



গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার
কমিউনিটি বেইজড হেলথ কেয়ার (সিবিএইচসি), স্বাস্থ্য অধিদপ্তর
কমিউনিটি ক্লিনিক পরিদর্শনে টেকনিক্যাল/মেন্টরশীপ চেকলিষ্ট



কমিউনিটি ক্লিনিক হতে প্রদত্ত সেবার গুণগত মান বৃদ্ধির লক্ষ্যে এই চেকলিষ্ট প্রণয়ন করা হয়েছে। উপজেলা, জেলা, বিভাগ ও জাতীয় পর্যায়ে সুপারভাইজারগণ (মেডিকেল অফিসার হতে তদুর্ধ্ব ক্রমক্রমে) (ক্ষেত্রে বিশেষে SACMO ও FWV) এই চেকলিষ্ট ব্যবহার করে কমিউনিটি ক্লিনিকে টেকনিক্যাল সুপারভিশন করবেন এবং দুর্বলতা চিহ্নিত করে প্রয়োজনীয় মেন্টরশীপ করবেন। চেকলিষ্টের প্রতিটি অংশ পূরণে নির্দেশনা প্রদান করা হয়েছে। পরিদর্শনকালীন সময়ে একজন সুপারভাইজার 'সিসি'তে আগত সেবাপ্রার্থীতাকে সেবাদানকারী কিভাবে ব্যবস্থাপনা করেন তা পর্যবেক্ষণ করবেন। সুপারভাইজার কমপক্ষে একজন সাধারণ রোগী, একজন মাতৃস্বাস্থ্য ও একটি শিশুস্বাস্থ্য কেস পর্যবেক্ষণ করবেন। রোগী না থাকলে সংশ্লিষ্ট রেজিস্টার পর্যালোচনা করবেন এবং এ বিষয়ে সেবাদানকারীর জ্ঞান যাচাই করবেন। কাজিত মান অর্জনে সুপারভাইজারগণ প্রয়োজনীয় মেন্টরশীপ করবেন। নিজের পরিচয় এবং পরিদর্শনের উদ্দেশ্য বর্ণনার মাধ্যমে টেকনিক্যাল সুপারভিশনে সেবাদানকারীর সহযোগিতা চান। পরিদর্শনকালে সেবাদান প্রক্রিয়া যেন ব্যাহত না হয় সেদিকে লক্ষ্য রাখুন। পরিদর্শনের সময় আমাদের মনে রাখতে হবে যে “Supervision is a helping process it is not an inspection”

পরিদর্শকের নামঃ-----পদবীঃ-----কর্মস্থলঃ-----মোবাইল নং-----

১। কমিউনিটি ক্লিনিক সংক্রান্ত তথ্যঃ ক্লিনিকের ই-মেইল আইডি লিখুনঃ

সিসি'র নামঃ-----ওয়ার্ডঃ-----ইউনিয়নঃ-----উপজেলাঃ-----জেলাঃ-----

ক্লিনিক ভবনের অবস্থাঃ ভালো মেরামত যোগ্য সীমানা প্রাচীরঃ আছে নাই বিদ্যুৎ/সোলারঃ আছে নাই প্রসব কক্ষঃ আছে নাই

২। সেবাদানকারীর তথ্যঃ

সিএইচসিপি'র নামঃ-----যোগদানের তারিখঃ-----মোবাইল নং-----

প্রশিক্ষণঃ মৌলিক রিফ্রেশার্স সিএসবিএ অন্যান্যঃ-----উপস্থিত অন্যান্য সেবাদানকারীঃ এইচএ এফডব্লিউএ অন্যান্য

৩। কমিউনিটি ক্লিনিকের সার্বিক পরিবেশঃ সিসি'র চারপাশ লক্ষ করুন, পরিচ্ছন্নতা, সাজসজ্জাসহ সেবাদানের পরিবেশ পর্যবেক্ষণ করুন (প্রয়োজ্য ক্ষেত্রে টিক দিন)

৩.১ ক্লিনিকে সেবাদানের পরিবেশ	৩.২ ডেকোরেশন ও ডিসপ্লে
ক্লিনিকে আসার রাস্তাঃ সহজগম্য <input type="checkbox"/> রাস্তা নেই <input type="checkbox"/>	দৃশ্যমান স্থানে ব্যানার, পোস্টার লাগানো আছে কিনা? আছে <input type="checkbox"/> নাই <input type="checkbox"/>
রোগীদের বসার ব্যবস্থাঃ আছে (যথেষ্ট) <input type="checkbox"/> যথেষ্ট নয় <input type="checkbox"/>	মাসিক অগ্রগতিসহ বিভিন্ন তথ্যের ডিসপ্লে বোর্ডঃ আছে <input type="checkbox"/> নাই <input type="checkbox"/>
খাবার পানির ব্যবস্থাঃ নলকূপ সচল <input type="checkbox"/> ফিল্টার/জগ <input type="checkbox"/> নাই <input type="checkbox"/>	রেফারেল সেন্টারসহ প্রয়োজনীয় মোবাইল নং লেখাঃ আছে <input type="checkbox"/> নাই <input type="checkbox"/>
টয়লেট ব্যবহার উপযোগী কিনা? আছে <input type="checkbox"/> নাই <input type="checkbox"/>	সংশ্লিষ্ট এলাকার সামাজিক মানচিত্র আছে কিনা? আছে <input type="checkbox"/> নাই <input type="checkbox"/>
পরিষ্কার পরিচ্ছন্নতার অবস্থাঃ সন্তোষজনক <input type="checkbox"/> মোটামুটি <input type="checkbox"/> অপরিষ্কার <input type="checkbox"/>	বার্ষিক কর্মপরিকল্পনা আছে কিনা? (সিজি/সিএসজি) আছে <input type="checkbox"/> নাই <input type="checkbox"/>
বর্জ্য ব্যবস্থাপনাঃ বিন আছে <input type="checkbox"/> প্লাস্টিক বুড়ি <input type="checkbox"/> নির্দিষ্ট স্থান <input type="checkbox"/>	বিশেষ সেবা করণ আছে কি? (মাতৃদুগ্ধ/অন্যান্য) আছে <input type="checkbox"/> নাই <input type="checkbox"/>
রোগী পরীক্ষা টেবিলঃ আছে <input type="checkbox"/> নাই <input type="checkbox"/> প্রসব টেবিলঃ আছে <input type="checkbox"/> নাই <input type="checkbox"/>	টিকাদান সিডিউল আছে কিনা? আছে <input type="checkbox"/> নাই <input type="checkbox"/>
সিসি'র সেবাদানের পরিবেশ সম্পর্কে আপনার মতামত দিনঃ উত্তম <input type="checkbox"/> সন্তোষজনক <input type="checkbox"/> চলতিমান <input type="checkbox"/> উন্নতি প্রয়োজন <input type="checkbox"/>	

৪। রেজিস্টার, ম্যানুয়াল, যন্ত্রপাতি ও উপকরণঃ পর্যবেক্ষণ করুন, সিএইচসিপিকে জিজ্ঞাসা করুন, প্রয়োজনে যাচাই করে দেখুন (প্রয়োজ্য ক্ষেত্রে টিক দিন)

৪.১ রেজিস্টার ও ফরমেট	৪.২ ম্যানুয়াল ও স্বাস্থ্য শিক্ষা উপকরণ	৪.৩ যন্ত্রপাতি ও পরীক্ষা উপকরণ
হালনাগাদ আছে / নাই	রেফারেল হিসেবে সংরক্ষিত আছে / নাই	সচল / অচল
১. হাজিরা খাতা <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	১. প্রশিক্ষণ সহায়িকা-১ম অংশ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	১. বিপি মেশিন <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
২. সাধারণ রোগী রেজিস্টার <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	২. মানব শরীর - ২য় অংশ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	২. স্ট্রেথোসকোপ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
৩. মাতৃস্বাস্থ্য ও পঃ পঃ সেবা রেজিঃ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	৩. হাতে-কলমে প্রশিক্ষণ সহায়িকা <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	৩. থার্মোমিটার <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
৪. নবজাতক ও শিশুস্বাস্থ্য সেবা রেজিঃ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	৪. এ্যালগোরিদম <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	৪. ওজন মাপার যন্ত্র <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
৫. এএনসি-পিএনসি (মাতৃস্বাস্থ্য কার্ড) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	৫. ঔষধের ব্যবহার নির্দেশিকা- পকেট বুক <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	৫. উচ্চতা মাপার যন্ত্র <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
৬. ঔষধ ও স্টেশনারী দ্রব্য মজুদ রেজিঃ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	৬. সোনালী আলো <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	৬. মুয়াক টেপ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
৭. আসবাবপত্র ও যন্ত্রপাতি মজুদ রেজিস্টার <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	৭. অটিজম নির্দেশিকা <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	৭. গ্লুকোমিটার <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
৮. সিজি ও সিএসজি নোটিশ বহি <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	৮. ই-লানিং সিডিং <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	৮. ইউরোস্টিকস্ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
৯. সিজি ও সিএসজি সভার রেজুলেশন বহি <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	৯. আইএমসিআই জবএইড <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	৯. ল্যাপটপ ও মডেম <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
১০. পরিদর্শন বহি <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	১০. কম্পিউটার প্রশিক্ষণ সহায়িকা <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	১০. হেমেস্ট্রিপ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
হালনাগাদ বিষয়ে আপনার পর্যবেক্ষণঃ	আপনার মতামত দিনঃ	ব্যবহারে দক্ষতা যাচাই করুন, মতামত দিনঃ
উত্তম <input type="checkbox"/> সন্তোষজনক <input type="checkbox"/> চলতিমান <input type="checkbox"/> উন্নতি প্রয়োজন <input type="checkbox"/>	উত্তম <input type="checkbox"/> সন্তোষজনক <input type="checkbox"/> চলতিমান <input type="checkbox"/> উন্নতি প্রয়োজন <input type="checkbox"/>	উত্তম <input type="checkbox"/> সন্তোষজনক <input type="checkbox"/> চলতিমান <input type="checkbox"/> উন্নতি প্রয়োজন <input type="checkbox"/>

৫। সেবাহীতার ইতিহাস গ্রহণঃ পরিদর্শনকালে আগত একজন সেবাহীতার সাথে সিএইচসিপির কথোপকথন (মিথক্রিয়া) লক্ষ্য করুন (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে টিক দিন)

সেবাদান প্রক্রিয়া যথাযথভাবে সম্পন্ন করছেন কিনা পর্যবেক্ষণ/প্রত্যক্ষ করুন	মান সম্পর্কে মতামত দিন	মান কাজিত না হলে মেন্টরশীপ
সভাঘন <input type="checkbox"/> কুশলাদি বিনিময় <input type="checkbox"/> ধৈর্য সহকারে শোনা <input type="checkbox"/> আন্তরিকতা ও গোপনীয়তা <input type="checkbox"/> প্রয়োজনীয় শারীরিক পরীক্ষা <input type="checkbox"/> সেবাদানের তথ্য সংরক্ষণ <input type="checkbox"/> প্রয়োজনীয় সেবা ও পরামর্শ <input type="checkbox"/>	উত্তম <input type="checkbox"/> সন্তোষজনক <input type="checkbox"/> চলতিমান <input type="checkbox"/> উন্নতি প্রয়োজন <input type="checkbox"/>	আন্তঃ ব্যক্তিক যোগাযোগ, নাড়ী ও শ্বাসের গতি, শরীরের তাপমাত্রা, রক্তচাপ, উচ্চতা ও ওজন নেওয়া, ইডিমা ও রক্তস্বল্পতা নির্ণয়

৬। স্বাস্থ্য শিক্ষা ও কাউন্সেলিংঃ আগত একজন রোগীকে সমস্যা বিষয়ে স্বাস্থ্য শিক্ষা/কাউন্সেলিং এবং প্রয়োজনীয় পরামর্শ প্রদান করেছেন কিনা লক্ষ্য করুন
স্বাস্থ্য শিক্ষার বিষয় (টিক দিন)ঃ পরিচ্ছন্নতার ধারণা (হাত ধোয়া) পুষ্টি মাতৃস্বাস্থ্য শিশুস্বাস্থ্য এনসিডি সিডি পঃ পঃ অন্যান্য

প্রশ্ন/পর্যবেক্ষণ করুন (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে টিক দিন)	মান সম্পর্কে মতামত দিন	মান কাজিত না হলে মেন্টরশীপ
ভাবার ব্যবহার ও উপস্থাপন ভঙ্গিঃ সহজ ও আঞ্চলিক কিনা? হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> স্বাস্থ্য শিক্ষা উপকরণের ব্যবহারঃ করে <input type="checkbox"/> করেনা <input type="checkbox"/> জানে <input type="checkbox"/> জানেনা <input type="checkbox"/> স্বাস্থ্য শিক্ষা প্রদানের তথ্য (রেজিস্টারে) সংরক্ষণ করা হয় কিনা? হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> কাউন্সেলিং দক্ষতা ও বিষয়ভিত্তিক জ্ঞান যাচাই করুন(১/২ টি প্রশ্ন করুন)	উত্তম <input type="checkbox"/> সন্তোষজনক <input type="checkbox"/> চলতিমান <input type="checkbox"/> উন্নতি প্রয়োজন <input type="checkbox"/>	উপকরণ ব্যবহারের পদ্ধতি দেখিয়ে দেয়া উপকরণ ব্যবহারের বিষয় নির্বাচন ও উপযোগিতা সম্পর্কে বলা

৭। ঔষধের ব্যবহারঃ একজন সেবাহীতার ইতিহাস গ্রহণ, প্রয়োজনীয় শারীরিক পরীক্ষা এবং পরামর্শ প্রদানের পর সিএইচসিপি'র (প্রদত্ত) ঔষধের যৌক্তিক ব্যবহার বিষয়ে জ্ঞান যাচাই করুন (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে টিক দিন)

সমস্যা নির্ণয়ের সাথে ঔষধ প্রদান যৌক্তিক হয়েছে কিনা যাচাই করুন (১ টি কেস)	মান সম্পর্কে মতামত দিন	মান কাজিত না হলে মেন্টরশীপ করুন
সেবাহীতাকে প্রদত্ত ঔষধ ১)-----২) ----- এর সঠিক ব্যবহার মাত্রা <input type="checkbox"/> ডোজ <input type="checkbox"/> পার্শ্বপ্রতিক্রিয়া <input type="checkbox"/> সম্পর্কে সিএইচসিপি বলতে পারে কিনা? কয়দিনের ঔষধ দেওয়া হয়েছে----- ঔষধ ব্যবহার বিষয়ে সেবাহীতাকে জানানো হয়েছে কিনা? হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/>	উত্তম <input type="checkbox"/> সন্তোষজনক <input type="checkbox"/> চলতিমান <input type="checkbox"/> উন্নতি প্রয়োজন <input type="checkbox"/>	ঔষধের ব্যবহার বিশেষ করে এন্টিবায়োটিকস্ এর ব্যবহার বিষয়ে পরামর্শ দিন

৮। মাতৃস্বাস্থ্য, পরিবার পরিকল্পনা ও পুষ্টি সেবা : প্রযোজ্য ক্ষেত্রে ১ টি কেস পর্যবেক্ষণ এবং সংশ্লিষ্ট রেজিস্টারের কলামের তথ্য পূরণ করা আছে কিনা যাচাই করুন (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে টিক দিন)

৮.১ এএনসি কেস পর্যবেক্ষণ, রেজিঃ পর্যালোচনা এবং জ্ঞান যাচাই করুন	মান সম্পর্কে মতামত দিন	মেন্টরশীপ
১. গর্ভবতীর ইতিহাস গ্রহণ করেছে কিনা? হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> বয়স <input type="checkbox"/> শেষ মাসিক শুরুর তারিখ <input type="checkbox"/> মোট গর্ভ সংখ্যা <input type="checkbox"/> মোট জীবিত সন্তানের সংখ্যা <input type="checkbox"/> টিটি টিকার ডোজ <input type="checkbox"/> অন্যান্য----- ২. গর্ভবতীর প্রয়োজনীয় শারীরিক পরীক্ষা করেছেন কিনা? হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> উচ্চতা <input type="checkbox"/> ওজন <input type="checkbox"/> রক্তচাপ <input type="checkbox"/> এনিমিয়া <input type="checkbox"/> ইডিমা <input type="checkbox"/> প্রস্রাব পরীক্ষা <input type="checkbox"/> ৩. কোন বুকিপূর্ণ মা সনাক্ত ও রেফার করা হয়েছে কিনা? হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> ৪. গর্ভবতীকে কোন ঔষধ/আইএফএ দেওয়া হয়েছে কিনা? হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> ৫. সংশ্লিষ্ট রেজিস্টারে উক্ত সেবাদানের তথ্য সংরক্ষণ করা হয়েছে কিনা? হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> ৬. সেবাহীতাকে কোন স্বাস্থ্য শিক্ষা ও কাউন্সেলিং করা হয়েছে কিনা? (অন্তত একটি ইস্যু) গর্ভকালীন যত্ন <input type="checkbox"/> গর্ভাবস্থায় বিপদ চিহ্ন <input type="checkbox"/> প্রসব পরিকল্পনা <input type="checkbox"/> গর্ভাবস্থায় পুষ্টি <input type="checkbox"/> আইএফএ গ্রহণ <input type="checkbox"/> টিটি ও অন্যান্য টিকা <input type="checkbox"/> রেফারলে করণীয় <input type="checkbox"/> অন্যান্য-----	এএনসি'র ক্ষেত্রে সাধারণ ক্রেটিসমূহ লক্ষ্য করুন প্রতিটি ক্ষেত্রে সঠিক থাকলে সর্বোচ্চ মান দিন, যেমন: ২ নং অংশে ৬ টি পরীক্ষা করে থাকলে সর্বোচ্চ মান।----- উত্তম <input type="checkbox"/> সন্তোষজনক <input type="checkbox"/> চলতিমান <input type="checkbox"/> উন্নতি প্রয়োজন <input type="checkbox"/>	

৮.২ পিএনসি কেস পর্যবেক্ষণ, রেজিঃ ও কার্ড পর্যালোচনা এবং জ্ঞান যাচাই করুন	মান সম্পর্কে মতামত দিন	মেন্টরশীপ
১. প্রসূতি মা এর ক্ষেত্রে প্রয়োজনীয় শারীরিক পরীক্ষা করা হয়েছে কিনা? হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> তাপমাত্রা <input type="checkbox"/> রক্তচাপ <input type="checkbox"/> রক্তচাপ <input type="checkbox"/> খিচুনি <input type="checkbox"/> প্রদাহ/ব্যথা <input type="checkbox"/> প্রস্রাবে জ্বালা <input type="checkbox"/> ২. নবজাতক এর ক্ষেত্রে প্রয়োজনীয় শারীরিক পরীক্ষা করা হয়েছে কিনা? হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> ওজন <input type="checkbox"/> সায়ানোসিস <input type="checkbox"/> জন্মগত ক্রেটি সনাক্তকরণ <input type="checkbox"/> বুকের দুধ খাওয়া <input type="checkbox"/> ৩. প্রসূতি মাকে কোন ঔষধ দেওয়া হয়েছে কিনা? হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> ৪. কোন প্রসবোত্তর জটিলতা চিহ্নিত ও রেফার করা হয়েছে কিনা? হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> ৫. সংশ্লিষ্ট রেজিস্টারে উক্ত সেবাদানের তথ্য সংরক্ষণ করা হয়েছে কিনা? হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> (পর্যবেক্ষণের সাথে সাথে পিএন সি কার্ড / সংশ্লিষ্ট রেজিস্টার রিভিউ করুন) ৬. প্রসূতি মাকে কোন স্বাস্থ্য শিক্ষা ও কাউন্সেলিং করা হয়েছে কিনা? (অন্তত একটি ইস্যু) প্রসূতি মায়ের বিপদ চিহ্ন <input type="checkbox"/> নবজাতকের বিপদ চিহ্ন <input type="checkbox"/> শুধুমাত্র মায়ের দুধ খাওয়ানো <input type="checkbox"/> ভিটামিন এ <input type="checkbox"/> শিশুর টিকা <input type="checkbox"/> প্রসূতি মায়ের পুষ্টি <input type="checkbox"/> রেফারলে করণীয় <input type="checkbox"/> ৭. সেবাহীতাকে পরিবার পরিকল্পনা বিষয়ে কোন সেবা/পরামর্শ দেওয়া হয়েছে কিনা? কাউন্সেলিং ও পরামর্শ <input type="checkbox"/> কনডম <input type="checkbox"/> খাবার বড়ি <input type="checkbox"/> ইনজেক্টবল <input type="checkbox"/> রেফারলে <input type="checkbox"/>	পিএনসি'র ক্ষেত্রে সাধারণ ক্রেটিসমূহ লক্ষ্য করুন প্রতিটি ক্ষেত্রে সঠিক থাকলে সর্বোচ্চ মান দিন। উত্তম <input type="checkbox"/> সন্তোষজনক <input type="checkbox"/> চলতিমান <input type="checkbox"/> উন্নতি প্রয়োজন <input type="checkbox"/>	

৯। নবজাতক ও শিশু স্বাস্থ্য সেবাঃ ১ টি কেস পর্যবেক্ষণ এবং সংশ্লিষ্ট রেজিস্টারে কলামের তথ্য পূরণ করা আছে কিনা যাচাই করুন (প্রয়োজ্য ক্ষেত্রে টিক দিন)

কেস পর্যবেক্ষণ, রেজিস্টার পর্যালোচনা এবং কাউন্সেলিং এর জ্ঞান যাচাই করুন	মান সম্পর্কে মতামত দিন	মেন্টরশীপ
<p>১. শিশুর সমস্যার ইতিহাস গ্রহণ ও প্রয়োজনীয় শারীরিক পরীক্ষা করা হয়েছে কিনা? হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/></p> <p>লিঙ্গ <input type="checkbox"/> বয়স <input type="checkbox"/> ওজন <input type="checkbox"/> উচ্চতা <input type="checkbox"/> চামরার রং <input type="checkbox"/> তাপমাত্রা <input type="checkbox"/> শ্বাসের গতি <input type="checkbox"/> সংক্রমন-----</p> <p>২. ইতিহাস গ্রহণ ও প্রয়োজনীয় শারীরিক পরীক্ষা শেষে সমস্যা চিহ্নিত করা হয়েছে কিনা? হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/></p> <p>খুব মারাত্মক রোগ <input type="checkbox"/> নিউমোনিয়া <input type="checkbox"/> সর্দি-কাশি <input type="checkbox"/> ডায়রিয়া-আমাশয় <input type="checkbox"/> জ্বর <input type="checkbox"/> ম্যালেরিয়া <input type="checkbox"/></p> <p>কানের সমস্যা <input type="checkbox"/> হাম <input type="checkbox"/> নাভিতে সংক্রমন <input type="checkbox"/> চোখ ওঠা <input type="checkbox"/> আঘাত <input type="checkbox"/> অন্যান্য-----</p> <p>৩. শিশুকে কোন ঔষধ দেওয়া হয়েছে কিনা? হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> দিলে তা যথার্থ হয়েছে কিনা? হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/></p> <p>৪. শিশুর গ্লোথ মনিটরিং করা হয়েছে কিনা? হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> ৪.১ মুয়াক <input type="checkbox"/> অপুষ্টির ধরন পরিমাপ <input type="checkbox"/></p> <p>৫. কোন মারাত্মক রোগ/তীব্র অপুষ্টিতে আক্রান্ত কোন শিশুকে রেফার করা হয়েছে কিনা? হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/></p> <p>৬. সংশ্লিষ্ট রেজিস্টারে উক্ত সেবাদানের তথ্য সংরক্ষণ করা হয়েছে কিনা? হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/></p> <p>৭. শিশুর অভিভাবককে কোন স্বাস্থ্য শিক্ষা ও কাউন্সেলিং করা হয়েছে কিনা? (অন্তত একটি ইস্যু)</p> <p>শিশুদের বিপদ চিহ্ন <input type="checkbox"/> শুধুমাত্র মায়ের দুধ খাওয়ানো <input type="checkbox"/> শিশুর টিকা ও পার্শ্বপ্রতিক্রিয়া <input type="checkbox"/></p> <p>শিশুর সম্পূর্ণক ও পরিপূর্ণক খাবার <input type="checkbox"/> শিশু বিকাশ পর্যবেক্ষণ <input type="checkbox"/> রেফারালে করণীয় <input type="checkbox"/></p>	<p>উত্তম <input type="checkbox"/></p> <p>সন্তোষজনক <input type="checkbox"/></p> <p>চলতিমান <input type="checkbox"/></p> <p>উন্নতি প্রয়োজন <input type="checkbox"/></p>	<p>ইতিহাস গ্রহণ</p> <p>শুধুমাত্র মায়ের দুধ</p> <p>আইওয়াইসিএফ</p> <p>ইপিআই</p>

১০. অসংক্রামক রোগ সনাক্তকরণঃ সাধারণ রোগী রেজিস্টার ও রেফারেল স্লিপ পর্যালোচনা করুন

কেস পর্যবেক্ষণ, রেজিঃ পর্যালোচনা এবং কাউন্সেলিং এর জ্ঞান যাচাই করুন	মান সম্পর্কে মতামত দিন	মেন্টরশীপ
<p>ডায়াবেটিস এর ক্ষেত্রেঃ</p> <p>ইতিহাস গ্রহণ <input type="checkbox"/> লক্ষণ চিহ্নিতকরণ <input type="checkbox"/> গ্লুকোজ টেস্ট <input type="checkbox"/> পারিবারিক ইতিহাস <input type="checkbox"/></p> <p>উচ্চ রক্তচাপের ক্ষেত্রেঃ</p> <p>ইতিহাস গ্রহণ <input type="checkbox"/> লক্ষণ চিহ্নিতকরণ <input type="checkbox"/> প্রেসার পরিমাপ <input type="checkbox"/> পারিবারিক ইতিহাস <input type="checkbox"/></p> <p>উভয়ক্ষেত্রে সন্দেহজনক রোগীকে রেফার করা হয়েছে কিনা? হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/></p> <p>রেজিস্টার ও রেফারেল স্লিপে সঠিকভাবে তথ্য সংরক্ষণ করা হয়েছে কিনা? হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/></p> <p>রোগীকে প্রয়োজনীয় স্বাস্থ্য শিক্ষা ও কাউন্সেলিং করা হয়েছে কিনা? হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/></p>	<p>উত্তম <input type="checkbox"/></p> <p>সন্তোষজনক <input type="checkbox"/></p> <p>চলতিমান <input type="checkbox"/></p> <p>উন্নতি প্রয়োজন <input type="checkbox"/></p>	<p>নিয়ন্ত্রিত জীবন যাপন</p> <p>হাঁটাচলা ও ব্যায়াম</p> <p>গ্লুকোমিটার ব্যবহার</p> <p>সঠিকভাবে প্রেসার মাপা</p> <p>রেফারেল</p>

১১. রেফারেল সেবাঃ সিসিতে রেফারেল লক্ষমাত্রা হচ্ছে মোট রোগীর কমপক্ষে ৩ শতাংশ, রেফারেল ইস্যু : অসংক্রামক রোগ (ডায়াবেটিস, উচ্চরক্তচাপ)

গর্ভকালীন, প্রসবকালীন ও প্রসবোত্তর জটিলতা শিশুর গুরুতর অসুস্থতা পরিবার পরিকল্পনা সেবা মারাত্মক পুষ্টি সমস্যা অন্যান্য-----

কেস পর্যবেক্ষণ, স্লিপ পর্যালোচনা এবং কাউন্সেলিং এর জ্ঞান যাচাই করুন	মান সম্পর্কে মতামত দিন	মান কাঙ্ক্ষিত না হলে মেন্টরশীপ
<p>সিসি হতে রোগী রেফার করা হলে যেকোন একটি কেস পর্যবেক্ষণ করুনঃ</p> <p>রোগীর ইতিহাস গ্রহণ করা হয়েছিল কিনা? হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/></p> <p>রোগ চিহ্নিত করেছে কিনা? হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/></p> <p>রেফারের ধাপসমূহ অনুসরণ করা হয়েছে কিনা? হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/></p> <p>রেজিস্টারে লিপিবদ্ধ করা হয়েছে কিনা? হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/></p> <p>রোগীর অভিভাবকদের অবহিত করা হয়েছে কিনা? হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/></p> <p>সংশ্লিষ্ট কেন্দ্রে জানানো হয়েছে কিনা? হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/></p>	<p>উত্তম <input type="checkbox"/></p> <p>সন্তোষজনক <input type="checkbox"/></p> <p>চলতিমান <input type="checkbox"/></p> <p>উন্নতি প্রয়োজন <input type="checkbox"/></p>	<p>শারীরিক পরীক্ষা <input type="checkbox"/></p> <p>প্রয়োজনীয়তা <input type="checkbox"/></p> <p>কাউন্সেলিং ও পরামর্শ <input type="checkbox"/></p> <p>নেটওয়ার্কিং <input type="checkbox"/></p> <p>ফলোআপ <input type="checkbox"/></p>

১২. মনিটরিং ও সুপারভিশনঃ পূর্ববর্তী পরিদর্শকের তথ্য ও তার ফিডব্যাক সম্পর্কে জানতে পরিদর্শন বহি পর্যবেক্ষণ করুন

পর্যবেক্ষণ ও সিএইচসিপিকে প্রশ্ন করুন	মান সম্পর্কে মতামত দিন	মান কাঙ্ক্ষিত না হলে মেন্টরশীপ
<p>ফিডব্যাক সমূহের বাস্তবায়নের বর্তমান হার কি?</p> <p>শেষ পরিদর্শনের তথ্যঃ কোন পর্যায়ের পরিদর্শক-----</p> <p>শেষ পরিদর্শকের ফিডব্যাক বাস্তবায়নের বর্তমান অবস্থা কি?</p> <p>ফলোআপ করুন</p>	<p>উত্তম <input type="checkbox"/></p> <p>সন্তোষজনক <input type="checkbox"/></p> <p>চলতিমান <input type="checkbox"/></p> <p>উন্নতি প্রয়োজন <input type="checkbox"/></p>	<p>প্রয়োজ্য ক্ষেত্রে পরিদর্শনের ফিডব্যাক</p> <p>সমূহ যথাযথভাবে বাস্তবায়নের</p> <p>দিকনির্দেশনা দিন</p>

১৩. সিসি এমআইএস সংক্রান্ত তথ্যঃ

পর্যবেক্ষণ ও সিএইচসিপিকে প্রশ্ন করুন	মান সম্পর্কে মতামত দিন	মান কাঙ্ক্ষিত না হলে মেন্টরশীপ
<p>অনলাইনে বিগত মাসের তথ্য প্রদান করা হয়েছে কিনা পর্যবেক্ষণ করুন</p> <p>ড্যাশবোর্ড প্রদর্শন করতে পারে কিনা (পর্যবেক্ষণ করুন)</p>	<p>উত্তম <input type="checkbox"/></p> <p>সন্তোষজনক <input type="checkbox"/></p> <p>চলতিমান <input type="checkbox"/></p> <p>উন্নতি প্রয়োজন <input type="checkbox"/></p>	<p>অনলাইন তথ্যের গুণগত মান উন্নয়নের</p> <p>জন্য তাকে নির্দেশনা প্রদান করুন।</p> <p>এইচআরএমর তথ্য অনলাইনে</p> <p>যথাযথভাবে পূরণের নির্দেশনা দিন।</p>

১৪. পরিদর্শনকালে সিসিতে সেবাদান সংক্রান্ত যে সমস্যাগুলো লক্ষ্য করেছেন তা লিপিবদ্ধ করুনঃ

চিহ্নিত প্রধান সমস্যাসমূহঃ

১৫. চিহ্নিত সমস্যা সমাধানের উপায়সমূহঃ

ক্রমিক	সমস্যা	সমাধানের উপায়	দায়িত্ব	সময়

১৬. পরিদর্শনকারীর সার্বিক মতামতঃ

কর্মরত সেবাদানকারীর স্বাক্ষর
(সিএইচসিপি/স্বাস্থ্য সহকারী/পরিবার কল্যাণ সহকারী)

পরিদর্শনকারীর স্বাক্ষর (সিলমোহর সহ)