

لاگ بوک ثبت فعالیت های کارآموزان در گروه پزشکی اجتماعی

|  |
| --- |
| **نام کارآموز: .... شماره دانشجویی:**  **تاریخ کارآموزی:** ...../ ...../ ...... تا ...../ ...../ ...... مرکز:**رییس مرکز: پزشک مسئول آموزش:** **دستیار (در گروه پزشکی اجتماعی):** **استاد راهنما( در گروه پزشکی اجتماعی):** **ایمیل و شماره تماس کارآموز**: ..... |
| **ارزشیابی کننده :** ....................... تاریخ: ..../ ...../ .....نمره لاگ: ............. ذکر نقاط قوت و ضعف دانشجو: |

**(کارآموزان موظفند لاگ بوک را در آخرین روز کارآموزی به مسوول دوره کارآموزی گروه تحویل دهند)**

فهرست مندرجات

1. **اهداف دفترچه**
2. **راهنمای تکمیل دفترچه ثبت فعالیت ها**
3. **گزارش کنفرانس های دوره کار آموزي**
4. **گزارش آموزش در عرصه (مرکزبهداشت شهرستان)**
5. **گزارش آمورش درعرصه (مرکز خدمات جامع سلامت شهري )**
6. **گزارش آمورش درعرصه ( پایگاه سلامت)**
7. **گزارش آمورش درعرصه (خانه بهداشت)**
8. **گزارش آمورش درعرصه (بازدید بهداشت محیط )**
9. **گزارش آمورش درعرصه (بازدید بهداشت مدارس)**
10. **گزارش آمورش درعرصه (مرکز طب کار)**
11. **گزارش آمورش درعرصه (مرکز سنجش اختلال تکامل کودکان)**
12. **گزارش آمورش درعرصه (مرکز مشاوره رفتاری)**
13. **گزارش آمورش درعرصه (مرکز نگهداری سالمندان )**

\*از شماره 8 تا 13 برحسب بازدید های هر دوره فقط صفحات مربوط به بازدید انجام شده تکمیل گردد.

**اهداف دفترچه ثبت فعالیت ها**

دفترچه ثبت فعالیت­ها، شناسنامه کاری دانشجو و گروه محسوب گردیده و با اهداف زیر تهیه گردیده است:

1. کمک به کاراموزان در جهت ثبت دقیق و کامل تجربیات عملی که منجر به مستند سازی تجربیات، تعیین نقاط ضعف و قوت کارآموز و گروه و تلاش در جهت رفع اشکالات می گردد.
2. کمک به اساتید در ارزیابی روند تحصیلی و آموزشی کارآموز و فراهم نمودن تجارب و آموزش های تکمیلی مورد نیاز در مواردی که کارآموز نیاز بیشتری دارد.
3. کمک به سیستم مدیریت جهت ارزیابی برنامه آموزشی، تعیین نقاط قوت، ضعف، منابع مورد نیاز و انجام مداخلات ضروری

**راهنمای تکمیل دفترچه ثبت فعالیت ها**

* تكميل دفترچه از شروع دوره کارآموزی الزامي است.
* بهتر است در پايان هر فعاليت، زمان كوتاهي در همان محل انجام فعاليت به تكميل تخصيص داده شود تا اطلاعات مورد نياز به سهولت در دسترس باشد.

**عنوان کنفرانس های آموزشی كارآموزان**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **مــــــــوضوع** | **نام مدرس** | **حضور کارآموز** |
| **نظام ارائه خدمات کشور و سیستم ارجاع و اصلاحات اخیر در نظام ارائه خدمات کشور (PHC)** |  |  |
| **آشنایی با نظام اطلاعات سلامت الکترونیکی****آشنایی با سامانه سیب** |  |  |
| **برنامه مراقبتهای ادغام یافته کودک سالم** |  |  |
| **تغذیه نوزاد و شیرخوار** |  |  |
| **برنامه مراقبتهای ادغام یافته ناخوشیهای اطفال** |  |  |
| **برنامه کشوری ایمن سازی و واکسیناسیون** |  |  |
| **سلامت دانش آموزان و بهداشت مدارس** |  |  |
| **برنامه مراقبتهای ادغام یافته نوجوانان، جوانان، میانسالان و اصول خود مراقبتی این گروه ها** |  |  |
| **برنامه مراقبتهای ادغام یافته سالمندان و اصول خود مراقبتی این گروه** |  |  |
| **برنامه کشوری پیشگیری و کنترل بیماریهای مزمن غیر واگیر** |  |  |
| برنامه مراقبتهای ادغام یافته سلامت مادران باردار |  |  |
| اصول و کلیات سلامت روان |  |  |
| مراقبت بیماری های واگیرراهنمای جامع نظام مراقبت بیماری های واگیر مشمول گزارش دهی در ایران |  |  |
| جلب مشارکت های اجتماعی و همکاری های بین بخشی |  |  |

\*لازم است جدول حضور در کنفرانسهای آموزشی به تایید مدرسان برسد. انضای تایید کننده:..........

**الف .** مرکز بهداشت شهرستان

زمان:

مکان:

موارد مطرح شده:

خلاصه ای از برنامه های واحدهای مختلف در مرکز بهداشت شهرستان را بنویسید.

|  |  |
| --- | --- |
| **برنامه** |  اهداف، فعاليت ها |
| **تالاسمي** |  |
|  **هاري**  |  |
| **سل** |  |
|  **باروری سالم** |  |
| **زنجيره سرما** |  |
|  **داوطلبين سلامت** |  |
| **سایر**  |  |

\*لازم است این گزارش به تایید ناظر همراه برسد. امضای تایید کننده:...............

ب . مرکز **خدمات جامع سلامت** شهري:

زمان:

مکان:

 تکمیل جدول لاگ بوک تعداد مشاهدات و تعداد انجام خدمات کارآموزان نیز الزامی است.

کارآموز گرامی از نظر آموزشی به این بازدید چه امتیازی می دهید؟

اهمیت موضوع: خیلی مهم .... مهم.... متوسط.... غیرضروری....

نحوه آموزش: عالی.... خوب.... متوسط.... ضعیف....

تکلیف 1:جدول ثبت مهارت (مراقبت ها) که ترجیحا توسط کارآموز انجام شده است.

|  |  |
| --- | --- |
|  برنامه کشوري  |  **مديريت مراقبت** ( کار آموز براساس دستور العمل هاي کشوري نسبت به تکميل جدول ذيل اقدام نمايد) |
| **تاريخ مراقبت** | **شماره خانوار** | **سن مراجعه کننده** | **علت مراجعه** | **تو صيه و اقدامات**  | **ارزشيابي** |
| **مراقبت کودک سالم** |  |  |  |  |  |  |
| **مانا** |  |  |  |  |  |  |
| **مراقبت بيماريها** **( غیرواگیر)** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **مراقبت بيماريها** **( واگیر)** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **مراقبت مادر باردار و مامايي** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **مراقبت سالمند** |  |  |  |  |  |  |
| **سایر مراقبت ها** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

تکلیف 2: مشخصات مرکز **خدمات جامع سلامت** شهری و پایگاه سلامت

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| نام مرکز**خدمات جامع سلامت** شهری | نام پايگاه هاي سلامت تحت پوشش | جمعیت تحت پوشش | پرسنل مرکز (ذکر حرفه و تعداد اعضای تیم سلامت) |
|  |  |  |  |

تکلیف 3: وضعيت پوشش مراقبت ها ( مرکز **خدمات جامع سلامت** شهري)

|  |  |
| --- | --- |
| درصد پوشش واکسيناسيون ( واکسیناسیون 18 ماهگی به تفکیک) |  |
| درصد پوشش ماردان باردار |  |
| درصد باروری سالم |  |
| تعداد مادران مراقبت ويژه |  |
| تعداد کودکان مراقبت ويژه |  |

تکلیف 4: تکمیل جدول تعداد مشاهدات و تعداد انجام خدمات کارآموزان

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ردیف | نوع فعالیت | تعداد موارد مشاهده خدمت | تعداد موارد انجام خدمت  |
| 1 | مراقبت کودک سالم |  |  |
| 2 | رسم و تفسیر منحنی رشد |  |  |
| 3 | معاینه اولیه نوزاد |  |  |
| 4 | بررسی تکامل وفرم ASQ  |  |  |
| 5 | مراقبت کودک بیمار(مانا) |  |  |
| 6 | مراقبت نوجوان/ دانش آموز |  |  |
| 7 | مراقبت جوان |  |  |
| 8 | مراقبت میانسال مرد |  |  |
| 9 | مراقبت میانسال زن |  |  |
| 10 | تکمیل و بررسی فرم پارکیو |  |  |
| 11 | مراقبت سالمند |  |  |
| 12 | مراقبت مادر باردار/ پس از زایمان |  |  |
| 13 | مراقبتهای بیماران مبتلا به دیابت |  |  |
| 14 | مراقبتهای بیماران پرفشاری خون |  |  |
| 15 | مراقبتهای بیماران قلبی |  |  |
| 16 | غربالگری سرطان |  |  |
| 17 | واکسیناسیون  |  |  |
| 19 | سایر |  |  |

\*لازم است این گزارش به تایید رییس مرکز یا پزشک مسئول برسد. \*تعداد موارد مورد انتظار مشاهده هر خدمت حداقل 5 مورد و انجام هر خدمت حداقل 2 مورد میباشد. امضای تایید کننده:...............

**پ .** پایگاه سلامت

تکلیف 1: مشخصات پایگاه سلامت

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نام پایگاه  | جمعیت تحت پوشش | کمتر از 1سال | 1-8سال | 9-17سال | 18-24سال | 25-59سال | بالای 60 سال | زنان 10 تا 49 سال | درصد باروری برنامه ریزی شده |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

تکلیف 2: وضعيت پوشش مراقبت ها (پایگاه سلامت )

|  |  |
| --- | --- |
| درصد پوشش واکسيناسيون ( واکسیناسیون بدو ورود به مدرسه) |  |
| درصد پوشش ماردان باردار |  |
| درصد باروری سالم |  |
| تعداد مادران مراقبت ويژه |  |
| تعداد کودکان مراقبت ويژه |  |

\*لازم است این گزارش به تایید مسئول پایگاه برسد. امضای تایید کننده:...............

ت . خانه بهداشت:

زمان:

مکان:

موارد مطرح شده:

مهمترین نکات آموزشی:

کارآموز گرامی از نظر آموزشی به این بازدید چه امتیازی می دهید؟

اهمیت موضوع: خیلی مهم .... مهم.... متوسط.... غیرضروری....

نحوه آموزش: عالی.... خوب.... متوسط.... ضعیف....

تکلیف 1:جدول ثبت مهارت (مراقبت ها)

|  |  |
| --- | --- |
|  برنامه کشوري  |  **مديريت مراقبت** ( کار آموز براساس دستور العمل هاي کشوري نسبت به تکميل جدول ذيل اقدام نمايد) |
| **تاريخ مراقبت** | **شماره خانوار** | **سن مراجعه کننده** | **علت مراجعه** | **تو صيه و اقدامات**  |
| **مراقبت مادر باردار و مامايي** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **مراقبت کودک سالم** |  |  |  |  |  |
| **مانا** |  |  |  |  |  |
| **مراقبت بيماريها** **( غیرواگیر)** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **مراقبت بيماريها** **( واگیر)** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **سایر مراقبت ها** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

تکلیف 2: وضعيت پوشش مراقبت ها

|  |  |
| --- | --- |
| درصد پوشش واکسيناسيون ( واکسن های یکسالگی به تفکیک) |  |
| درصد پوشش ماردان باردار |  |
| درصد باروری سالم |  |
| تعداد مادران مراقبت مراقبت ويژه |  |
| تعداد کودکان مراقبت ويژه |  |

تکلیف 3: مشخصات خانه بهداشت

نام روستا: تعداد بهورزان: تعداد روستای قمر:

روستا تحت پوشش کدام مرکز **خدمات جامع سلامت** می­باشد؟

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| تعداد خانوار | جمعیت روستا | کمتر از 1سال | 1-5سال | 6-17سال | 18-29سال | 30-59سال | بالای 60 سال | زنان 10 تا 49 سال | درصد باروری برنامه ریزی شده |
| مرد  | زن | مرد  | زن | مرد  | زن | مرد  | زن | مرد  | زن | مرد  | زن | مرد  | زن | همسردار | بدون همسر  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\*لازم است این گزارش به تایید بهورز یا ناظر همراه کارآموزان برسد.

 امضای تایید کننده:................................

**ث .**  بازدید بهداشت محیط:

زمان:

مکان:

موارد مطرح شده:

مهمترین نکات آموزشی:

کارآموز گرامی از نظر آموزشی به این بازدید چه امتیازی می دهید؟

اهمیت موضوع: خیلی مهم .... مهم.... متوسط.... غیرضروری....

نحوه آموزش: عالی.... خوب.... متوسط.... ضعیف....

\*لازم است این گزارش به تایید رییس مرکز یا ناظر همراه برسد. امضای تایید کننده:...............

ج . بهداشت مدارس:

زمان:

مکان:

موارد مطرح شده:

مهمترین نکات آموزشی:

کارآموز گرامی از نظر آموزشی به این بازدید چه امتیازی می دهید؟

اهمیت موضوع: خیلی مهم .... مهم.... متوسط.... غیرضروری....

نحوه آموزش: عالی.... خوب.... متوسط.... ضعیف....

\*لازم است این گزارش به تایید رییس مرکز یا ناظر همراه برسد. امضای تایید کننده:...............

چ . طب کار :

زمان:

مکان:

موارد مطرح شده:

مهمترین نکات آموزشی:

کارآموز گرامی از نظر آموزشی به این بازدید چه امتیازی می دهید؟

اهمیت موضوع: خیلی مهم .... مهم.... متوسط.... غیرضروری....

نحوه آموزش: عالی.... خوب.... متوسط.... ضعیف....

\*لازم است این گزارش به تایید رییس مرکز یا ناظر همراه برسد. امضای تایید کننده:...............

ح . مرکز سنجش اختلال تکامل کودکان:

زمان:

مکان:

موارد مطرح شده:

مهمترین نکات آموزشی:

کارآموز گرامی از نظر آموزشی به این بازدید چه امتیازی می دهید؟

اهمیت موضوع: خیلی مهم .... مهم.... متوسط.... غیرضروری....

نحوه آموزش: عالی.... خوب.... متوسط.... ضعیف....

\*لازم است این گزارش به تایید رییس مرکز یا ناظر همراه برسد. امضای تایید کننده:...............

**خ .** مرکز مشاوره رفتاری:

زمان:

مکان:

موارد مطرح شده:

مهمترین نکات آموزشی:

کارآموز گرامی از نظر آموزشی به این بازدید چه امتیازی می دهید؟

اهمیت موضوع: خیلی مهم .... مهم.... متوسط.... غیرضروری....

نحوه آموزش: عالی.... خوب.... متوسط.... ضعیف....

\*لازم است این گزارش به تایید رییس مرکز یا ناظر همراه برسد. امضای تایید کننده:...............

**د .** مرکز نگهداری سالمندان **:**

زمان:

مکان:

موارد مطرح شده:

مهمترین نکات آموزشی:

کارآموز گرامی از نظر آموزشی به این بازدید چه امتیازی می دهید؟

اهمیت موضوع: خیلی مهم .... مهم.... متوسط.... غیرضروری....

نحوه آموزش: عالی.... خوب.... متوسط.... ضعیف....

\*لازم است این گزارش به تایید رییس مرکز یا ناظر همراه برسد. امضای تایید کننده:...............