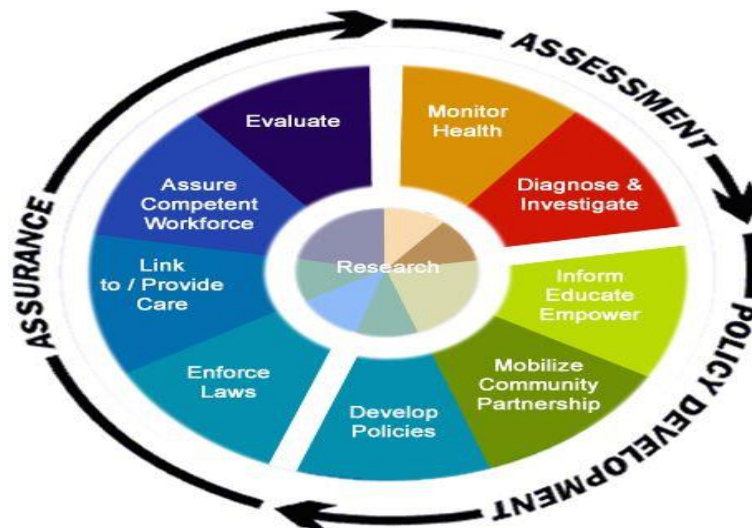




دانشکده پرستاری و مامایی

گروه پرستاری سلامت جامعه

فرم چک لیست کارآموزی در عرصه پرستاری سلامت جامعه



نام و نام خانوادگی:

شماره دانشجویی:

تاریخ شروع و اتمام دوره:

فرم چک لیست کارآموزی در عرصه پرستاری سلامت جامعه

• سطح: مشاهده =C، با کمک مربی =B، مستقل =A

الف) مرکز جامع سلامت – پایگاه سلامت				
نام و امضای استاد	تاریخ	*سطح	نام مهارت	
مربوطه				
			برنامه های ۱۵ گانه طرح تحول نظام سلامت را لیست نماید	
			Pen	واکسیناسیون
			DPT	
			OPV	
			IPV	
			dT	
			MMR	

			PPD	
			ارزیابی تغذیه ای	غربالگری
			BMI و	
			ارزیابی فعالیت بدنی	
			خطر سنجی سکته های قلبی	
			ومغزی	
			سرطان پستان/ سرویکس	
			(فقط دانشجویان دختر)	
			سرطان کولون	

			غربالگری فشار خون	
			غربالگری دیابت	
			غربالگری هایپوتیروییدی	
				پیشگیری از تالاسمی ماژور
				آموزش فردی و گروهی در خصوص مشکلات شایع
				DOTS

ب) بیمارستان				
			ارزشیابی آموزش های ارائه شده در بخش ها به بیماران و خانواده های آنها در زمان ترخیص	آموزش به بیمار بعد از ترخیص
			آموزش به بیماران و خانواده های آنها در زمان ترخیص (سکته قلبی ومغزی ، دیابت، فشارخون و ..)	
			آموزش در زمینه پیشگیری و کنترل عفونت های بیمارستانی	کنترل عفونت بیمارستان
			آموزش مراقبت از خود به بیماران مبتلا به دیابت و خانواده های آنان	آموزش به بیماران در کلینیک دیابت

سوالات ارزیابی الگوی تغذیه

سوالات	
	۱. مصرف میوه روزانه شما معمولاً چقدر است؟ ۱. بندرت / هرگز ۲. کمتر از ۲ واحد ۳. ۲ واحد یا بیشتر
	۲. مصرف سبزی روزانه شما معمولاً چقدر است؟ ۱. بندرت / هرگز ۲. کمتر از ۳ واحد ۳. ۳ واحد یا بیشتر
	۳. مصرف شیر و لبنیات روزانه شما معمولاً چقدر است؟ ۱. بندرت / هرگز ۲. کمتر از ۲ واحد ۳. ۳ واحد یا بیشتر
	۴. آیا سر سفره از نمکدان استفاده می کنید؟ ۱. همیشه ۲. گاهی ۳. بندرت / هرگز
	۵. به طور معمول چقدر فست فود / نوشابه های گازدار مصرف می کنید؟ ۱. ماهیانه ۲ بار یا بیشتر ۲. ماهیانه ۱ الی ۲ بار ۳. بندرت / هرگز
	۶. چه نوع روغنی معمولاً مصرف می کنید؟ ۱. فقط روغن نیمه جامد یا فقط جامد یا فقط حیوانی ۲. تلفیقی از انواع روغن های مایع، جامد و نیمه جامد ۳. فقط گیاهی (مایع) معمولی و مخصوص سرخ کردنی

نحوه محاسبه امتیاز:

گزینه اول = ۰ امتیاز گزینه دوم = ۱ امتیاز گزینه سوم = ۲ امتیاز بیشترین امتیاز = ۱۲ امتیاز

پرسشنامه ۴ سوالی فعالیت بدنی

سوالات	
....	۱. حداقل چند روز در هفته فعالیت بدنی با شدت متوسط دارید؟
.... دقیقه	۲. به طور میانگین چند دقیقه فعالیت بدنی با شدت متوسط در طول روز دارید؟
...	۳. حداقل چند روز در هفته فعالیت بدنی شدید دارید؟
.... دقیقه	۴. به طور میانگین چند دقیقه فعالیت بدنی شدید در طول روز دارید؟

غربالگری دیابت		
سن	سال	عوامل خطر
جنس	مذکر مونث	
فعالیت ناکافی	بلی خیر	
BMI - اضافه وزن و چاقی	 دارد ندارد	
فشار خون بالا (۱۴۰/۹۰)	بلی خیر	
کلسترول بالا	بلی خیر	
سابقه خانوادگی	بلی خیر	
سابقه دیابت حاملگی در خانم ها	بلی خیر	
پر نوشی	بلی خیر	
پر خوری	بلی خیر	
پر ادراری	بلی خیر	
آیا تاکنون آزمایش قند خون انجام دادید؟	بلی خیر	آموزش و توصیه ها

چک لیست فاکتورهای خطر ساز در بروز سکنه های قلبی و مغزی

عوامل خطر	سن	سال
	جنس	مذکر مونث
	فعالیت ناکافی	بلی خیر
	دور کمر مساوی یا بیش از ۹۰ سانتیمتر (در زنان و مردان)	 سانتیمتر بلی خیر
	BMI - اضافه وزن و چاقی	 دارد ندارد
	مصرف دخانیات	بلی خیر
	فشار خون بالا (۱۴۰/۹۰)	بلی خیر
	کلسترول بالا	بلی خیر
	ابتلاء به دیابت	بلی خیر
	سابقه خانوادگی	بلی خیر
	آموزش و توصیه ها	- - - - - - -

غربالگری سرطان پستان		
عوامل خطر	سن	سال
	شروع قاعدگی قبل از ۱۲ سالگی	بلی خیر
	زایمان نداشتن یا اولین حاملگی بعد از سن ۳۰ سالگی	بلی خیر
	یائسگی دیررس (بالای سن ۵۵ سالگی)	بلی خیر
	سابقه بیماری های خوش خیم پستان در فرد	بلی خیر
	سابقه سرطان پستان در یک پستان	بلی خیر
	سابقه خانوادگی سرطان پستان	بلی خیر
	سابقه خانوادگی سایر سرطان ها	بلی خیر
	مصرف دخانیات (اکتیو یا پاسیو)	بلی خیر
	کم تحرکی یا عدم فعالیت جسمانی منظم	بلی خیر
	BMI – اضافه وزن یا چاقی	 بلی خیر
علائم	خروج ترشح از نوک پستان توده پستان	بلی خیر
	درد پستان (دوره ای یا مداوم)	بلی خیر
	تغییر در شکل، اندازه یا بافت پستان	بلی خیر
	تغییرات پوستی :خارش مزمن، یا زخم مزمن نوک پستان و یا تغییرات یکطرفه	بلی خیر
معاینه	مشاهده	طبیعی غیر طبیعی
	لمس	طبیعی غیر طبیعی
آموزش و توصیه ها	—	
	—	
	—	
	—	
	—	
	—	
	—	

غربالگری سرطان دهانه رحم

عوامل خطر	سن	سال
	تعداد زایمانها	
علائم	خونریزی غیر طبیعی واژینال	بلی خیر
	ترشحات بد بوی واژینال	بلی خیر
	درد هنگام تماس جنسی	بلی خیر
	چندسال از ازدواج شما گذشته؟	...
تست پاپ اسمیر	آیا شما تست پاپ اسمیر یا HPV یا هر دو را انجام دادید؟	بلی خیر
	اگر شما تست پاپ اسمیر یا HPV یا هر دو را انجام داده اید از زمان انجام آن چند سال گذشته است؟	...
آموزش و توصیه ها	— — — — — — — —	

غربالگری سرطان روده بزرگ

عوامل خطر	سن	سال	
	جنس	مذکر	مونث
	فعالیت ناکافی	بلی	خیر
	BMI- اضافه وزن و چاقی		دارد ندارد
	مصرف الکل و دخانیات	بلی	خیر
	مصرف گوشت قرمز زیاد	بلی	خیر
	مصرف ناکافی میوه و سبزیجات	بلی	خیر
	سوابق خانوادگی سرطان در فامیل نزدیک	بلی	خیر
	سوابق خانوادگی سرطان در فامیل دور	بلی	خیر
	آیا خونریزی دستگاه گوارش تحتانی در طی یک ماه اخیر داشته اید؟	بلی	خیر
علائم	آیایبوست در طی یک ماه اخیر(با یا بدون اسهال در طی یک ماه اخیر، دردشکم و احساس پر بودن مقعد پس از اجابت مزاج)داشته اید؟	بلی	خیر
	آیا کاهش بیش ازده درصد وزن در طی شش ماه اخیر داشته اید؟	بلی	خیر
آموزش و توصیه ها	—		
	—		
	—		
	—		
	—		
	—		
	—		