت کنید.
- تاریخ تولد کودک به 3 ستون روز/ماه/سال تقسیم شده که باید با عدد ثبت کنید.
- کد مربوط به جنس کودک را در ستون مربوطه بنویسید. (پسر کد 1 و دختر کد 2)
- در ستون مربوط به محل سکونت ، از کد 1 برای شهر، از کد 2 برای روستا و از کد 3 برای حاشیه شهر استفاده کنید.
- در ستون مربوطه سن مادر را بنویسید.
- برای ثبت تحصیلات مادر از کدهای مرکز ملی آمار ایران (که توسط مدیریت شبکه اعلام خواهد شد) استفاده کنید.
- در ستون آیا کودک شیرمادر می خورد؟ در صورت پاسخ بلی کد 1 و در صورت پاسخ خیر کد 2 را ثبت کنید. **اگر کودک شیرمادر می خورد ستون بعدی را برای پی بردن به تغذیه انحصاری با شیرمادر تکمیل کنید و اگر کودک شیرمادر نمی خورد و کد 2 را ثبت کرده اید به پرسش ادامه ندهید.** (تا این بخش از جدول برای تعیین اطلاعات کودکانی که با

شیرمادر تغذیه نمی شوند، استفاده می شود، ضمناً مخرج کسر برای تعیین شاخص تغذیه انحصاری با شیرمادر، کل کودکان 7 ± 180 روزه مراجعه کننده برای واکسیناسیون (صرف نظر از نوع تغذیه) می باشند.

- در ستون بعدی (خوردن هر چیزی بجز شیرمادر و) در صورت بلی کد 1 و در صورت خیر کد 2 را ثبت کنید.
- (در نرم افزار، در واقع نتیجه به این ترتیب استخراج می شود: اگر در ستون " آیا کودک شیرمادر می خورد؟" کد 1 ثبت شده باشد و در ستون (هر چیزی بجز شیرمادر.....) کد خیر یعنی 2 ثبت شده باشد، تغذیه کودک بعنوان تغذیه انحصاری با شیرمادر محسوب می شود)

فرآیند ثبت و جمع آوری اطلاعات :

- ۱ - بر اساس فرم ثبت پیوست ، اطلاعات مربوط به کودکان مورد بررسی ثبت می شود.
- ۲ - ثبت اطلاعات مناطق روستایی در خانه بهداشت توسط بهورز صورت می گیرد.
- ۳ - ثبت اطلاعات مناطق شهری در مرکز بهداشتی درمانی یا پایگاه بهداشتی توسط کارکنان بهداشتی صورت می گیرد.
- ۴ - فرم ثبت تکمیل شده در خانه بهداشت پس از طول دوره بررسی به مرکز بهداشتی درمانی روستایی ارسال می شود.
- ۵ - فرم های تکمیل شده خانه های بهداشت در مرکز بهداشتی درمانی روستایی، بصورت *off line* وارد نرم افزار مربوطه خواهد شد و بصورت *CD* به مرکز بهداشت شهرستان ارسال می شود.
- ۶ - فرم تکمیل شده در مرکز بهداشتی درمانی شهری و پایگاه بهداشتی بصورت *off line* وارد نرم افزار مربوطه خواهد شد و بصورت *CD* به مرکز بهداشت شهرستان ارسال می شود.
- ۷ - اطلاعات در مرکز بهداشت شهرستان جمع آوری و بصورت *off line* به مرکز بهداشت استان (معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی) ارسال می شود.
- ۸ - اطلاعات شهرستان ها در مرکز بهداشت استان (معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی) بصورت *on line* در فرمی که در پورتال معاونت بهداشت طراحی خواهد شد وارد می شود.
- ۹ - در نهایت در معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، اطلاعات دانشگاه ها جمع بندی و تجزیه و تحلیل شده و گزارش کشوری سالیانه تهیه می شود.

توضیحات: در متغیرهای تفکیک کننده نابرابری در صورت عدم حضور مادر، اطلاعات مراقبت کننده کودک در نظر گرفته شود.

1 - نام شاخص: میانگین DMFT در جمعیت کودکان 12 سال
2 - تعریف شاخص: میانگین تعداد دندان های پوسیده، کشیده شده و پر شده در کودکان 12 ساله (دانش آموزان پایه دوم راهنمایی)
3 - نحوه محاسبه شاخص: <p style="text-align: center;">DMFT کودکان 12 ساله</p> <hr style="width: 50%; margin: auto;"/> <p style="text-align: center;">کل کودکان 12 ساله غربالگری شده از نظر سلامت دهان و دندان</p>
4 - منابع استخراج صورت کسر: بررسی وضعیت سلامت دهان و دندان کلیه کودکان 12 ساله ایرانی
5 - منابع استخراج مخرج کسر: آمار کل دانش آموزان 12 ساله اعلام شده از سوی آموزش و پرورش و یا مرکز آمار ایران
6 - متغیرهای تفکیک کننده نابرابری: جنس، سطوح اقتصادی، سطوح تحصیلات مادر و یا سرپرست و ناحیه (شهر/روستا/حاشیه شهر)
7 - سازمان متولی اصلی شاخص (پاسخگو): وزارت بهداشت (مرکز مدیریت بیماریهای غیرواگیر - اداره سلامت دهان و دندان)
8 - دوره زمانی تولید و به روزرسانی: سالیانه
9 - نمونه فرم تکمیل اطلاعات (فرم های آماری برای جمع اوری داده ها): فرم 12- ع د

فرم بررسی وضعیت سلامت دهان و دندان کودکان 12 ساله ایرانی										فرم 12 - ع د			
4- نام مدرسه:			2- کد معاینه کننده بخش دولتی			1- کد استان		5- تاریخ معاینه			3- کد معاینه کننده بخش خصوصی		
7- آدرس منزل و تلفن تماس:						6- محل سکونت کودک: (1=شهری 2=روستایی 3-حاشیه شهر)							
11- تاریخ تولد:			10- جنس کودک: (1=پسر 2=دختر)		8- نام و نام خانوادگی کودک:		9- کد ملی کودک:						
(1- آزاد 2- خانه دار 3- کارمند 4- کارگر ساده 5- کارگر ماهر 6- کشاورز 7- مدیر، رییس، پزشک، مهندس 8- بیکار)										12- شغل پدر:		13- شغل مادر:	
14- کد ملی سرپرست خانوار:										15- تحصیلات پدر:		16- تحصیلات مادر:	

17- وضعیت دندانی

وضعیت	شیری	دایمی
سالم	A	0
پوسیده	B	1
پرسده با پوسیدگی	C	2
پرسده بدون پوسیدگی	D	3
فقدان دندان (به علت پوسیدگی)	E	4
فقدان دندان (به دلیلی غیر پوسیدگی)	5	5
دندان سیلانت زده شده	F	6
دندان پایه بریج است یا روکش خاص دارد	G	7
دندان (تاج رویش نیافته)	۸	۸
ضربه (شکستگی)	T	T
ثبت نشده است.	۹	۹

		E	D	C	B	A	A	B	C	D	E		
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
		E	D	C	B	A	A	B	C	D	E		

دستورالعمل اجرایی فرم بررسی وضعیت سلامت دهان و دندان کودکان 12 ساله ایرانی (فرم 12 - ع د)

نیروی انسانی مورد نیاز:

- یک نفر دندانپزشک معاینه کننده
- یک نفر کاردان بهداشت دهان / بهداشتکار دهان و دندان به عنوان ثبت کننده

ابزار و مواد مورد نیاز:

دانش آموزان 12 ساله، در مدرسه توسط دندانپزشکانی که قبلاً کالیبره شده اند، با استفاده از چراغ دندانپزشکی یا نور چراغ قوه با استفاده از وسایل زیر معاینه می شوند:

۱. آینه یکبار مصرف دندانپزشکی
۲. پروب پرپودنتال معاینه بر اساس استاندارد سازمان بهداشت جهانی
۳. پنس یکبار مصرف دندانپزشکی
۴. گاز استریل دندانپزشکی
۵. دو ظرف فلزی درب دار (دیش درب دار) (یکی برای پروب های استفاده شده و دیگری برای پروب های استریل)
۶. دستکش یک بار مصرف
۷. ماسک
۸. چراغ قوه
۹. خودکار
۱۰. فرم ثبت معاینه و فرم ثبت اطلاعات مورد نیاز
۱۱. پاکت جهت جمع آوری فرم های روزانه
۱۲. نوار چسب یا منگنه برای بستن پاکت
۱۳. کاغذ سفید برای نوشتن گزارش روزانه و ارسال به همراه پرسشنامه ها

فرم ثبت اطلاعات شامل دو بخش مشخصات زمینه‌ای، خانوادگی، اقتصادی، اجتماعی و همچنین بخش ثبت اطلاعات می باشد:

بخش اول: مشخصات زمینه ای (+ متغیرهای تفکیک نابرابری):

در این بخش کد استان، کد معاینه کننده، شماره خوشه، شماره فرد در خوشه مورد بررسی قرار می گیرد. همچنین نام مدرسه، تاریخ معاینه، محل سکونت کودک، کد ملی کودک، آدرس منزل، تلفن تماس، نام و نام خانوادگی، جنسیت کودک، تاریخ تولد، شغل، تحصیلات پدر، مادر و کد ملی سرپرست خانوار، مورد بررسی قرار می گیرد.

نکته 1: یکی از کدهای ملی ثبت گردد کافی است. البته ترجیحاً ثبت کد ملی دانش آموز می باشد.

نکته 2: در صورتی که معاینه در مرکز بهداشتی درمانی، پایگاه سلامت دهان و دندان و ای مطب خصوصی انجام میگیرد، کد ملی دانش آموز و یا سرپرست خانوار را از والدین وی بپرسید. و اگر معاینات در مدرسه صورت پذیرفت، این مورد از مسئول مدرسه پرسیده و ثبت شود.

نکته 3: انجام معاینات در مطب دندانپزشکی مورد تایید نیز میسر بوده و مراجعه به بخش خصوصی که دارای کد شناسایی برای اجرای این برنامه از وزارت بهداشت داشته باشد بلامانع می باشد.

نحوه تکمیل بخش اول :

- کدهای استان (1) به شرح زیر می باشد و هر استان کد مربوط به استان خود را در محل مربوطه وارد می کند:

استان	کد استان	استان	کد استان	استان	کد استان	استان	کد استان
آذربایجان شرقی	1	خراسان رضوی	9	شهرستان های تهران	17	گلستان	25
آذربایجان غربی	2	خراسان شمالی	10	فارس	18	گیلان	26
اردبیل	3	خراسان جنوبی	11	قم	19	لرستان	27
اصفهان	4	خوزستان	12	قزوین	20	مازندران	28
البرز	5	زنجان	13	کردستان	21	مرکزی	29
ایلام	6	سمنان	14	کرمان	22	هرمزگان	30
بوشهر	7	سیستان و بلوچستان	15	کرمانشاه	23	همدان	31
چهارمحال و بختیاری	8	شهر تهران	16	کهگیلویه و بویراحمد	24	یزد	32

- کد معاینه کننده در دو بخش دولتی (2) و بخش خصوصی (3) ثبت می شود. با توجه به اینکه بخش خصوصی نیز می تواند درگیر این برنامه شود، نیاز است کد مربوطه بطور متمایز و جداگانه ثبت گردد تا این بخش، جدا از بخش دولتی، قابل بررسی باشد. کد معاینه کننده دولتی از (01) شروع شده و کد معاینه کننده بخش خصوصی از (100) آغاز می گردد.
 - سوالات این قسمت، از خود دانش آموز و چنانچه نتواند پاسخگو باشد از مسئول مدرسه و یا والدینش پرسیده و تکمیل می گردد. دستور عمل تکمیل این بخش به شرح زیر می باشد:
1. ابتدا فرد معاینه گر نام مدرسه (4) را نوشته و سپس تاریخ معاینه (5) را در محل مربوطه از راست به چپ به ترتیب روز و ماه ثبت می کند. مثال:

9	1	0	5	1	0
سال		ماه		روز	

2. سپس محل سکونت کنونی خانواده (6) را به لحاظ شهری، روستایی و حاشیه شهر بودن، پرسیده و عدد مربوطه به هر پاسخ در مربع جلوی محل سکونت وارد می شود.
مثال: اگر خانواده کودک ساکن منطقه روستایی باشد، عدد 2 در مربع مربوطه وارد می شود.
3. آدرس منزل و تلفن تماس (7) را نیز پرسیده و در محل مربوطه ثبت شود.
4. نام و نام خانوادگی کودک (8) و همچنین کدملی (9) وی پرسیده و در محل مربوطه ثبت می شود.
5. سپس با توجه به جنسیت کودک (10) عدد مربوطه به هر جنس در مربع جلوی آن وارد می شود. مثال اگر کودک پسر باشد، عدد 1 در مربع وارد می شود.
6. تاریخ تولد کودک (11) از راست به چپ بترتیب ماه و سال در محل مربوطه ثبت می گردد. مثال:

8	4	1	0
سال		ماه	

7. سپس از شغل پدر (12) و مادر (13) پرسیده می شود و با توجه به شغل های ذکر شده که به هر کدام کدی داده شده است، در مربع جلوی شغل مادر و پدر، کد مربوطه وارد می گردد.
8. شماره کد ملی سرپرست خانوار (14) نیز پرسیده و از چپ به راست در محل مورد نظر ثبت می شود.
9. از تحصیلات پدر (15) و مادر (16) پرسیده می شود و با توجه به تحصیلات ذکر شده که به هر کدام کدی داده شده است، در مربع جلوی تحصیلات پدر و مادر، کد مربوطه ثبت می گردد.

بخش دوم : معاینه دهان و دندان

نحوه تکمیل بخش دوم :

17- بررسی وضعیت دندانهای شیری و دایمی :

بررسی وضعیت دندانهای شیری و دایمی در کودکان بدو ورود به دبستان با معاینات داخل دهانی و مشخص نمودن پوسیدگی‌ها و پرکردگی‌ها و دندان‌های از دست رفته و همچنین نیازهای درمانی با پر کردن فرم‌های مربوطه صورت می‌پذیرد. فرم‌های این تحقیق هماهنگ با فرم‌های استاندارد شده سازمان بهداشت جهانی و منطبق با نیازها و اهداف دفتر بهداشت دهان و دندان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین شده است.

○ وضعیت قرار گرفتن افراد در هنگام معاینه:

در صورتی که معاینه در مدرسه باشد، با توجه به وجود صندلی در مدرسه، فرد معاینه شونده در حالت نشسته و معاینه کننده در حالت ایستاده یا نشسته میتواند قرار گیرد.

نور محل:

برای انجام معاینه دهان و دندان، استفاده از نور چراغ یونیت دندانپزشکی یا نور چراغ قوه ضروری است.

○ ضوابط تشخیص و کد گذاری دندانهای شیری و دندانهای دائمی (دندانهای داخل پرانتزها) :

0/A) - تاج سالم

در صورتیکه نشانه ای از پوسیدگی کلینیکی در تاج دندان دیده نشود تاج سالم ثبت میگردد. مراحل اولیه پوسیدگی قبل از ایجاد حفره در نظر گرفته نمیشوند. دندانها با نقایص زیر سالم فرض میشوند:

ū نقاط سفید رنگ یا گچی

ū نقاط تغییر رنگ یافته یا زبر که در زمان تماس با پروب نرم نمیباشند.

ū حفرات و شیارهای رنگی مینا بدون نرمی قابل تشخیص توسط پروب در کف و دیواره ها

ū مناطق تیره، براق، سخت و حفره های مینا که علائم فلوروزیس متوسط تا شدید را نشان میدهند.

ū ضایعاتی که با توجه به نحوه توزیع و تاریخچه یا معاینه ظاهری به نظر میرسد که در اثر سائیدگی بوجود آمده باشند.

1/B) - تاج پوسیده

در صورتیکه یک حفره اشکار یا شیار، مینای بدون محافظ، کف یا دیواره نرم، در دندان روئیت شود پوسیده محسوب می‌گردد. دندانهای با پرکردگی موقت یا انهایی که سیلانت زده شده و سپس دچار پوسیدگی شده اند در این ردیف قرار می‌گیرند. زمانی که تاج دندان در صورت پوسیدگی کاملاً از بین رفته و تنها ریشه باقیمانده است تحت عنوان پوسیدگی تاج درجه بندی میشود. برای اطمینان از وجود پوسیدگی باید از پروب در سطوح اکلوزال، باکال و لینگوال استفاده کرد در صورت وجود هرگونه شک و تردید، پوسیدگی نباید ثبت شود.

2/C) - تاج پر شده ، با پوسیدگی تاج

در صورتیکه دندان دارای یک یا چند پرکردگی دائم و یا یک یا چند سطح دارای پوسیدگی باشد، دندان پر شده با پوسیدگی در نظر گرفته میشود. در این مورد بین پوسیدگی های اولیه (عدم وجود ارتباط با پرکردگی) و پوسیدگی ثانویه (وجود ارتباط با پرکردگی) تفاوتی وجود ندارد و در دو مورد یک کد ثبت می‌شود .

3/D) - تاج پر شده، بدون پوسیدگی

اگر یک یا چند پرکردگی دائم در تاج موجود بوده و هیچ پوسیدگی موجود نباشد تاج پر شده بدون پوسیدگی در نظر گرفته می‌شود. دندانی که بدلیل پوسیدگی S.S crown شده باشد نیز در این رده ثبت می‌شود.

(4)/E - دندانهای کشیده شده به علت پوسیدگی

دندانهای شیری و یا دائمی که به علت پوسیدگی کشیده شده باشند در این مورد دندانهای شیری که به طور طبیعی افتاده باشند در نظر گرفته نمی‌شوند.

نکته: محل دندانهای شیری که افتاده است و هنوز دندان دائم زیر آن بیرون نیامده در کد گذاری در نظر گرفته نمی‌شود.

(6)/F - فیشورسیلانت

دندانهایی که فیشورسیلانت در سطح اکلوزال آنها قرار داده شده یا دندانهایی که شیارهای اکلوزال آنها توسط فرز عریض شده و کامپوزیت در آنها قرار داده میشود. اگر یک دندان دارای سیلانت پوسیده باشد باید کد 1 یا B در مورد آنها بکار می‌رود

9- ثبت نشده

این کد برای هر دندان دائم رویش یافته که به هر دلیل نتواند معاینه شود مثلا در هیپوپلازی شدید و یا بند های

ارتودنسی .

چرخش کار (فلوچارت) تکمیل فرم



1- نام شاخص: شیوع کم وزنی در کودکان زیر 5 سال مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی، خانه‌های بهداشت و پایگاه‌های بهداشتی
2- تعریف شاخص: درصد کودکان زیر 5 سال که وزن برای سن آن‌ها کمتر از 2- انحراف معیار از میانگین استاندارد می باشد
3- نحوه محاسبه شاخص: تعداد کودکان زیر 5 سالی که وزن برای سن آن‌ها کمتر از $2Z$ score - است تعداد کل کودکان زیر 5 سال مراجعه کننده
4- منابع استخراج صورت کسر: پرونده خانوار - فرم طراحی شده
5- منابع استخراج مخرج کسر: دفتر مراقبت ممتد کودکان
6- متغیرهای تفکیک کننده نابرابری: ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) ، سطوح اقتصادی، جنس کودک، تحصیلات مادر
7- سازمان متولی اصلی تولید شاخص (پاسخگو): وزارت بهداشت (اداره کودکان معاونت بهداشتی) سازمان همکار تولید شاخص: وزارت بهداشت (دفتر بهبود تغذیه - معاونت بهداشتی)
8- دوره زمانی تولید و به روز رسانی: هفته اول تیر ماه هر سال
9- نمونه فرم تکمیل اطلاعات (فرم‌های آماری برای جمع آوری داده‌ها): فرم 23 - ع د

فرم ثبت اطلاعات کم وزنی کودکان زیر 5 سال

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

نام دانشگاه نام شهرستان نام مرکز بهداشتی درمانی
 نام خانه بهداشت / پایگاه: تاریخ:

ردیف	نام و نام خانوادگی	کد ملی سرپرست خانوار	ملیت: ایرانی غیر ایرانی	تاریخ تولد	جنس	وزن به گرم	قد به سانتی متر	سن مادر	تحصیلات مادر	منطقه سکونت
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

کدها:

- کد جنس: 1- پسر، 2- دختر .
- کد تحصیلات مادر: 1- بی سواد، 2- ابتدایی، 3- راهنمایی، 4- متوسطه، 5- پیش دانشگاهی، 6- عالی، 7- سوادآموزی بزرگسالان، 8- سایر (نظام قدیم)
- کد منطقه سکونت: 1- شهر، 2- روستا، 3- حاشیه شهر (اسکان غیر رسمی).

دستورالعمل نحوه تکمیل فرم ثبت کم وزنی در کودکان زیر 5 سال :

- 1- در این فرم مشخصات کودکان زیر 5 سال مراجعه کننده به خانه های بهداشت/ پایگاه بهداشتی/ مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی که منحنی پایش رشد آن ها زیر صدک 3 باشد در طول هفته اول تیر ماه هر سال ثبت می شود.
- 2- لازم است فرم های تکمیل شده ظرف 1 ماه به مرکز بهداشت شهرستان ارسال شود.
- 3- این اطلاعات در مرکز بهداشت شهرستان تا آخر مرداد ماه هر سال در نرم افزار طراحی شده وارد خواهد شود.
- 4- به منظور جمع آوری داده ها و محاسبه شاخص ها لازم است صورت و مخرج کسر به روش زیر محاسبه شود:
صورت کسر: تعداد کودکان زیر 5 سال مراجعه کننده به مراکز در هفته اول تیر ماه هر سال که منحنی پایش رشد آن ها زیر صدک 3 بوده و مشخصات آن ها در فرم مربوطه ثبت شده است..
- مخرج کسر:** تعداد کودکان زیر 5 سال مراجعه کننده به مراکز در هفته اول تیر ماه که از طریق دفتر مراقبت ممتد کودکان استخراج می شود.

فرآیند ثبت و جمع آوری آمار کم وزنی در کودکان زیر 5 سال

- 1- اطلاعات مربوط به کودکان زیر 5 سال که وزن برای سن آن ها زیر صدک 3 می باشد در هفته اول تیر ماه هر سال به صورت روزانه ثبت می شود.
- 2- ثبت اطلاعات مناطق روستایی در خانه بهداشت توسط بهورز و در مناطق شهری توسط کارکنان بهداشتی صورت می گیرد.
- 3- اطلاعات ثبت شده در خانه بهداشت به مرکز بهداشتی درمانی روستایی ارسال می شود.
- 4- اطلاعات از مرکز بهداشتی درمانی روستایی به مرکز بهداشت شهرستان ارسال می شود.
- 5- اطلاعات ثبت شده در مرکز بهداشتی درمانی شهری و پایگاه های بهداشتی به مرکز بهداشت شهرستان ارسال می شود.
- 6- اطلاعات در مرکز بهداشت شهرستان در نرم افزاری که تهیه خواهد شد وارد می شود.
- 7- اطلاعات وارد شده در نرم افزار از مرکز بهداشت شهرستان به مرکز بهداشت استان (معاونت بهداشت دانشگاه) ارسال می شود.
- 8- جمع اطلاعات شهرستان ها از مرکز بهداشت استان (معاونت بهداشت دانشگاه) به پورتال معاونت سلامت ارسال می شود.
- 9- در نهایت اطلاعات دانشگاه ها در دبیرخانه SDH، جمع بندی و تجزیه و تحلیل شده و گزارش کشوری سالیانه تهیه می شود.

1- نام شاخص: سرانه فضای سبز شهری
2- تعریف شاخص: میزان مساحت فضای سبز موجود نسبت به هر نفر جمعیت شهری به متر مربع
3- نحوه محاسبه شاخص:
4- منابع استخراج صورت کسر: اطلاعات ارائه شده توسط شهرداریهای کشور
5- منابع استخراج مخرج کسر: مرکز آمار کشور
6- متغیرهای تفکیک کننده نابرابری: شهری
7- سازمان متولی اصلی تولید شاخص (پاسخگو): سازمان شهرداریها و دهیاریهای کشور
8- دوره زمانی تولید و به روز رسانی: سالیانه
9- نمونه فرم تکمیل اطلاعات (فرمهای آماری برای جمع آوری داده ها):

نمونه فرم تکمیل اطلاعات :

چک لیست جمع آوری اطلاعات مربوط به

سرانه فضای سبز شهری

سرانه فضای سبز	مساحت شهر	جمعیت شهر	وسعت فضای سبز	استان	شهر

چرخش کار (فلوچارت تکمیل فرم)



1 - نام شاخص: دسترسی به شبکه عمومی آب آشامیدنی
2 - تعریف شاخص: در مناطق روستایی: درصد خانوارهایی که به شبکه عمومی آب آشامیدنی در منزل یا خارج از منزل با حداکثر نیم ساعت پیاده روی دسترسی دارند در مناطق شهری: نسبتی از جمعیت کل قلمرو مورد نظر که تحت پوشش شرکت های آب و فاضلاب می باشند.
3 - نحوه محاسبه شاخص: در مناطق روستایی: تعداد خانوارهای دارای دسترسی به شبکه آب آشامیدنی لوله کشی با حداکثر نیم ساعت پیاده روی تعداد کل خانوار در مناطق شهری: جمعیت تحت پوشش $\text{درصد جمعیت تحت پوشش} = \frac{\text{جمعیت تحت پوشش}}{\text{کل جمعیت قلمرو}} \times 100$
4 - منابع استخراج صورت کسر: مناطق روستایی: پرونده خانوار - فرم جمع آوری اطلاعات بهداشت محیط در مناطق روستایی / مناطق شهری: از فرم گزارش ارقام پایه
5 - منابع استخراج مخرج کسر: مناطق روستایی: پرونده خانوار - فرم جمع آوری اطلاعات بهداشت محیط در مناطق روستایی / مناطق شهری: از فرم گزارش ارقام پایه
6 - متغیرهای تفکیک کننده نابرابری: ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان
7 - سازمان متولی اصلی تولید شاخص (پاسخگو): وزارت بهداشت (مرکز سلامت محیط و کار) - وزارت نیرو
8 - دوره زمانی تولید و به روز رسانی: سالیانه
9 - نمونه فرم تکمیل اطلاعات (فرمهای آماری برای جمع آوری داده ها): فرم 17 - ع د، فرم 18 - ع د، فرم 19 - ع د، فرم 20 - ع د

نمونه فرم تکمیل اطلاعات :

نمونه فرم جمع آوری اطلاعات در مناطق روستایی به پیوست می باشد.

نمونه تکمیل فرم در مناطق شهری :

گزارش ارقام پایه در پایان سال

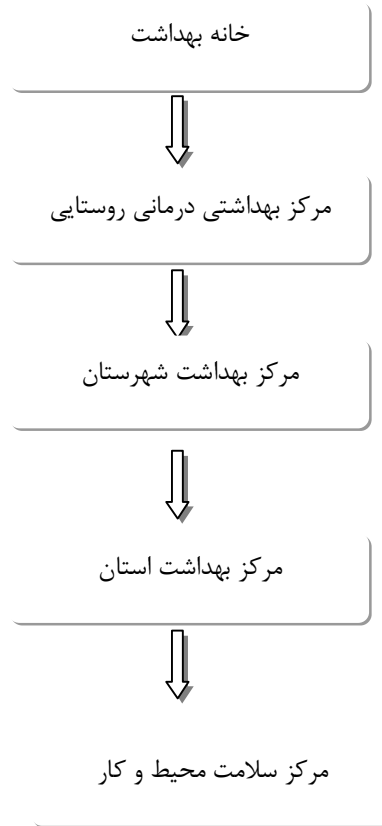
شرکت های آب و فاضلاب شهری

ردیف	عنوان	واحد	پایان سال
1	جمعیت	کل	میلیون نفر
2		تحت پوشش تاسیسات آب	میلیون نفر
3			درصد *
4			میلیون نفر
5		تحت پوشش تاسیسات فاضلاب	درصد
6	تعداد شهرها	کل	تعداد
7		تحت پوشش	تعداد
8		دارای انشعاب آب	تعداد
9		دارای انشعاب فاضلاب	تعداد
10	تعداد مشترکین	آب	میلیون فقره
11		فاضلاب	میلیون فقره
12	حداکثر ظرفیت تامین آب		میلیون مترمکعب در سال
13	حجم تولید آب	سطحی	میلیون مترمکعب در سال
14		زیرزمینی	میلیون مترمکعب در سال
15		کل	میلیون مترمکعب در سال
16	حجم فروش (مصرف) آب		میلیون مترمکعب در سال
17	آب به حساب نیامده (پرت آب)		درصد
18	تعداد چاه	کل	حلقه
19		در مدار	حلقه

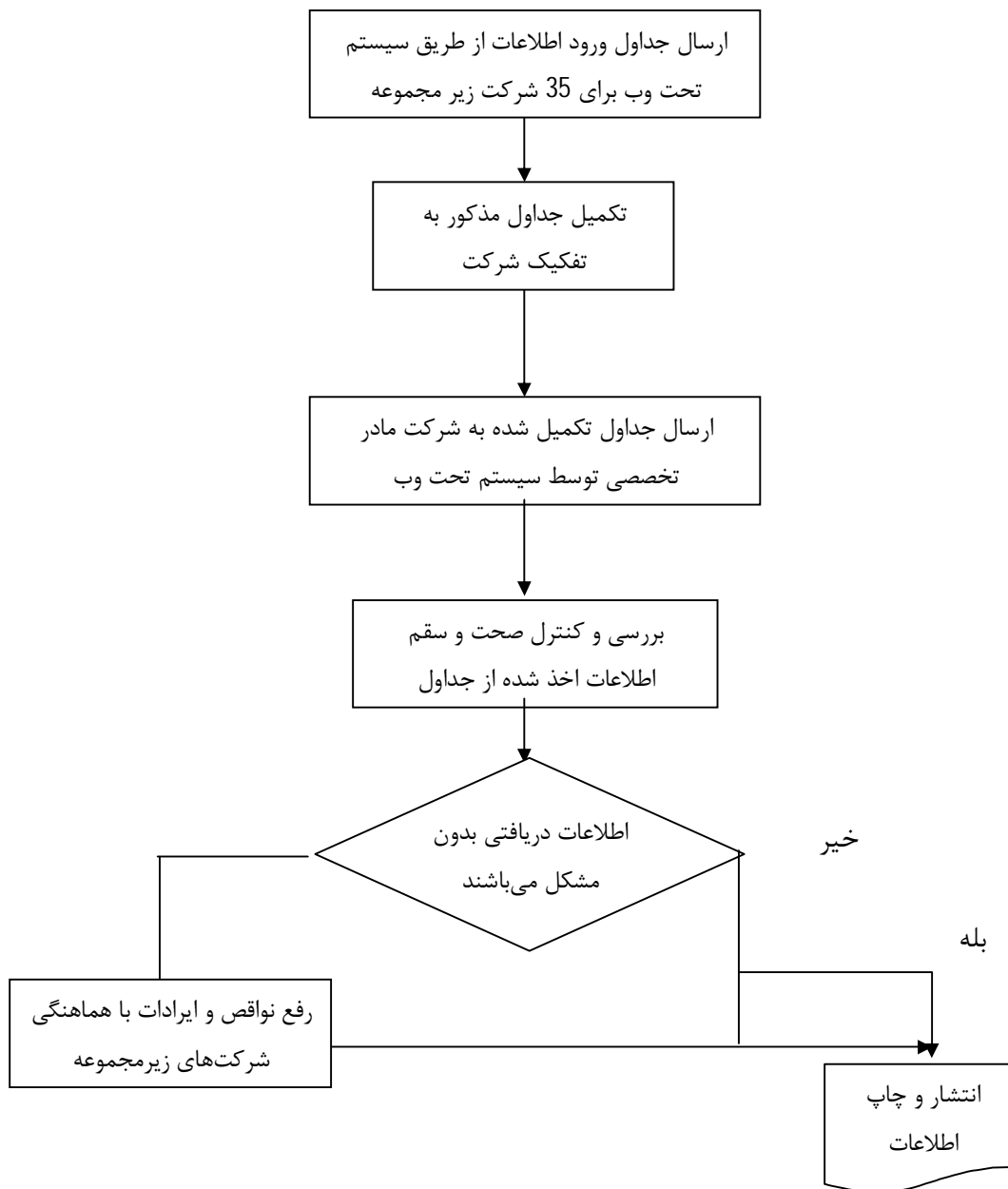
پایان سال	واحد	عنوان	
	کیلومتر	شبکه توزیع (اصلی، فرعی)	20
	کیلومتر	خطوط انتقال	21
	تعداد	کل	22
	تعداد	در مدار	23
	میلیون مترمکعب	حجم در مدار	24
	ایستگاه	تعداد	25
	هزار مترمکعب بر ساعت	ظرفیت	26
	واحد	تعداد	27
	میلیون مترمکعب در سال	ظرفیت اسمی	28
	میلیون مترمکعب در سال	ظرفیت بهره برداری	29
	مدول	تعداد	30
	میلیون مترمکعب در سال	ظرفیت اسمی	31
	کیلومتر	شبکه جمع آوری	32
	کیلومتر	خطوط انتقال	33
	واحد	تعداد	34
	میلیون مترمکعب در سال	ظرفیت اسمی	35
	میلیون مترمکعب در سال	دبی بهره برداری	36
	مدول	تعداد	37
	میلیون مترمکعب در سال	ظرفیت اسمی	38
	تعداد	ساختمان	39
	تعداد	نوع آزمایش	40
	تعداد	ساختمان	41
	تعداد	نوع آزمایش	42

ردیف	عنوان		واحد	پایان سال
43	تاسیسات کلرزنی	گازی	دستگاه	
44		مایعی	دستگاه	
45	نیروی انسانی	رسمی	نفر	
46		قراردادی	نفر	
47		کارکنان طرحی	نفر	
48	پروژه های مطالعاتی فعال	آب	تعداد	
49		فاضلاب	تعداد	
50	پروژه های اجرایی	آب	تعداد	
51		فاضلاب	تعداد	

چرخش کار (فلوچارت) تکمیل فرم در مناطق روستایی :



فلوچارت نحوه جمع آوری داده های مربوط به شاخص درصد جمعیت تحت پوشش در مناطق شهری :



1- نام شاخص: درصد موارد مطلوب نمونه های آب آشامیدنی از نظر باکتریوژنیک
2- تعریف شاخص: درصد نمونه های برداشت شده از آب آشامیدنی که از نظر ویژگی های باکتریولوژیکی مطابق استاندارد ملی است .
3- نحوه محاسبه شاخص: $\frac{\text{تعداد نمونه با نتیجه مطلوب}}{\text{تعداد کل نمونه}}$
4- منابع استخراج صورت کسر: فرم جمع آوری اطلاعات بهداشت محیط
5- منابع استخراج مخرج کسر: فرم جمع آوری اطلاعات بهداشت محیط
6- متغیرهای تفکیک کننده نابرابری: ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان
7- سازمان متولی اصلی تولید شاخص (پاسخگو): وزارت بهداشت (مرکز سلامت محیط و کار) وزارت نیرو
8- دوره زمانی تولید و به روز رسانی: سالیانه
9- نمونه فرم تکمیل اطلاعات (فرمهای آماری برای جمع آوری داده ها): فرم 18 - ع د، فرم 19 - ع د، فرم 20 - ع د

۱. نام شاخص: درصد خانوارهایی که در داخل خانوار دارای توالیت بهداشتی، طبق تعریف می باشند
۲. تعریف شاخص درصد خانوارهایی که دارای توالیت با حداقل ضوابط : ۲, ۱. دارای اتاقک شامل سقف، در و دیوار باشد. ۲, ۲. اتاقک توالیت دارای نور بوده و جریان هوا در آن برقرار باشد. ۲, ۳. کاسه توالیت صاف، بدون شکستگی و قابل شستشو باشد. ۲, ۴. کف اتاقک به سمت کاسه توالیت شیب داشته و قابل شستشو باشد. ۲, ۵. دیوار به ارتفاع حداقل 15 سانتیمتر از کف قابل شستشو باشد. ۲, ۶. دارای چاه و یا مخزن دفع مدفوع بوده و یا به شبکه جمع آوری فاضلاب وصل باشد. ۲, ۷. در داخل مستراح و یا مجاورت آن آب جهت شستشو به مقدار لازم در دسترس باشد.
۳. نحوه محاسبه شاخص: <u>تعداد خانوارهایی که توالیت بهداشتی طبق تعریف دارند</u> تعداد کل خانوارها
۴. منابع استخراج صورت کسر: پرونده خانوار - فرم جمع آوری اطلاعات بهداشت محیط در مناطق روستایی
۵. منابع استخراج مخرج کسر: پرونده خانوار - فرم جمع آوری اطلاعات بهداشت محیط در مناطق روستایی
۶. متغیرهای تفکیک کننده نابرابری: روستا
۷. سازمان متولی اصلی تولید شاخص (پاسخگو): وزارت بهداشت (مرکز سلامت محیط و کار) - سازمان شهرداری ها و دهیاری های کشور
۸. دوره زمانی تولید و به روز رسانی: سالیانه
۹. نمونه فرم تکمیل اطلاعات (فرمهای آماری برای جمع آوری داده ها): فرم 18 - ع د، فرم 19 - ع د، فرم 20 - ع د

1- نام شاخص: درصد خانوارهایی که از سیستم دفع صحیح فاضلاب (بهداشتی) برخوردارند
2- تعریف شاخص: درصد خانوارهایی که برای دفع فاضلاب توالی از چاه یا مخزن دفع مدفوع یا به شبکه جمع آوری فاضلاب استفاده می کنند.
3- نحوه محاسبه شاخص: <u>تعداد خانوارهایی که دارای سیستم دفع بهداشتی فاضلاب طبق تعریف هستند</u> تعداد کل خانوارها
4- منابع استخراج صورت کسر: اطلاعات سرشماری مرکز آمار ایران /در مناطق روستایی از فرم جمع آوری اطلاعات بهداشت محیط نیز قابل استخراج است.
5- منابع استخراج مخرج کسر: اطلاعات مرکز آمار/ فرم جمع آوری اطلاعات بهداشت محیط
6- متغیرهای تفکیک کننده نابرابری: روستا
7- سازمان متولی اصلی تولید شاخص (پاسخگو): وزارت بهداشت (مرکز سلامت محیط و کار) - وزارت نیرو
8- دوره زمانی تولید و به روز رسانی: پنج ساله (برای مناطق روستایی سالانه نیز می تواند انجام شود)
9- نمونه فرم تکمیل اطلاعات (فرمهای آماری برای جمع آوری داده ها): داردرم 18 - ع د، فرم 19 - ع د، فرم 20 - ع د

نمونه فرم تکمیل اطلاعات از سطح خانه بهداشت :

اصلاحات انجام شده با ذکر تاریخ	وضعیت محل سکونت و کارگاه خانگی از نظر بهداشت محیط و حرفه‌ای					
	1- نوع ساختمان: خشتی £ چوبی £ بلوکی £ آجر و تیر آهن £ تعداد مکان ££ غیره با ذکر نام.....					
	2- اتاق‌های مسکونی : تعداد اتاق‌های فاقد نور کافی ££ تعداد کف اتاق غیر بهداشتی ££ تعداد دیوار غیر بهداشتی ££ تعداد سقف غیر بهداشتی ££					
	3- محوطه حیاط منزل: بهداشتی £ غیر بهداشتی £					
	4- نوع سوخت: نفت £ گاز £ فضولات حیوانی £ انواع دیگر با نام £					
	5- شبکه لوله کشی آب: دارد ، انشعاب خصوصی £ دارد، انشعاب عمومی £ ندارد £					
	6- منبع آب آشامیدنی برکه چشمه قنات چاه داخل منزل چاه خارج از منزل سایر بهسازی شده £ £ £ £ £ £ بهسازی شده £ £ £ £ £ £ فاصله رفت تا محل برداشت آب کمتر از ربع ساعت پیاده روی بله £ خیر £					
	7- حمام داخل منزل: دارد، بهداشتی £ دارد، غیر بهداشتی £ ندارد £					
	8- آشپزخانه: بهداشتی £ غیر بهداشتی £ ندارد £					
	9- مستراح: دارد، بهداشتی £ دارد، غیر بهداشتی £ ندارد £					
	10- دفع فاضلاب: بهداشتی £ غیر بهداشتی £					
	11- جمع‌آوری و دفع زباله: بهداشتی £ غیر بهداشتی £					
	12- نگهداری دام و طیور (داخل حیاط محوطه سکونت): دارد، بهداشتی £ دارد، غیر بهداشتی £ ندارد £					
	13- جمع‌آوری و نگهداری فضولات دام و طیور: بهداشتی £ غیر بهداشتی £					
	14- کارگاه خانگی : دارد £ نوع آن با ذکر نام..... ندارد £					
	15- محل استقرار کارگاه خانگی: مشترک با اتاق‌های مسکونی £ مستقل از اتاق‌های مسکونی £					
	16- وضعیت ساختمانی کارگاه: مناسب £ نامناسب £ وضعیت ساختمانی: مناسب £ نامناسب £ تهویه مناسب: دارد £ ندارد £ نور کافی: دارد £ ندارد £ رطوبت: دارد £ ندارد £ سر و صدا بیش از حد: دارد £ ندارد £ وضعیت دما: مناسب £ نامناسب £ گرد و غبار بیش از حد: دارد £ ندارد £ گاز و بخار بیش از حد: دارد £ ندارد £ دود و مه بیش از حد: دارد £ ندارد £ پوست با مواد شیمیایی تماس: دارد £ ندارد £ جعبه کمک‌های اولیه: دارد £ ندارد £ وسایل حفاظت فردی: دارد £ نیازی ندارد £					
	15- تعداد شاغلین: اعضای خانواده کارگر					

آیا نمک مصرفی خانوار در آزمایش بوسيله کیت یدسنج، دارای ید است؟ بلی £ خیر £

نمونه فرم های جمع آوری اطلاعات بهداشت محیط از سطح مرکز بهداشتی درمانی تا سطح مرکز سلامت محیط و کار در مناطق شهری و روستایی کشور:

فرم 19 - ع د

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

نام واحد:

بهداشت محیط

مرکز بهداشت استان

مرکز بهداشتی درمانی مرکز بهداشت شهرستان

خانه بهداشت

سال:

دوره گزارشدهی:

جمعیت تحت پوشش:

واحد بهداشتی	نتایج آزمایش‌های شیمیایی آب آشامیدنی		نتایج آزمایش‌های باکتریولوژیکی آب آشامیدنی		کارت معاینه پزشکی		اماکن عمومی			مراکز تهیه، توزیع و فروش مواد غذایی					
	منابع بهسازی عمومی		شبکه عمومی		منابع بهسازی عمومی		تعداد کارکنان	تعداد شاغلین	دارای معیار بهداشتی	دارای معیار بهسازی	تعداد کل	دارای معیار بهداشتی	دارای معیار بهسازی	تعداد کل	
با شرایط مطلوب	تعداد کل	مطلوب	کل	مطلوب	کل	مطلوب	کل	مطلوب	کل	مطلوب	کل	مطلوب	کل	مطلوب	کل

فضولات دامی		جمع آوری و دفع بهداشتی		برخوردار از توالت بهداشتی	دسترسی به آب آشامیدنی		تعداد کل	
با جمع آوری بهداشتی	دارای دام	زباله	فاضلاب		منابع بهسازی	شبکه لوله کشی عمومی		
								خانوار
								روستا

دستورالعمل تکمیل فرم آمار کد 110-ر (روستایی) (فرم 19 - ع د)

تعاریف :

مراکز : منظور مراکز تهیه، تولید، توزیع، نگهداری و فروش مواد غذایی می باشند .
اماکن : منظور اماکن عمومی می باشند .

دوره گزارش دهی :

- 1- اطلاعات این فرم در دو برگ و هر سه ماه یکبار (با ذکر نام فصل در دوره گزارش دهی) در خانه های بهداشت تکمیل گردیده و پس از کنترل در مراکز بهداشتی درمانی و جمع بندی، در قالب یک برگ فرم به مرکز بهداشت شهرستان ارسال می گردد.
- 2- مراکز بهداشت شهرستان هر شش ماه یک بار (با ذکر کلمه اول یا دوم) آمار دریافتی از مراکز بهداشتی درمانی را در قالب یک برگ فرم جمع بندی، تنظیم و به معاونت بهداشتی ارسال نموده و معاونت بهداشتی پس از کنترل و جمع بندی آن را به مرکز سلامت محیط و کار ارسال می نماید .
- 3- در صورت ارائه خدمات بهداشت محیطی توسط تیم سیارد در مناطقی که توسعه شبکه کامل نیست اطلاعات مربوطه در فرم جداگانه ای با ذکر عبارت سیاری در قسمت نام واحد گزارش می گردد .

- 1- تعداد کل مراکز تهیه و توزیع و نگهداری و فروش مواد غذایی و اماکن عمومی :
- منظور کلیه مراکز تهیه، تولید، توزیع، نگهداری و فروش مواد غذایی و اماکن عمومی (مشمول آئین نامه اجرایی قانون اصلاحیه ماده 13 قانون مواد خوردنی ...) است که در منطقه تحت پوشش حداقل در دو سوم فصل سال فعال می باشد .
- 2- مراکز تهیه ، تولید، توزیع، نگهداری و فروش مواد غذایی و اماکن عمومی دارای معیار بهسازی :
- به مراکز و اماکنی اطلاق می شوند که نسبت به انجام فصل دوم آئین نامه اجرایی قانون اصلاح ماده 13 قانون مواد خوردنی، ... به استثنای مواد 30-31-32-33-34-35-36-40-41-42-43-44-47-49-50-51-56-57-61-64-65 عمل کرده باشند.
- 3- مراکز تهیه، تولید، توزیع، نگهداری و فروش مواد غذایی و اماکن عمومی دارای معیار بهداشتی : به مراکز و اماکنی اطلاق می شوند که نسبت به رعایت مواد فصل اول ، دوم و سوم آئین نامه اجرایی قانون اصلاح ماده 13 قانون مواد خوردنی، ... عمل کرده باشند.
- 4- تعداد شاغلین اماکن و مراکز که باید کارت معاینه پزشکی داشته باشند :
- منظور کلیه افراد شاغل در اماکن و مراکز است که بصورت دائم، موقت، پاره وقت مشغول کار بوده و مشمول اخذ کارت معاینه پزشکی می باشند.
- 5- تعداد کارکنان مراکز و اماکنی که دارای کارت معاینه پزشکی معتبر هستند:
- منظور کلیه افراد شاغل در اماکن و مراکز مشمول اخذ کارت معاینه پزشکی، که مدت اعتبار کارت آنها برابر آئین نامه اجرایی قانون اصلاح ماده 13 قانون مواد خوردنی، ... به اتمام نرسیده باشد.
- 6- نتایج آزمایش های باکتریولوژیکی و شیمیایی شبکه عمومی توزیع آب آشامیدنی و منابع بهسازی عمومی :
- نتایج آزمایش های باکتریولوژیکی و شیمیایی شبکه عمومی : منظور نتایج آزمایش های باکتریولوژیکی و شیمیایی شبکه های توزیع آب آشامیدنی مورد استفاده عموم (اعم از تحت پوشش و غیرتحت پوشش آبفاز) می باشد. نتایج شیمیایی آب آشامیدنی شامل کل مواد جامد محلول، فلورید، نترات و نیتریت می باشد.

- نتایج آزمایش های باکتریولوژیکی و شیمیایی منابع بهسازی عمومی : منظور نتایج آزمایش های باکتریولوژیکی و شیمیایی منابع بهسازی شده مورد استفاده عموم می باشد. نتایج شیمیایی آب آشامیدنی شامل کل مواد جامد محلول، فلورید، نیترات و نیتريت می باشد.

- کل: منظور تعداد کل آزمایش های باکتریولوژیکی یا شیمیایی انجام شده می باشد.

- نتیجه مطلوب: منظور نتایج آزمایشات باکتریولوژیکی و شیمیایی که با استانداردهای کشوری آب آشامیدنی از نظر باکتریولوژیکی و شیمیایی مطابقت داشته باشد. (در نتایج شیمیایی پایین تر از حداکثر مجاز به عنوان مطلوب محسوب می شود)

تبصره 1: معیار قضاوت در خصوص کیفیت میکروبی آب آشامیدنی استاندارد ملی 1011 می باشد.

تبصره 2: معیار قضاوت در خصوص کیفیت شیمیایی آب آشامیدنی جدول شماره 3 استاندارد ملی 1053 با عنوان: " حداکثر مجاز و مطلوب مواد شیمیایی معدنی غیرسمی موجود در آب آشامیدنی " می باشد.

تذکر: نمونه برداری برای آزمایش های شیمیایی هر شش ماه یکبار است و در مواردی که دوبار متوالی نتایج بدست آمده پایین تر از حد اکثر مجاز استاندارد باشد، نمونه برداری سالانه انجام می شود. نمونه برداری در خصوص آزمایش های میکروبی بر اساس استاندارد 4208 می باشد.

7- واحدهای بهداشتی درمانی :

تعداد کل مراکز بهداشتی درمانی: در حال حاضر فقط واحدهای بهداشتی درمانی وابسته به شبکه بهداشت و درمان منظور می باشد (بغیر از بیمارستانها) مانند خانه بهداشت ، تسهیلات زایمانی ، مرکز بهداشتی درمانی شهری - روستایی، پایگاه بهداشت.

با شرایط مطلوب: به مراکز بهداشتی درمانی اطلاق می گردد که از نظر نظافت عمومی، سرویسهای بهداشتی، سیستم جمع آوری پسماند، حفاظت در مقابل حشرات (نصب توری) و آب و فاضلاب و شرایط بهداشتی ساختمان مورد تایید باشد. تبصره: در صورتیکه ساختمان خانه بهداشت در محل مرکز بهداشتی درمانی روستایی باشد در آمار واحد بهداشتی درمانی، یک واحد محسوب میگردد.

8- دسترسی به آب آشامیدنی : منظور تعداد خانوارهایی که به آب آشامیدنی از طریق شبکه لوله کشی عمومی یا منابع بهسازی به میزان حداقل بیست لیتر به ازای هر نفر در روز با حداکثر 30 دقیقه پیاده روی (رفت و برگشت یا حداکثر در محدوده یک کیلومتری از محل سکونت) دسترسی دارند.

1-8- شبکه لوله کشی عمومی : منظور تعداد خانوارهایی که به شبکه آب آشامیدنی از طریق لوله کشی بصورت انشعابات خصوصی در منازل و یا شیر برداشت عمومی متصل به شبکه لوله کشی دسترسی دارند.

2-8- منابع بهسازی : منظور تعداد خانوارهایی است که از چاه، چشمه، قنات و مخازن جمع آوری آب باران با شرایط بهسازی منطبق با ضوابط مندرج در کتاب بهداشت محیط (بهورزی) برخوردار می باشند.

9- برخوردار از توالی بهداشتی :

منظور تعداد خانوارهایی است که از توالی بهداشتی منطبق با حداقل ضوابط مندرج در کتاب بهداشت محیط (بهورزی) برخوردار می باشند .

10- جمع آوری و دفع بهداشتی فاضلاب : منظور تعداد خانوارهایی است که فاضلاب خانگی (توالی) خود را به صورت بهداشتی جمع آوری و با استفاده از چاه جذب اختصاصی و یا از طریق شبکه عمومی پس از طی فرایند تصفیه دفع می نمایند.

11- جمع آوری و دفع بهداشتی زباله (پسماندها) :

منظور تعداد خانوارهایی است که زباله تولیدی خود را به صورت اختصاصی و یا از طریق سیستم عمومی ، جمع آوری و به روش بهداشتی دفع می نمایند .

12- جمع آوری بهداشتی فضولات حیوانی :

منظور تعداد خانوارهای دارای دام است که نسبت به جمع آوری بهداشتی فضولات حیوانی برابر ضوابط مندرج در کتاب بهداشت محیط (بهورزی) اقدام می نمایند.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

نام واحد:

پایگاه بهداشتی E مرکز بهداشتی درمانی E مرکز بهداشت شهرستان E معاونت بهداشتی E سال:
 جمعیت تحت پوشش: دوره گزارشدهی:

نتایج آزمایش های باکتریولوژیکی		کارت معاینه پزشکی		مراکز و اماکن بین راهی			اماکن عمومی			مراکز تهیه، توزیع و فروش مواد غذایی		
تعداد کل	تعداد مطلوب	تعداد کارکنان مراکز و اماکنی که دارای کارت معاینه پزشکی معتبر هستند	تعداد شاغلین اماکن و مراکز که باید کارت معاینه پزشکی داشته باشد	دارای معیار بهداشتی	دارای معیار بهسازی	تعداد کل	دارای معیار بهداشتی	دارای معیار بهسازی	تعداد کل	دارای معیار بهداشتی	دارای معیار بهسازی	تعداد کل

نتایج آزمایش های شیمیایی		واحد های بهداشتی درمانی		بهداشت محیط بیمارستان ها				مراکز پر تویزشکی	
تعداد کل	تعداد مطلوب	تعداد کل	با شرایط مطلوب	مطلوب				تعداد کل	مطلوب
				مدیریت پسماند	مدیریت فاضلاب	آشپزخانه و غذاخوری	بخش	حفاظتی	بهداشتی

دستورالعمل نحوه تکمیل فرم آمار 110 - ش (شهری) (فرم 20 - ع د)

تعاریف :

مراکز : منظور مراکز تهیه، تولید، توزیع، نگهداری و فروش مواد غذایی می باشند .

اماکن : منظور اماکن عمومی می باشند .

مراکز و اماکن بین راهی : به مراکز و اماکنی اطلاق می شود که در مسیر جاده های بین شهری، روستایی و گردشگری قرار دارند و جزو اماکن و مراکز داخل و حومه شهر یا روستا منظور نگردیده اند .

دوره گزارش دهی :

1- اطلاعات این فرم در دو برگ و هر سه ماه یکبار (با ذکر نام فصل در دوره گزارش دهی) در مراکز بهداشتی درمانی تکمیل و در قالب یک برگ فرم به مرکز بهداشت شهرستان ارسال می گردد.

2- مرکز بهداشت شهرستان هر شش ماه یک بار (با ذکر کلمه اول یا دوم) آمار دریافتی از مراکز بهداشتی درمانی را در قالب یک برگ فرم جمع بندی، تنظیم و به معاونت بهداشتی ارسال نموده و معاونت بهداشتی پس از کنترل و جمع بندی آن را به مرکز سلامت محیط و کار ارسال می نماید.

3- در صورت ارائه خدمات بهداشت محیطی توسط تیم سیاردر مناطقی که توسعه شبکه کامل نیست اطلاعات مربوطه در فرم جداگانه ای با ذکر عبارت سیاری در قسمت نام واحد گزارش می گردد .

1- تعداد کل مراکز تهیه و توزیع و نگهداری و فروش مواد غذایی و اماکن عمومی و مراکز و اماکن بین راهی :

منظور کلیه مراکز تهیه، تولید، توزیع، نگهداری و فروش مواد غذایی و اماکن عمومی (مشمول آئین نامه اجرایی قانون اصلاحیه ماده 13 قانون مواد خوردنی ...) است که در منطقه تحت پوشش حداقل در دو سوم فصل سال فعال می باشد .

2- مراکز تهیه، تولید، توزیع، نگهداری و فروش مواد غذایی و اماکن عمومی و مراکز و اماکن بین راهی دارای معیار بهسازی: به مراکز و اماکنی اطلاق می شوند که نسبت به انجام فصل دوم آئین نامه اجرایی قانون اصلاح ماده 13 قانون مواد خوردنی، ... به استثنای مواد 30-31-32-33-34-35-36-40-41-42-43-44-47-49-50-51-56-57-61-64-65 عمل کرده باشند.

3- مراکز تهیه، تولید، توزیع، نگهداری و فروش مواد غذایی و اماکن عمومی و مراکز و اماکن بین راهی دارای معیار بهداشتی: به مراکز و اماکنی اطلاق می شوند که نسبت به رعایت مواد فصل اول، دوم و سوم آئین نامه اجرایی قانون اصلاح ماده 13 قانون مواد خوردنی، ... عمل کرده باشند.

4- تعداد شاغلین اماکن و مراکز که باید کارت معاینه پزشکی داشته باشند :

منظور کلیه افراد شاغل در اماکن و مراکز است که بصورت دائم، موقت، پاره وقت مشغول کار بوده و مشمول اخذ کارت معاینه پزشکی می باشند.

5- تعداد کارکنان مراکز و اماکنی که دارای کارت معاینه پزشکی معتبر هستند:

منظور کلیه افراد شاغل در اماکن و مراکز مشمول اخذ کارت معاینه پزشکی، که مدت اعتبار کارت آنها برابر آئین نامه اجرایی قانون اصلاح ماده 13 قانون مواد خوردنی، ... به اتمام نرسیده باشد.

6- نتایج آزمایش های باکتریولوژیکی و شیمیایی شبکه توزیع آب آشامیدنی:

منظور نتایج آزمایشات باکتریولوژیکی و شیمیایی شبکه های توزیع آب آشامیدنی مورد استفاده عموم می باشد. نتایج شیمیایی آب آشامیدنی شامل کل مواد جامد محلول، فلوراید، نیترات و نیتریت می باشد.

- کل: منظور تعداد کل آزمایشات باکتریولوژیکی یا شیمیایی انجام شده می باشد.

- نتیجه مطلوب: منظور نتایج آزمایش های باکتریولوژیکی و شیمیایی که با استانداردهای کشوری آب آشامیدنی از نظر باکتریولوژیکی یا شیمیایی مطابقت داشته باشد. (در نتایج شیمیایی پایین تر از حداکثر مجاز به عنوان مطلوب محسوب می شود)

تبصره 1: معیار قضاوت در خصوص کیفیت میکروبی آب آشامیدنی استاندارد ملی 1011 می باشد.

تبصره 2: معیار قضاوت در خصوص کیفیت شیمیایی آب آشامیدنی جدول شماره 3 استاندارد ملی 1053 با عنوان: " حداکثر مجاز و مطلوب مواد شیمیایی معدنی غیرسمی موجود در آب آشامیدنی " می باشد.

تذکر: نمونه برداری برای آزمایش های شیمیایی هر شش ماه یکبار است و در مواردیکه دوبار متوالی نتایج بدست آمده پایین تر از حداکثر مجاز استاندارد باشد، نمونه برداری سالانه انجام می شود. نمونه برداری در خصوص آزمایش های میکروبی بر اساس استاندارد 4208 می باشد.

7- بهداشت محیط بیمارستانها:

تعداد کل: منظور کلیه بیمارستانهای (دولتی، خصوصی، خیریه) منطقه تحت پوشش می باشد .

- مدیریت پسماند مطلوب: تعداد بیمارستانهایی است که تفکیک، جمع آوری، نگهداری، بی خطر سازی و دفع پسماند آن با دستورالعمل های وزارت بهداشت مطابقت داشته باشد.
- مدیریت فاضلاب مطلوب: تعداد بیمارستانهایی است که جمع آوری، تصفیه و دفع فاضلاب آنها مطابق دستورالعمل های وزارت بهداشت انجام شود.
- آشپزخانه و غذاخوری مطلوب: تعداد بیمارستانهایی که دارای آشپزخانه و غذاخوری منطبق با آئین نامه اجرایی قانون اصلاح ماده 13 قانون مواد خوردنی، ... باشند.
- بخش مطلوب: تعداد بیمارستانهایی که بخش های CSSD (بخش استریلیزاسیون مرکزی)، اتاق های عمل و رختشویخانه و 75 درصد سایر بخش ها از نظر وضعیت بهداشت محیطی با دستورالعمل های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مطابقت داشته باشد.

8- واحدهای بهداشتی درمانی: تعداد کل مراکز بهداشتی درمانی: منظور واحدهای بهداشتی درمانی نظیر خانه های بهداشت، مراکز بهداشتی درمانی، پایگاه های بهداشت، مراکز تسهیلات زایمانی، مراکز درمان سوء مصرف مواد، آزمایشگاه های تشخیص طبی، درمانگاهها، مراکز جراحی محدود به غیر از بیمارستانها (خصوصی، دولتی) می باشند.

تبصره: در صورتیکه ساختمان خانه بهداشت در محل مرکز بهداشتی درمانی روستایی باشد در آمار واحد بهداشتی درمانی، یک واحد محسوب می گردد.

با شرایط مطلوب: به مراکز بهداشتی درمانی اطلاق می گردد که از نظر نظافت عمومی، سرویس های بهداشتی، سیستم جمع آوری پسماند، حفاظت در مقابل حشرات (نصب توری) و آب و فاضلاب و شرایط بهداشتی ساختمان مورد تایید باشد.

حداقل ضوابط بهداشت محیطی آزمایشگاه های تشخیص طبی:

شامل اجرای ماده 7 قانون مدیریت پسماندها « ضوابط و روش های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته » و دستورالعمل های ابلاغی از سوی وزارت بهداشت، وجود توالی به تعداد مورد نیاز با شرایط بهداشتی، آب سالم، دیوار راهروها و سالن انتظار تا ارتفاع 120 سانتی متر از جنس مقاوم و قابل شست و شو، کاشیکاری دیوارهای محل نمونه گیری خون و سالن ها آزمایش تا زیرسقف و روشویی مجهز به صابون مایع، دارای سیستم جمع آوری و دفع بهداشتی فاضلاب

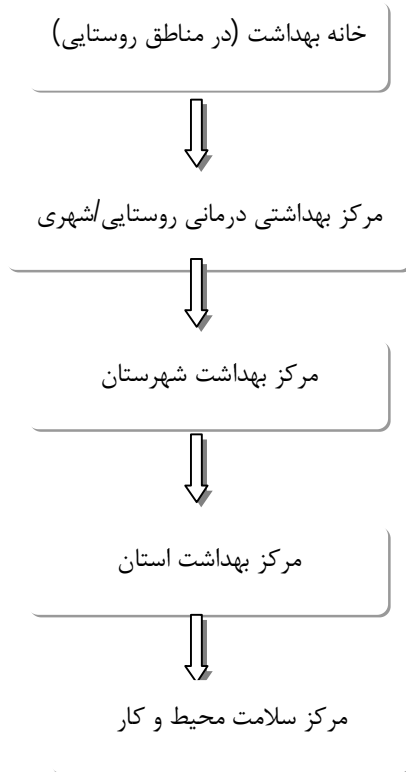
9- مراکز پرتوپزشکی:

تعداد کل: منظور تعداد مراکز فعال کار با پرتوها در پزشکی می باشد.

مطلوب حفاظتی: تعداد مراکز پرتوپزشکی که ضوابط حفاظت در برابر پرتو (برابر دستورالعمل وزارت بهداشت) را رعایت کرده باشند .

مطلوب بهداشتی: تعداد مراکز پرتوپزشکی که ضوابط بهداشت محیطی را رعایت کرده باشند .

چرخش کار (فلوچارت) تکمیل فرم:



<p>1- نام شاخص: در صد روزهای سال که طبق تعریف هوای پاک و سالم دارند. (در شهرهای بالای 300 هزار نفر جمعیت)</p> <p>2- تعریف شاخص: در صدی از روزهای سال که کیفیت هوا در شهرهای بالای 300 هزار نفر سنجش شده و مقادیر محاسبه شده در گزارش های روزانه طبق تعریف در محدوده هوای پاک و هوای سالم قرار دارند. (در شهرهای بالای 300 هزار نفر جمعیت)</p> <p>- هوای پاک، (Good) به کیفیتی از هوای سنجش شده اطلاق می شود که ریسک سلامتی ناچیز و یا فاقد ریسک سلامتی برای جمعیت در معرض باشد. از نظر عددی مقدار AQI در محدوده هوای پاک بین صفر و 50 برای هریک از آلاینده های منوکسید کربن، دی اکسید گوگرد، ذرات معلق PM2.5, PM10 و اکسیدهای ازت و ازون می باشد.</p> <p>هوای سالم، (Moderate) به کیفیتی از هوای سنجش شده اطلاق می شود که تعداد بسیار کمی از افراد با ملاحظات بهداشتی خاص همراه باشند. در این شرایط افرادی که نسبت به ذرات معلق، دی اکسید نیتروژن و ازون حساسیت ویژه ای دارند ممکن است علائم تنفسی ویژه ای در آن ها مشاهده شود. از نظر عددی مقدار AQI در این محدوده بین 51 الی 100 می باشد و در مجموع کیفیت هوا در این شرایط قابل قبول است.</p>
<p>3- نحوه محاسبه شاخص: برحسب درصد تعداد روزهای دوره گزارش دهی (سه ماهه) که شاخص کیفیت هوا برای آلاینده های مسئول مساوی و کمتر از 100 باشد</p> <hr/> <p>تعداد روزهایی که در دوره گزارش دهی (سه ماهه) سنجش آلاینده های هوا انجام شده است</p>
<p>4- منابع استخراج صورت کسر: مراکز بهداشت شهرستان، شبکه های بهداشت و درمان، معاونت بهداشتی، ادارات کل محیط زیست استان ها، وزارت نفت، سازمان دهیاری ها و شهرداری ها</p>
<p>5- منابع استخراج مخرج کسر: مراکز بهداشت شهرستان، شبکه های بهداشت و درمان، معاونت بهداشتی، ادارات کل محیط زیست استان ها، وزارت نفت، سازمان دهیاری ها و شهرداری ها</p>
<p>6- متغیرهای تفکیک کننده نابرابری:</p> <p>- شهرهای بالای 300 هزار نفر جمعیت که شهروندان از کیفیت هوای استنشاقی خود بی اطلاع هستند (شهرهای فاقد ایستگاه های سنجش آلاینده های هوا) و هیچ شاخصی برای آنها تعریف نمی شود.</p> <p>- شهرهای برخوردار از کیفیت هوای پاک و سالم و دارای کیفیت مطلوب هوای استنشاقی برای شهروندان که ریسک ابتلا به بیماریها و عوارض ناشی از آلودگی هوا در این گروه حداقل ممکن می باشد.</p>
<p>7- سازمان متولی اصلی تولید شاخص (پاسخگو):</p> <p>- سازمان حفاظت محیط زیست که مالکیت و اطلاعات ایستگاه های سنجش آلودگی هوا را در محدوده جغرافیائی شهر در اختیار دارد</p> <p>- سازمان دهیاری و شهرداری ها که مالکیت و اطلاعات ایستگاه های سنجش آلودگی هوا را در محدوده جغرافیائی شهردر اختیار دارد</p> <p>- وزارت نفت که مالکیت و اطلاعات ایستگاه های سنجش آلودگی هوا را در محدوده جغرافیائی شهر در اختیار دارد</p> <p>- وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی که تعیین کننده کیفیت هوا از نظر شاخص های اثر گذار بر سلامت و پیامدهای ناشی از استنشاق هوای جمعیت در معرض می باشد.</p>
<p>8- دوره زمانی تولید و به روز رسانی: سه ماه یکبار به صورت فصلی از طریق نظام معمول و طبق فرم های پیوست و فایل های تخصصی در اختیار همکاران وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی</p>
<p>9- نمونه فرم تکمیل اطلاعات (فرم های آماری برای جمع آوری داده ها): فرم 22 - ع د</p>

دستورالعمل نحوه تکمیل فرم گزارش دهی آمار شاخص کیفیت هوا (فرم 22 - ع د)

به طور کلی شاخص کیفیت هوا (AQI) شاخصی جهت پیش بینی روزانه کیفیت هوا است. این شاخص مردم را از کیفیت هوا (پاک بودن یا آلوده بودن آن) آگاه می سازد و میزان ارتباط آن با سطوح سلامت را آرایه می کند. به عبارت دیگر میزان تاثیر هوای آلوده بر سلامت انسان را نشان می دهد و درک آن را توسط عموم مردم آسان می سازد. شاخص کیفیت هوا AQI، کیفیت هوا را در شش دسته قرار می دهد که هر دسته را به سطوح مختلف سلامت انسان مربوط می سازد. این شش دسته بشرح زیر است:

خوب: ¹ میزان AQI در این حالت بین 0 و 50 است. کیفیت هوا رضایتبخش است و آلودگی هوا بی خطر یا کم خطر است. این حالت را با رنگ سبز نشان می دهند.

متوسط: ² میزان AQI در این حالت بین 51 تا 100 است. کیفیت هوا قابل قبول است اگرچه بعضی از آلاینده ها ممکن است برای تعداد بسیار کمی از افراد با ملاحظات بهداشتی خاص همراه باشد به عنوان مثال کسانی که نسبت به آزن حساسیت ویژه ای دارند ممکن است علائم تنفسی از خود بپردازند. این حالت را با رنگ زرد نشان می دهند.

ناسالم برای گروه های حساس: ³ میزان AQI در این حالت بین 101 و 150 است. بعضی از افراد گروه های حساس ممکن است اثرات بهداشتی خاصی را تجربه کنند. برای مثال مردمی که دارای بیماری ریه هستند نسبت به عموم مردم خطرات بیشتری را از مواجهه با آزن متحمل می شوند اما مردمی که بیماری ریوی یا قلبی دارند خطر بیشتری را از مواجهه با ذرات معلق متحمل می شوند. ولی وقتی آلودگی هوا در این سطح قرار دارد عموم مردم تحت تاثیر قرار نمی گیرند. این حالت را با رنگ نارنجی نشان می دهند.

ناسالم: ⁴ هر فردی ممکن است اثرات بهداشتی AQI بالا را زمانی که مقدار آن بین 151 و 200 است، تجربه کند. اعضای گروه های حساس بیش از سایرین اثرات جدی را بر سلامت خود تجربه می کنند. این حالت را با رنگ قرمز نشان می دهند.

خیلی ناسالم: ⁵ در این حالت AQI بین 201 تا 300 قرار دارد و هشدار برای سلامتی بحساب می آید و بدین معنی است که هر کسی ممکن است اثرات جدی تری را بر سلامت خود تجربه کند این حالت را به رنگ بنفش نشان می دهند. خطرناک: ⁶ AQI در این وضعیت از 300 بالاتر است و خطرات جدی برای سلامت انسان و اعلام وضع اضطراری است. در این وضعیت احتمالاً تمام افراد جامعه تحت تاثیر قرار می گیرند. این حالت را با رنگ ارغوانی نشان می دهند.

کیفیت هوا بوسیله تعیین غلظت آلاینده های اصلی در ایستگاههای سنجش اندازه گیری می شود. این ایستگاهها بسته به جمعیت شهر و وسعت آن ممکن است متعدد باشند. داده های خام بدست آمده از سنجش آلاینده ها با استفاده از رابطه 1 به AQI تبدیل می شوند. پارامترهای مورد استفاده در رابطه از جدول 2 که نقاط شکست برای AQI را نشان می دهند، بدست می آید.

$$I_p = \frac{I_{Hi} - I_{LO}}{BP_{Hi} - BP_{LO}}(C_p - BP_{LO}) + I_{LO} \quad (1)$$

که در این رابطه :

I_p = شاخص کیفیت هوا برای آلاینده P

C_p = غلظت اندازه گیری شده آلاینده P

BP_{Hi} = نقطه شکستی که بزرگتر یا مساوی C_p است

¹. Good.

². Moderate.

³. Unhealthy for sensitive groups.

⁴. Unhealthy.

⁵. Very unhealthy.

⁶. Hazardous.

BP_{LO} = نقطه شکستی که کوچکتر یا مساوی C_p باشد

I_{Hi} = مقدار AQI منطبق با BP_{Hi}

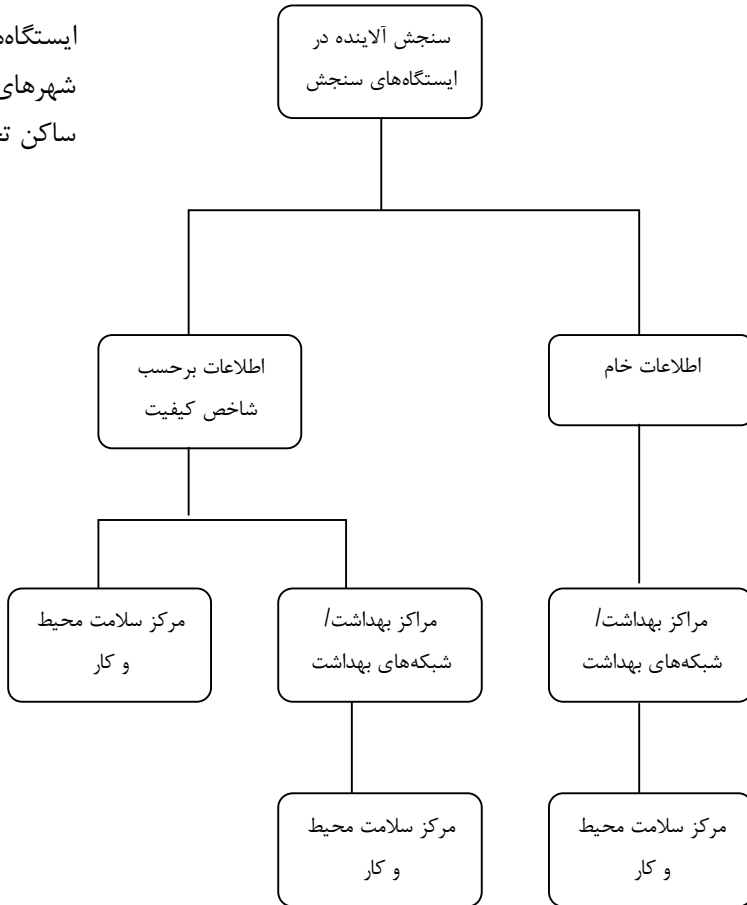
I_{Lo} = مقدار AQI منطبق با BP_{Lo}

محاسبه AQI برای یک شهر: پس از آنکه بالاترین مقادیر AQI برای هر یک ایستگاه سنجش محاسبه گردید می بایست بالاترین مقادیر AQI تمامی ایستگاه های سنجش سطح شهر با یکدیگر مقایسه شده و بالاترین مقدار AQI در بین تمامی ایستگاه ها بعنوان مقدار AQI آن شهر برای یک روز گزارش گردد. مجموع روزهای گزارش شده در طی دوره سنجش با این شرایط در فرم گزارش دهی وارد شده و شاخص مورد نظر از آن استخراج می گردد.

فلوچارت (تکمیل فرم چرخش کار) :

ایستگاه‌های سنجش در محدوده جغرافیایی
شهرهای بالای 300 هزار نفر جمعیت
ساکن تحت تملک هریک از دستگاه‌های
اجرایی در استان

انتقال اطلاعات از طریق مالکین بوسیله
مودم یا به صورت دستی ایستگاه‌های
سنجش به دستگاه‌های اجرایی استان و
روزانه



تعیین شاخص‌های کیفیت هوا و درصد
روزهای هوای پاک و سالم در شهرهای
بالای 300 هزار نفر جمعیت

