**چک لیست برنامه اجرایی- عملیاتی ارتقاء فعالیت بدنی دانش آموزان واحد های بهداشتی**

 دانشگاه .................. شهرستان..................... واحد بهداشتی: مرکز خدمات جامع سلامت تاریخ پایش...../....../.......

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| امتیازکسب شده | امتیاز مطلوب |  | موضوع | عنوان برنامه | ردیف |
| خیر | بلی |
|   |  2 |   |   | آیا دستورالعمل ها درواحد بهداشتی وجود دارد و اهداف درون سازمانی و برون سازمانی در فیلد تحت پوشش آن مشخص گردیده است ؟  | دستورالعمل ها و بخشنامه ها | 1 |
|   | 2 |   |   | آیا مراقبین سلامت/ بهورزان دوره/ کارگاه آموزشی فعالیت بدنی را گذرانده اند؟  | برنامه ارتقاء فعالیت بدنی مطلوب در دانش آموزان و نوجوانان طبق بسته خدمتی | 2 |
|   | 2 |   |   | آیا مراقبین سلامت/ بهورزان دانش آموزان واجد شرایط) فعالیت بدنی نامطلوب را شناسایی کرده اند؟  |
|   | 2 |   |   | آیا مراقبین سلامت/ بهورزان طبق بسته خدمت برای دانش آموزان شناسایی شده فعالیت بدنی نامطلوب آموزش داده است ؟  |
|   | 2 |   |   | آیا گزارش روند اجرای برنامه تهیه و به مسئولین ذیربط ارسال گردیده است ؟  |
|  | 2 |  |  | آیا پزشک مستقر در واحد بهداشتی، دوره آموزشی در خصوص غربالگری اختلالات اسکلتی ، عضلانی و قامت را گذرانده است ؟  | برنامه غربالگری اسکلتی عضلانی در طرح تحول سلامت طبق بسته خدمتی | 3 |
|  | 2 |  |  | آیا پزشک مستقر در واحد بهداشتی ، غربالگری اختلالات اسکلتی، عضلانی و قامت را برای دانش آموزان پایه های 1-4-7-10 انجام می دهد؟  |
|  | 2 |  |  | تعداد/ درصد دانش آموزان دارای اختلال اسکلتی عضلانی ارجاع شده در پایه های 1-4-7-10 |
|  | 2 |  |  | تعداد/ درصد دانش آموزانی پایه اول که توسط پزشک مرکز غربالگری اسکلتی عضلانی شده اند  |
|  | 2 |  |  | تعداد/ درصد دانش آموزان پایه چهارم که توسط پزشک مرکز غربالگری اسکلتی عضلانی شده اند  |
|  | 2 |  |  | تعداد/ درصد دانش آموزان پایه هفتم که توسط پزشک مرکز غربالگری اسکلتی عضلانی شده اند  |
|  | 2 |  |  | تعداد/ درصد دانش آموزان پایه دهم که توسط پزشک مرکز غربالگری اسکلتی عضلانی شده اند  |
|  | 2 |  |  | آیا ارجاع دانش آموزان دارای اختلال اسکلتی عضلانی به مراجع تخصصی و فوق تخصصی انجام شده است ؟ |
|  | 2 |  |  | آیا گزارش روند اجرای برنامه تهیه و به مسئولین ذیربط ارسال گردیده است ؟  |
|  | 2 |  |  | آیا جهت اجرای برنامه های فعالیت بدنی درکیفی سازی مدارس مروج سلامت تحت پوشش واحد بهداشتی با مدیر مدرسه هماهنگی بعمل آمده است ؟  | برنامه ارتقاء فعالیت بدنی در مدارس مروج سلامت و سفیران سلامت | 4 |
|  | 2 |  |  | آیا سفیران سلامت دانش آموزی در خصوص فعالیت بدنی مطلوب هوازی– عضلانی– اسکلتی در مدارس تحت پوشش مرکز آموزش دیده اند ؟  |
|  | 2 |  |  | آیا ترویج فعالیت بدنی (هوازی– عضلانی– اسکلتی) از طریق سفیران سلامت دانش آموزی با مدرسه هماهنگ و در مدارس تحت پوشش مرکز انجام شده است ؟  |
|  | 2 |  |  | تعداد/ درصد مدارس مروج مجری ارتقای فعالیت بدنی تحت پوشش مرکز |
|   | 2 |   |   | آیا توزیع سالانه پوستر طبق اعلام نیاز درمدارس انجام شده است ؟  | برنامه تمریناتکششی در کلاس درس | 5 |
|   | 2 |   |   | آیا دستور العمل برنامه تمرینات کششی در واحد های بهداشتی تابعه موجود می باشد؟  |
|   | 2 |   |   | آیا پایش و نظارت از اجرای برنامه در مدارس تحت پوشش مرکز بعمل آمده است؟  |
|   | 2 |   |   | آیا گزارش روند اجرای برنامه تهیه و به مسئولین ذیربط ارسال گردیده است ؟  |
|  | 2 |  |  | تعداد/ درصد مدارس مجری تمرینات کششی در کلاس درس تحت پوشش مرکز |
|   | 2 |   |   | آیا نشست های مشورتی با مدارس تحت پوشش فیلد مرکز جهت هماهنگی وهمکاری برنامه های اداره آموزش و پرورش برگزار گردیده است ؟  | برنامه های برون سازمان و مدارس | 6 |
|  | 2 |  |  | تعداد/ درصد جلسات برگزار شده با مسئولین مدارس تحت پوشش مرکز |
|  | 2 |  |  | تعداد/ درصد دوره های آموزشی فعالیت بدنی که مراقبین سلامت/ بهورزان برای دانش آموزان برگزار نموده اند ؟  | آموزش فعالیت بدنی | 7 |
|  | 2 |  |  | تعداد/ درصد سفیران سلامت که دوره فعالیت بدنی را آموزش دیده اند  |
|  | 2 |  |  | تعداد/ درصد دانش آموزانی که توسط مراقبین سلامت / بهورزان آموزش فعالیت بدنی را آموزش دیده اند  |

نام و نام خانوادگی و امضاء پایش کننده ............................ نام و نام خانوادگی و امضاء پایش شونده....................... درصد امتیازات کسب شده. از 56.