



استبيان توصيف مركز صحي

تاريخ تعبئة الاستمارة

مركز: _____ مدينة/بلدة: _____ قضاء: _____ محافظة: _____

التبعية: _____ هاتف: _____ فاكس: _____ بريد الكتروني: _____

- أيام العمل في الأسبوع : خمسة ايام ستة أيام غيره حدد
- ساعات العمل في اليوم : 6 ساعات أقل من 6 ساعات أكثر من 6 ساعات
- وجود توصيف وظيفي : نعم لا

متوسط عدد المستفيدين شهريا من كافة خدمات المركز _____

بدل المعاينة: مجانا كلفة مقبولة (لغاية 10000 ل.ل.) كلفة مرتفعة (أكثر من 10000 ل.ل.)

النطاق الجغرافي :

العدد التقريبي للسكان ضمن نطاق عمل المركز: صيفاً _____ شتاءً _____

يستقطب المركز زواراً من القرى والبلدات التالية:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

عدد المناطق أو البلدات التي يغطيها المركز في الحملات الوطنية والأنشطة الخارجية (outreach activities)

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

الصفة الغالبة للمجتمع المحلي :

- مجتمع صناعي مجتمع زراعي مجتمع خدماتي غيره
- المستوى المعيشي للسكان في النطاق الجغرافي : جيد وسط متدني
- إمكانية الحصول على خدمات المركز من حيث الموقع الجغرافي : المركز في طابق: ارضي غيره حدد
- المسافة بالكلم عن اقرب نقطة سكنية عن ابعد نقطة سكنية

المؤسسات الصحية ضمن نطاق عمل المركز :

| <u>المؤسسة</u> | <u>العدد</u> | <u>اذكر الاسم إذا أمكن</u> |
|----------------|----------------------|----------------------------|
| مركز صحي | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| مستشفى | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| مستوصف | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| عيادة خاصة | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| صيدلية | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

المؤسسات الأخرى ضمن نطاق عمل المركز :

| <u>العدد التقريبي</u> | |
|-----------------------|--------|
| <input type="text"/> | تربوية |
| <input type="text"/> | تجارية |
| <input type="text"/> | صناعية |
| <input type="text"/> | زراعية |

البنى التحتية للمركز:

شبكة الاتصال والمواصلات في نطاق عمل المركز :

- حال الطرقات : جيدة وسط غير صالحة
- المواصلات: مؤمنة نقل عام نقل خاص غير مؤمنة
- الهاتف : مؤمن غير مؤمن
- Internet : مؤمن غير مؤمن
- عدد طبقات المركز: واحدة اثنتان ثلاث أكثر حدد
- موقف مؤمن للسيارات: نعم لا
- مدخل خاص بالمعوقين: نعم لا
- حالة البناء: جيدة وسط غير صالحة
- هل يوجد نش : في جدران المركز؟ نعم لا ، في أسقف المركز؟ نعم لا
- مصادر المياه في المركز: شبكة عامة بئر غيره حدد
- نظام الصرف الصحي: حفرة صحية شبكة عامة غيره حدد

عدد وحدات المركز:

| الوحدة | العدد | الوحدة | العدد | الوحدة | العدد | الوحدة | العدد |
|-------------|-------|--------|-------|---------------|-------|------------|-------|
| غرفة معاينة | | اشعة | | قاعة اجتماعات | | غرفة توثيق | |
| عيادة أسنان | | مختبر | | قاعة انتظار | | مكتبة | |
| غرفة ادوية | | ادارة | | غرفة مشورة | | مستودع | |
| | | | | | | غيره حدد | |

مقدمو خدمات الرعاية الصحية الأولية:

| ملاحظات+ | الدورات التدريبية التي حضرها خلال السنوات الثلاث الماضية | الدوام* : 1- كامل 2 - جزئي | 1-متعاقد 2-متطوع 3-شبه متطوع | العدد | الاختصاص |
|----------|--|----------------------------------|------------------------------------|-------|--------------------|
| | | | | | طب عام |
| | | | | | طب عائلة |
| | | | | | طب نسائي |
| | | | | | طب اطفال |
| | | | | | طب أسنان |
| | | | | | طب قلب وشرابين |
| | | | | | طبيب مختبر |
| | | | | | طبيب اشعة |
| | | | | | اختصاصات أخرى |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | ماجستير صحة عامة |
| | | | | | مدير |
| | | | | | محاضر صيدلي |
| | | | | | فني اشعة |
| | | | | | فني مخبري |
| | | | | | قابلة قانونية |
| | | | | | ممرضة مجازة (BS) |
| | | | | | ممرضة قانونية (TS) |
| | | | | | ممرضة قانونية (BT) |
| | | | | | مساعدة ممرضة |
| | | | | | مرشدة اجتماعية |
| | | | | | عامل كمبيوتر |
| | | | | | محاسب |
| | | | | | كاتب |
| | | | | | مساعد اداري |
| | | | | | خادم |
| | | | | | حاجب |
| | | | | | سائق |
| | | | | | غيره حدد |

خدمات داخل المركز: علاجية

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|--------------|-------|-------|-----|-----------------|---------------------|------|--------------------|-------|--------------|-------------|--------|--|---------|
| غيره حد: | ادوية اساسية | | لوارى | جلد | عظام و مفاصل | انف اذن حنجرة | عيون | قلب و شرايين | نسائي | فم/ اسنان | طب اطفال | طب عام | | 1 - نعم |
| | غير مزمنة | مزمنة | | | | | | | | | | | | 2 - لا |

وقائية/مساعدة

| | | | | | | | | | | | |
|----------|------------------|-----------------------------|----------------|---------------|-------|----------|------------------------------|---------------|--------|--|--------|
| غيره حد: | زيارات منزلية | كشف مبكر لسرطان الثدي | فحص الزجاجة | تنظيم اسرة | مشورة | ثقيف صحي | كشف مبكر لسرطان البروستات | صحة مدرسية | لقاحات | | 1- نعم |
| | | | | | | | | | | | 2- لا |

ما هي النشاطات التثقيفية التي قام بها المركز خلال السنة الماضية؟

| الجهة المنظمة | المكان | عدد المستفيدين | الفئة المستهدفة | الموضوع | نوع النشاط (محاضرة، دورة تدريبية،..) |
|---------------|--------|-------------------|-----------------|---------|--|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

في نطاق عمل المركز:

1. هل يتم تحديد عدد:

| | | | | |
|----------------|---------------------------|---------------------------------|--|--------|
| المواليد الجدد | الأطفال دون عمر السنين | الأطفال دون الخامسة من العمر | تلامذة المدارس الإبتدائية و دور الحضانة | 1. نعم |
| | | | | 2. لا |

2. هل يتم العمل على تلقيح جميع الأطفال في منطقة عمل المركز بحسب الرزنامة الوطنية للتلقيح؟

1. نعم

2. لا

3. هل يتم تنظيم زيارات منزلية لمتابعة الاطفال المتسرّبين من المتابعة ضمن برنامج التلقيح؟

1. نعم

2. لا

4. هل يتم تنفيذ برامج للتثقيف الصحيّ للأمهات و الحوامل في نطاق عمل المركز؟

1. نعم

2. لا

5. هل يتم تنظيم زيارات منزلية لمتابعة السيدات الحوامل؟

1. نعم

2. لا

6. هل يتم التنسيق مع مراكز صحبة اخرى أو هيئات أهلية تعنى بالشأن الصحي؟

1. نعم

2. لا

7. هل يعتمد المركز نظام إحالة المرضى إلى مراكز متخصصة أو مستشفيات (referral system)؟

1. نعم
2. لا

8. هل تتم متابعة المرضى المحالين من المركز و الإشراف على حالتهم الصحية؟

1. نعم
2. لا

9. هل يتم العمل على جمع المعلومات التالية في نطاق عمل المركز:

| نسبة الأمراض المزمنة بحسب المرض | نسبة الأمراض السرطانية | نسبة الحوادث (المنزلية، المدرسية) | نسبة المدخنين | غيره حدد: | لا ينطبق |
|---------------------------------|------------------------|-----------------------------------|---------------|-----------|----------|
| | | | | | |

10. من خلال عمل المركز، يتم التواصل و التعاون مع:

| المختارين | البلديات | مؤسسات القطاع الأهلي الصحي | غيره حدد: |
|-----------|----------|----------------------------|-----------|
| | | | |

11. هل يتم التواصل مع قادة الرأي و متخذي القرار في نطاق عمل المركز؟

1. نعم
2. لا

| ضمان الجودة : | مقبول | غير كاف | لا ينطبق |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - اتباع شروط التعقيم | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - المحافظة على النظافة | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - ارتداء الزي المهني | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - استخدام الكفوف الطبية | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - وجود سلال المهملات | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - كيفية التخلص من النفايات | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - وجود صناديق السلامة | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - استقبال المستفيدين | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - احترام خصوصية المستفيد | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - الرجوع الى ادلة العمل/البروتوكولات عند الحاجة | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

فيما يتعلّق بنظام المعلومات الممكنن :

1. نظام المعلومات الممكنن المستعمل في المركز:

| | | |
|-----------|---|------------------|
| غير موجود | المعتمد من قبل وزارة الصحة لمراكز الرعاية الصحية الأولية | نظام خاص بالمركز |
| | | |

هل يحتوي النظام المعتمد على صفحة للسجل الطبي للمريض "medical record": نعم ___ لا ___

2. يصار إلى تخزين المعلومات الموجودة على النظام بطريقة ال "Backup":

| | | | | |
|--------|--------|-----------------|-------|----------|
| كل يوم | كل شهر | مرّة في الأسبوع | غيره: | لا ينطبق |
| | | | | |

3. من هم الذين يجيدون إستخدام نظام المعلومات الممكنن في المركز؟

| | | | | | |
|-------|--------|-----------------|-------------------|---------|------|
| أطباء | ممرضات | قابلات قانونيات | مساعدون اجتماعيون | إداريون | غيره |
| | | | | | |

4. مستخدمو النظام خاضعون لدورات تدريبية؟

1. نعم 2. لا

5. هل يوجد دليل المستخدم لنظام المعلومات الممكنن؟

1. نعم 2. لا

6. هل من وجود لكلمة سرّ أو "password" لكل مستخدم لنظام المعلومات الممكنن الخاص بالمركز؟

1. نعم 2. لا

7. هل يتوفر التيار الكهربائي بانتظام في المركز؟

1. نعم 2. لا

8. هل أجهزة الكمبيوتر مزوّدة بنظام "UPS system" يسمح بالعمل في ظل إنقطاع التيار الكهربائي؟

1. نعم 2. لا

9. حدد السبب وراء المشاكل التي تواجهها أثناء استخدام نظام المعلومات الممكنن:

| | | | | |
|-------------------|-----------------------------------|--------------------------------|-----------|----------|
| بطء في عمل الجهاز | انقطاع في الكهرباء و عدم وجود UPS | عدم توفر تدريب كافي على النظام | غيره حدد: | لا ينطبق |
| | | | | |

10. كيف تتمّ تعبئة السجلات و ملفات المرضى؟

1. يدوياً و من ثمّ يصار إلى إدخالها لاحقاً إلى النظام
2. مباشرةً على جهاز الكمبيوتر

11. ضع "X" مقابل الخيار الأنسب:

| لا ينطبق | غير موافق | الى حد ما | موافق | |
|----------|-----------|-----------|-------|--|
| | | | | 1. نظام المعلومات الممكنن سهّل العمل على سجلات المرضى في المركز |
| | | | | 2. استعمال النظام الممكنن يعتبر غير معقد |
| | | | | 3. أعتد على النظام لتحضير التقارير و الإحصاءات الدورية لعمل المركز |
| | | | | 4. لقد حصلت على تدريب كافي على النظام |

12. أود أن يحتوي النظام على صفحة للسجل الطبي للمريض "medical record" لإدخال

معلومات تتعلّق بالتاريخ الطبي للمريض "medical history":

1. نعم
2. لا

13. في حال أصبح لديك صفحة للسجل الطبي للمريض "medical record" كيف ستتم

الإستفادة منه في عمل المركز:

| اصدار التقارير و الإحصاءات | متابعة الأطفال باللقاحات | متابعة المرضى | تحديد التاريخ الطبي للمريض (العلاج - الحساسية) | غيره حدد: |
|----------------------------|--------------------------|---------------|--|-----------|
| | | | | |

14. هل تود الحصول على تدريب للعاملين في المركز على نظام المعلومات الممكنن الخاص

بالرعاية الصحية الأولية المعتمد من قبل وزارة الصحة العامة؟

1. نعم
2. لا

التجهيزات في المركز :

| ملاحظات | سنة الاستلام | المصدر | يتم استعمالها 1- نعم 2- لا | الوضع الحالي 1- جيدة 2- وسط 3- سيئة | العدد | النوع |
|---------|--------------|--------|----------------------------------|--|-------|--------------------|
| | | | | | | عيادة اسنان |
| | | | | | | عيادة طب عام |
| | | | | | | عيادة اطفال |
| | | | | | | آلة لفحص الجنين |
| | | | | | | جهاز تصوير صوتي |
| | | | | | | طاولة فحص نسائي |
| | | | | | | جهاز تعقيم |
| | | | | | | براد خاص باللقاحات |
| | | | | | | مختبر |
| | | | | | | جهاز تخطيط قلب |
| | | | | | | آلة اشعة |
| | | | | | | جهاز كمبيوتر |
| | | | | | | تلفاز |
| | | | | | | فيديو |
| | | | | | | مولد كهرباء |
| | | | | | | غيره حدد |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

ما هي النشاطات والخدمات اللازمة للمجتمع المحلي والتي لا تتوفر حاليا" ضمن نشاطات المركز ؟

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

ملاحظات عامة:
