

خدمات سلامت سطح اول

برنامه کشوری پیشگیری و کنترل بیماریهای

غیر واگیر

ویژه استفاده در شهر، حاشیه شهر و مناطق روستایی

مهر ۱۳۹۴

پیوست ۱۸: شرح وظایف کارکنان در مراقبت بیماریهای غیرواگیر

مراقبت عوامل خطر و بیماریهای غیر واگیر بر اساس دستورالعملها و راهنماهای تدوین شده به شرح زیر در افرادی که در مراقبت‌های جاری دارای مشکل تشخیص داده شده‌اند انجام می‌شود. اهم وظایف افراد در این خصوص به شرح زیر است.

پیشگیری و کنترل دیابت

شرح وظایف بهروز در پیشگیری و کنترل بیماری دیابت

۱. شناسایی بیماران دیابتی قدیمی
۲. شناسایی افراد دارای حداقل یک عامل خطر در میان زنان باردار کم تر از ۳۰ سال
۳. ارزیابی دوره ای کلیه مراجعه کنندگان بر اساس بوکتهای سلامت میانسالان و سالمندان
۴. ارجاع افراد در معرض خطر به پزشک به منظور تشخیص بیماری
۵. پیگیری و مراقبت زنان باردار دیابتی
۶. پیگیری و مراقبت بیماران دیابتی و افراد پره دیابتی
۷. ثبت اطلاعات مراقبت های انجام شده در فرمهای مربوطه
۸. ارجاع بیماران به سطوح بالاتر بر اساس دستورالعمل کشوری برنامه
۹. آموزش
 - همگانی
 - بیماران دیابتی و خانواده هایشان
 - زنان مبتلا به دیابت بارداری
 - افراد پره دیابتی
۱۰. ثبت و گزارش اطلاعات به مرکز بهداشتی درمانی

شرح وظایف کارشناس مراقب سلامت خانواده در پیشگیری و کنترل بیماری دیابت

۱. همکاری در اطلاع‌رسانی همگانی
۲. ارزیابی دوره ای کلیه مراجعه کنندگان با سن ۳۰ سال و بیش تر در قالب مراقبتهای ادغام یافته بر اساس دستورالعمل کشوری برنامه
۳. ارزیابی دوره ای زنان باردار بر اساس دستورالعمل کشوری برنامه در قالب مراقبتهای ادغام یافته سلامت مادران
۴. شناسایی بیماران دیابتی قدیمی
۵. شناسایی مراجعه کنندگان با سن ۳۰ سال و بیش تر دارای حداقل یک عامل خطر در قالب مراقبتهای ادغام یافته بر اساس دستورالعمل کشوری برنامه
۶. شناسایی افراد دارای حداقل یک عامل خطر در میان زنان باردار در قالب مراقبتهای ادغام یافته سلامت مادران

۷. ارجاع افراد در معرض خطر به پزشک به منظور تشخیص بیماری
۸. پیگیری و مراقبت زنان باردار دیابتی
۹. پیگیری و مراقبت بیماران دیابتی و افراد پره دیابتی
۱۰. ثبت اطلاعات در نرم افزار و فرمهای مربوطه
۱۱. ارجاع بیماران به سطوح بالاتر بر اساس دستورالعمل کشوری برنامه
۱۲. آموزش

- همگانی
 - بیماران دیابتی و خانواده هایشان
 - زنان مبتلا به دیابت بارداری
 - افراد پره دیابتی
۱۳. ثبت و گزارش اطلاعات به سطح بالاتر

شرح وظایف پزشک در پیشگیری و کنترل بیماری دیابت

۱. تشخیص بیماران و افراد در معرض خطر بر اساس آزمایشات در ارزیابی دوره ای
۲. تعیین و شروع درمان مناسب برای بیماران شناسایی شده
۳. ویزیت مستمر و درمان بیماران قدیمی و تازه شناسایی شده بر اساس دستورالعمل کشوری
۴. ارجاع بیماران به سطوح بالاتر بر اساس دستورالعمل کشوری
۵. برنامه ریزی و برگزاری دوره های آموزشی و بازآموزی برای ارایه دهندگان خدمت در مرکز
۶. آموزش
 - بیماران دیابتی و خانواده هایشان
 - آموزش افراد پره دیابتی
 - آموزش عموم مردم
۷. نظارت بر فعالیت سایر ارایه دهندگان خدمت در مرکز
۸. جمع آوری و تحلیل اطلاعات مراقبت اپیدمیولوژیک و گزارش خدمات ارائه شده
۹. ارایه پس خوراند

پیشگیری و کنترل فشارخون بالا

شرح وظایف کارشناس مراقب سلامت خانواده/ بهورز

ارزیابی دوره ای جمعیت تحت پوشش

۱. ارزیابی جمعیت تحت پوشش ۳۰ سال و بالاتر طبق دستورالعمل برنامه فشارخون بالا در قالب مراقبت های ادغام یافته سلامت میانسالان (گروه سنی ۳۰ تا ۵۹ سال) و سلامت سالمندان (گروه سنی ۶۰ سال و بالاتر) بر اساس دستورالعمل برنامه
۲. تکمیل موارد مربوط به برنامه فشارخون بالا در «فرم ارزیابی دوره ای»
۳. اندازه گیری فشارخون
۴. اندازه گیری فشارخون نوبت دوم در صورتی که فشارخون نوبت اول ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه و بیشتر باشد
۵. محاسبه میانگین و ارجاع موارد مشکوک به بیماری فشارخون بالا (میانگین ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه و بیشتر) به سطح بالاتر (پزشک) طبق دستورالعمل
۶. پیگیری دریافت بازخورد از سطوح پذیرنده ارجاع و بررسی پسخوراند آن ها
۷. ثبت مشخصات بیماران مبتلا به فشارخون بالا که به تایید پزشک رسیده اند، در «فرم مراقبت بیماران»
۸. ثبت مشخصات بیماران مبتلا به فشارخون بالا که به تایید پزشک رسیده اند، در «فرم پیگیری بیماران»
۹. غربالگری فشارخون هر ۳ سال یک بار در افراد دارای فشارخون طبیعی
۱۰. گزارش دهی غربالگری طبق دستورالعمل برنامه
۱۱. ارزیابی نیازهای آموزشی و برنامه ریزی آموزشی سلامت قلب و عروق برای توانمندسازی و خود مراقبتی جمعیت تحت پوشش
۱۲. آموزش عمومی جمعیت تحت پوشش در خصوص فشارخون بالا و راه های پیشگیری و درمان آن ها
۱۳. همکاری در ارزشیابی و تحقیق های مرتبط با سلامت قلب و عروق برای توانمندسازی جمعیت تحت پوشش

مراقبت بیماران

۱. پیگیری و مراقبت منظم بیماران مبتلا به فشارخون بالا طبق دستورالعمل ماهی یک بار (ارزیابی ممتد):
 - اندازه گیری فشارخون وزن، تعیین نمایه توده بدنی، بررسی نحوه مصرف دارو، بررسی عوارض دارویی، بررسی عوارض بیماری، بررسی مصرف دخانیات و رژیم غذایی بیمار، بررسی وضعیت فعالیت بدنی، آموزش در خصوص رژیم غذایی سالم، انجام فعالیت بدنی با شدت مناسب و ترک مصرف دخانیات و خود مراقبتی در هر مراقبت
 - ثبت اطلاعات و مراقبت های انجام شده در «فرم مراقبت بیماران»
 - ثبت اطلاعات در «فرم پیگیری بیماران» و ثبت تاریخ مراقبت بعدی
۲. ارجاع منظم بیمار به پزشک طبق دستورالعمل ۳ ماه یک بار و ارجاع در صورت بروز مشکل یا دستور پزشک
۳. گزارش دهی وضعیت مراقبت بیماران طبق دستورالعمل
۴. ارزیابی نیازهای آموزشی و برنامه ریزی برای توانمندسازی و خود مراقبتی بیمار

۵. آموزش برای توانمندسازی بیمار(آموزش اختصاصی بیماران در خصوص رعایت رژیم غذایی و انجام فعالیت بدنی مناسب، ترک دخانیات و نحوه مصرف داروها)

شرح وظایف پزشک

بیماریابی و درمان بیماران

۱. پذیرش ارجاعات سطح اول در خصوص برنامه کشوری پیشگیری و کنترل بیماری فشارخون بالا در جمعیت تحت پوشش طبق دستورالعمل
۲. گرفتن شرح حال و انجام معاینات تکمیلی برای تایید بیماری فشارخون بالا طبق دستورالعمل برنامه
۳. بررسی عوامل خطر بیماری فشارخون بالا از جمله اضافه وزن و چاقی، تغذیه ناسالم، کم تحرکی و مصرف دخانیات در بیماران مبتلا به فشارخون بالا در جمعیت تحت پوشش طبق دستورالعمل برنامه
۴. ارجاع موارد مورد نیاز برای انجام آزمایشات معمول طبق دستورالعمل برنامه
۵. تایید بیماری فشارخون بالا و عوامل خطر آن از جمله دیابت و اختلال چربی های خون در جمعیت تحت پوشش طبق دستورالعمل برنامه سلامت قلب و عروق
۶. مراقبت و درمان و تجویز داروهای مورد نیاز برای بیماران و افراد در معرض خطر تایید شده طبق دستورالعمل برنامه
۷. ارجاع موارد مورد نیاز به سطح بالاتر(پزشک متخصص) طبق دستورالعمل برنامه
۸. پیگیری دریافت بازخورد از سطوح پذیرنده ارجاع و بررسی پسخوراند پزشک متخصص
۹. درخواست خدمات پاراکلینیک در موارد مراقبت معمول و ویژه، بررسی نتایج و ارائه دستورات لازم در صورت غیر طبیعی بودن نتایج
۱۰. ارائه آموزش ها و توصیه های لازم برای توانمند سازی بیماران و افراد در معرض خطر
۱۱. ثبت اطلاعات در فرم های مربوطه (فرم مراقبت بیماران) و ارائه پس خوانند به سطح پایین تر
۱۲. ثبت و گزارش دهی صحیح، دقیق و به هنگام در « فرم گزارش دهی»، طبق دستورالعمل برنامه
۱۳. اقدام لازم در صورت بروز وقایع اورژانسی
۱۴. نظارت بر اجرای برنامه فشارخون بالا و پایش تیم سلامت/ مراقبین سلامت /بهورز
۱۵. همکاری در اجرای برنامه ها، طرح های ارزشیابی و تحقیق های مرتبط با سلامت قلب و عروق

پیشگیری و کنترل اختلال چربی خون

شرح وظایف کارشناس مراقب سلامت خانواده/ بهورز

منظور از اختلال چربی های خون بالا بودن کلسترول تام، LDL کلسترول و تری گلیسیرید و پایین بودن HDL کلسترول است.

ارزیابی دوره ای

۱. ارزیابی جمعیت ۳۰ سال و بالاتر تحت پوشش از نظر اختلال چربی های خون طبق دستورالعمل برنامه اختلال چربی های خون در قالب مراقبت های ادغام یافته سلامت میانسالان و سالمندان بر اساس دستورالعمل برنامه
۲. تکمیل موارد مربوط به برنامه اختلال چربی های خون در «فرم ارزیابی دوره ای»
۳. سوال در مورد سابقه بیماری اختلال چربی های خون در فرد
۴. سوال در مورد سابقه خانوادگی اختلال چربی های خون در اعضاء درجه یک خانواده (مادر، پدر، خواهر و برادر)
۵. ارجاع بیمار دارای اختلال چربی خون به پزشک برای ارزیابی های تکمیلی
۶. ارجاع فرد سالم در صورتی که از آخرین آزمایش وی بیش از یک سال گذشته باشد، یا دارای سابقه خانوادگی اختلال چربی های خون باشد به پزشک برای ارزیابی و رد یا تایید اختلال چربی های خون
۷. پیگیری دریافت بازخورد از سطوح پذیرنده ارجاع و بررسی پسخوراند آن ها
۸. در صورتی که چربی های خون فرد طبیعی است ، تشویق به ادامه شیوه زندگی مناسب و غربالگری اختلال چربی های خون حداقل ۳ سال یک بار
۹. غربالگری چربی های خون در افرادی که دارای سابقه خانوادگی بیماری اختلال چربی خون ، با فواصل کمتر و سالی یک بار
۱۰. ثبت مشخصات افراد دارای اختلال چربی های خون در « فرم مراقبت بیماران»
۱۱. ثبت مشخصات افراد دارای اختلال چربی های خون در « فرم پیگیری بیماران»
۱۲. گزارش دهی غربالگری طبق دستورالعمل برنامه
۱۳. ارزیابی نیازهای آموزشی و برنامه ریزی آموزشی سلامت قلب و عروق برای توانمندسازی و خود مراقبتی جمعیت تحت پوشش
۱۴. آموزش عمومی جمعیت تحت پوشش در خصوص انواع چربی های خون و راه های پیشگیری و درمان آن ها
۱۵. همکاری در ارزشیابی و تحقیق های مرتبط با سلامت قلب و عروق برای توانمندسازی جمعیت تحت پوشش

مراقبت بیماران

۱. تمام افرادی که داروی کاهش دهنده چربی خون مصرف می کنند، بدون توجه به میزان چربی های خون، باید به عنوان بیمار مبتلا به اختلال چربی های خون در نظر گرفته شوند
۲. ارجاع تمام بیماران دارای اختلال چربی های خون به کارشناس تغذیه
۳. پیگیری و مراقبت افراد دارای اختلال چربی های خون طبق دستورالعمل ۳ ماه یک بار (ارزیابی ممتد):
 - اندازه گیری فشارخون، وزن ، تعیین نمایه توده بدنی ر، بررسی رژیم غذایی بیمار، بررسی وضعیت فعالیت بدنی، آموزش در خصوص رژیم غذایی سالم، انجام فعالیت بدنی با شدت مناسب و خود مراقبتی در هر مراقبت

- ثبت اطلاعات و مراقبت های انجام شده در «فرم مراقبت بیماران»
 - ثبت اطلاعات در «فرم پیگیری بیماران» و ثبت تاریخ مراقبت بعدی
۴. پیگیری بیماران جهت مراجعه منظم به کارشناس تغذیه تا دستیابی به مقادیر هدف چربی های خون و تثبیت آن
 ۵. مراقبت ها و آموزش ها سه ماه یک بار تا رسیدن به مقادیر هدف چربی های خون و تثبیت آن و بعد از آن سالی یک بار
 ۶. در صورت افزایش فشارخون ارجاع غیرفوری به پزشک
 ۷. ارجاع منظم بیمار به پزشک طبق دستورالعمل ۳ ماه یک بار تا کنترل چربی های خون و ارجاع در صورت بروز مشکل یا دستور پزشک
 ۶. گزارش دهی وضعیت مراقبت بیماران طبق دستورالعمل
 ۷. ارزیابی نیازهای آموزشی و برنامه ریزی برای توانمندسازی و خود مراقبتی بیمار
 ۸. آموزش برای توانمندسازی بیمار (آموزش اختصاصی بیماران در خصوص رعایت رژیم غذایی و انجام فعالیت بدنی مناسب، ترک دخانیات و نحوه مصرف داروها)

شرح وظایف پزشک

بیماریابی و درمان بیماران

۱. پذیرش ارجاعات سطح اول در خصوص برنامه پیشگیری و کنترل اختلال چربی های خون طبق دستورالعمل برنامه
۲. گرفتن شرح حال و انجام معاینات تکمیلی طبق دستورالعمل برنامه
۳. بررسی عوامل خطر از جمله اضافه وزن و چاقی، تغذیه نا سالم، کم تحرکی و مصرف دخانیات در بیماران دارای اختلال چربی ها
ی خون طبق دستورالعمل برنامه
۴. ارجاع موارد برای انجام آزمایشات معمول طبق دستورالعمل برنامه
۵. تایید بیماری اختلال چربی های خون طبق دستورالعمل برنامه
۶. درمان و تجویز داروهای مورد نیاز برای بیماران و افراد در معرض خطر تایید شده طبق دستورالعمل برنامه
۷. مراقبت و درمان بیماران سالی یکبار بعد از تثبیت وضعیت چربی های خون
۸. ارجاع موارد مورد نیاز به سطح بالاتر (پزشک متخصص) طبق دستورالعمل برنامه
۹. پیگیری دریافت بازخورد از سطوح پذیرنده ارجاع و بررسی پسخوراند پزشک متخصص
۱۰. درخواست خدمات پاراکلینیک در موارد مراقبت معمول (سالانه) و ویژه، بررسی نتایج و ارائه دستورات لازم در صورت غیر طبیعی بودن نتایج
۱۱. ارائه آموزش ها و توصیه های لازم برای توانمند سازی بیماران و افراد در معرض خطر
۱۲. ثبت اطلاعات و مراقبت های انجام شده در فرم های مربوطه (فرم مراقبت بیماران) و ارائه پس خوراند به سطح پایین تر
۱۳. ثبت و گزارش دهی صحیح، دقیق و به هنگام «فرم گزارش دهی»، طبق دستورالعمل برنامه
۱۴. نظارت بر اجرای برنامه اختلال چربی های خون و پایش تیم سلامت/ مراقبین سلامت / بهورز
۱۵. همکاری در اجرای برنامه ها، طرح های ارزشیابی و تحقیق های مرتبط با سلامت قلب و عروق

پیشگیری و کنترل اضافه وزن و چاقی

شرح وظایف مراقب سلامت / بهورز

ارزیابی دوره ای

۱. ارزیابی جمعیت ۳۰ سال و بالاتر تحت پوشش طبق از نظر اضافه وزن و چاقی در قالب مراقبت های ادغام یافته سلامت میانسالان و سالمندان بر اساس دستورالعمل برنامه
۲. تکمیل موارد مربوط به برنامه اضافه وزن و چاقی در «فرم ارزیابی دوره ای»
۳. سوال در مورد سابقه خانوادگی چاقی و علل زمینه ساز چاقی مانند بیماری هیپوتیروئیدی و تخمدان پلی کیستسیک در زنان
۴. سوال در مورد سابقه بیماری قلبی عروقی (عروق کرونر)، دیابت و فشارخون بالا در اعضاء درجه یک خانواده (مادر، پدر، خواهر و برادر)
۵. سوال در مورد سابقه بیماری های همراه مرتبط با چاقی از جمله فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی های خون، استئوآرتریت، سرطان، آسم، مشکلات تنفسی، کبد چرب در خود فرد
۶. سوال در مورد وجود عوامل خطر همراه چاقی شامل الگوی تغذیه ناسالم، وضعیت فعالیت بدنی و مصرف دخانیات در فرد
۷. سوال در مورد مصرف داروهایی که سبب افزایش وزن می شوند شامل داروهای آنتی بیوتیک نظیر کلوزاپین، بتا آدرنژریک نظیر پروپرانولول، انسولین در درمان دیابت نوع ۲، لیتیوم، سدیم والپورات، سولفونیل اوره ها نظیر کلورآمید، گلی بنکلامید، گلی پیتید، بتا زولیدین نظیر پیازوگلیتازون، آمی تریپتیلین، داروهای هورمونی و کنتراستپتوها
۸. ارجاع همه موارد با پاسخ مثبت به پزشک، برای انجام ارزیابی های تکمیلی و بررسی عوارض طبق دستورالعمل برنامه
۹. اندازه گیری قد و وزن و محاسبه نمایه توده بدنی با استفاده از نمودار یا فرمول (وزن بر حسب کیلوگرم تقسیم بر قد بر حسب متر به توان ۲)
۱۰. ارجاع افراد دارای اضافه وزن و چاقی و یا دور کمر بیشتر از مقدار طبیعی (حتی در صورت طبیعی بودن نمایه توده بدنی) به پزشک
۱۱. پیگیری دریافت بازخورد از سطوح پذیرنده ارجاع و بررسی پسخوراند آن ها
۱۲. ثبت مشخصات بیماران مبتلا به چاقی که به تایید پزشک رسیده اند، در « فرم مراقبت بیماران»
۱۳. ثبت مشخصات بیماران مبتلا به چاقی که به تایید پزشک رسیده اند، در « فرم پیگیری بیماران»
۱۴. در صورتی که نمایه توده بدنی فرد طبیعی (کمتر از ۲۵ کیلوگرم بر متر مربع) و دور کمر نیز طبیعی است (دور کمر کمتر از ۹۰ سانتی متر) و هیچ بیماری یا عامل خطری وجود ندارد، تشویق به ادامه شیوه زندگی مناسب و غربالگری وضعیت اضافه وزن و چاقی حداقل ۳ سال یک بار
۱۵. ارزیابی وضعیت اضافه وزن و چاقی در افراد دارای نمایه توده بدنی و دور کمر طبیعی دارای هر یک از عوامل خطر و بیماری های همراه سالی یک بار
۱۶. گزارش دهی غربالگری طبق دستورالعمل برنامه

۱۷. ارزیابی نیازهای آموزشی و برنامه‌ریزی آموزشی سلامت قلب و عروق برای توانمندسازی و خود مراقبتی جمعیت تحت پوشش

۱۸. آموزش عمومی جمعیت تحت پوشش در خصوص اضافه وزن و چاقی و راه‌های پیشگیری و درمان آن‌ها

۱۹. همکاری در ارزشیابی و تحقیق‌های مرتبط با سلامت قلب و عروق برای توانمندسازی جمعیت تحت پوشش

مراقبت بیماران

۱. ارجاع همه افراد چاق به کارشناس تغذیه

۲. پیگیری و مراقبت افراد دارای اضافه وزن و چاقی و یا دور کمر بیشتر از مقدار طبیعی طبق دستورالعمل ۳ ماه یک بار (مراقبت ممتد)

• اندازه‌گیری فشارخون و وزن، تعیین نمایه توده بدنی، دور باسن و دور کمر، بررسی رژیم غذایی بیمار، بررسی وضعیت فعالیت بدنی، آموزش در خصوص رژیم غذایی سالم، انجام فعالیت بدنی با شدت مناسب و خود مراقبتی در هر مراقبت

۳. در صورت افزایش فشارخون ارجاع به پزشک و در صورت افزایش وزن یا عدم کاهش وزن طبق دستورالعمل در هر مراقبت ارجاع به کارشناس تغذیه

۴. پیگیری افراد چاق جهت مراجعه منظم به کارشناس تغذیه و بعد از دستیابی به وزن هدف و تثبیت آن، سپس انجام مراقبت‌های بعدی و آموزشها ۳ ماه یک بار و در صورت عدم کاهش وزن و وجود اضافه وزن سالی یک بار و در صورت چاقی ۳ ماه یک بار ارجاع به پزشک

۵. بعد از ارجاع افراد دارای اضافه وزن و چاقی و یا دور کمر بیشتر از مقدار طبیعی و پیگیری و مراقبت‌های لازم، در صورت تثبیت وزن مطلوب:

• ارزیابی تعیین وضعیت اضافه وزن و چاقی در افراد دارای نمایه توده بدنی ۲۷-۲۵ حداقل هر ۳ سال یک بار

• تعیین وضعیت اضافه وزن و چاقی افراد دارای نمایه توده بدنی ۲۹-۲۸ بدون عوامل خطر حداقل هر ۳ سال یک بار

• تعیین وضعیت اضافه وزن و چاقی افراد دارای نمایه توده بدنی ۲۹-۲۸ دارای عوامل خطر سالی یک بار

۶. آموزش اختصاصی بیماران در خصوص تغذیه سالم و فعالیت بدنی

۷. ثبت اطلاعات و مراتب‌های انجام شده در « فرم مراقبت بیماران »

۸. ثبت اطلاعات در « فرم پیگیری بیماران » و ثبت تاریخ مراقبت بعدی

۹. ارجاع منظم بیمار به پزشک طبق دستورالعمل سالانه و ارجاع در صورت بروز مشکل یا دستور پزشک

۱۰. گزارش دهی وضعیت مراقبت بیماران طبق دستورالعمل برنامه

۱۱. ارزیابی نیازهای آموزشی و برنامه‌ریزی برای توانمندسازی و خود مراقبتی بیمار

۱۲. آموزش برای توانمندسازی بیمار (آموزش اختصاصی بیماران در خصوص رعایت رژیم غذایی و انجام فعالیت بدنی مناسب و نحوه مصرف داروها)

۱۳. همکاری در ارزشیابی و تحقیق‌های مرتبط با سلامت قلب و عروق برای توانمندسازی جمعیت تحت پوشش

شرح وظایف پزشک بیماریابی و درمان بیماران

۱. پذیرش ارجاعات سطح اول در خصوص برنامه پیشگیری و کنترل اضافه وزن و چاقی در جمعیت تحت پوشش طبق دستورالعمل برنامه
۲. بررسی عوامل خطر همراه اضافه وزن و چاقی، از جمله تغذیه نا سالم، کم تحرکی و مصرف دخانیات طبق دستورالعمل برنامه
۳. گرفتن شرح حال و انجام معاینات تکمیلی برای بررسی عوارض چاقی از جمله بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن شامل فشارخون بالا و دیابت طبق دستورالعمل برنامه
۴. ارجاع موارد مورد نیاز برای انجام آزمایشات معمول طبق دستورالعمل برنامه
۵. مراقبت و درمان و تجویز داروهای مورد نیاز برای بیماران طبق دستورالعمل برنامه
۶. ارجاع موارد مورد نیاز به سطح بالاتر (پزشک متخصص) طبق دستورالعمل برنامه
۷. پیگیری دریافت بازخورد از سطوح پذیرنده ارجاع و بررسی پسخوراند پزشک متخصص
۸. درخواست خدمات پاراکلینیک در موارد مراقبت معمول (سالانه) و ویژه، و بررسی نتایج و ارائه دستورات لازم در صورت غیر طبیعی بودن نتایج
۹. ارائه آموزش ها و توصیه های لازم برای توانمند سازی بیماران و افراد در معرض خطر
۱۰. ثبت اطلاعات در فرم های مربوطه (فرم مراقبت بیماران و فرم پیگیری بیماران) و ارائه پس خوراند به سطح پایین تر
۱۱. ثبت و گزارش دهی صحیح، دقیق و به هنگام در « فرم گزارش دهی » ، طبق دستورالعمل برنامه
۱۲. نظارت بر اجرای برنامه اضافه وزن و چاقی و پایش تیم سلامت / مراقبین سلامت
۱۳. همکاری در اجرای برنامه ها، طرح های ارزشیابی و تحقیق های مرتبط با سلامت قلب و عروق

غربالگری کم کاری مادرزادی تیروئید

شرح وظایف کارشناس مراقب سلامت/ بهورز

۱. شناسایی و آموزش زنان باردار در مورد بیماری کم کاری تیروئید و عوارض آن و اهمیت انجام غربالگری نوزادان و تاکید بر لزوم انجام غربالگری نوزاد در سنین ۵-۳ بعد از تولد
۲. آموزش عموم مردم درباره بیماری کم کاری تیروئید نوزادان و عوارض آن
۳. دریافت نتیجه غربالگری از آزمایشگاه غربالگری استان
۴. فراخوان و ارجاع "نوزادان مشکوک" به "آزمایشگاه منتخب شهرستان" برای انجام آزمایش های تایید تشخیص سرمی در اسرع وقت بر اساس دستورالعمل
۵. فراخوان سریع نوزادانی که نمونه از پاشنه پای آنها، از طرف آزمایشگاه "نامناسب" شناخته شده است.
۶. پیگیری نوزادان مشکوک و راهنمایی والدین برای مراجعه فوری (پس از دریافت جواب آزمایشات تایید تشخیص) به فوکل پوینت و یا اولین پزشک در دسترس
۷. آموزش والدین بیمار بر اساس کتاب والدین و بیماری کم کاری تیروئید (کتاب با جلد صورتی)
۸. ثبت اطلاعات در کارت مراقبت نوزاد بیمار
۹. ثبت و گزارش اطلاعات
۱۰. پیگیری مستمر بیماران و یادآوری اهمیت مصرف درست دارو و پیروی از دستورات پزشک، انجام آزمایشات هورمونی و ویزیت های مستمر توسط پزشک معالج

شرح وظایف پزشک در برنامه کشوری غربالگری بیماری کم کاری تیروئید نوزادان

۱. پذیرش نوزادان ارجاع شده
۲. تشخیص بیماری کم کاری تیروئید نوزادان بر اساس دستورالعمل کشوری
۳. شروع درمان بر اساس دستورالعمل کشوری و در اسرع وقت
۴. ویزیت منظم و مستمر بیماران بر اساس دستورالعمل کشوری و در مواردی که لازم است در فواصل زمانی کم تر
۵. ارائه توصیه های لازم و آموزش والدین نوزاد بیمار
۶. بررسی رشد و تکامل شیرخوار در هر ویزیت
۷. تکمیل کارت مراقبت بیمار به دقت در هر ویزیت
۸. نظارت بر حسن اجرای برنامه غربالگری بیماری کم کاری تیروئید نوزادان و پایش تیم سلامت/ مراقبین سلامت
۹. ارتباط مستمر با فوکل پوینت برنامه (در صورتی که پزشک معالج بیمار فوکل پوینت برنامه نیست)
۱۰. ارتباط مستمر با کارشناس برنامه
۱۱. همکاری و شرکت در برگزاری دوره های بازآموزی برای سایر ارائه دهندگان خدمت
۱۲. ارائه پس خوراند

۱۳. پیگیری دریافت بازخورد از سطوح پذیرنده ارجاع و بررسی پسخوراند پزشک متخصص

تشخیص زودهنگام و ارزیابی افراد از نظر سرطان روده بزرگ (کولورکتال)

شرح وظایف کارشناس مراقب سلامت خانواده/ بهورز

ارزیابی دوره ای

۱. ارزیابی افراد واجد شرایط در قالب مراقبتهای ادغام یافته سلامت میانسالان و سالمندان بر اساس دستورالعمل مربوطه
۲. تکمیل موارد مربوط به سرطان روده بزرگ در «فرم ارزیابی دوره ای»
۳. سوال در مورد وجود خونریزی دستگاه گوارش تحتانی در طی یک ماه اخیر
۴. سوال در مورد یبوست در طی یک ماه اخیر با یا بدون اسهال
۵. سوال در مورد درد شکم و احساس پر بودن مقعد پس از اجابت مزاج
۶. سوال در مورد کاهش بیش از ده درصد وزن بدن در طی شش ماه همراه با یکی از علائم فوق
۷. در صورت پاسخ مثبت به هر یک از سوالات، ارجاع فرد مشکوک به سرطان کولورکتال به پزشک برای ارزیابی های تکمیلی برای تایید یا رد ابتلا به سرطان کولورکتال
۸. در صورت پاسخ منفی به تمام سوالات:
 - سوال در مورد سابقه ابتلاء به سرطان روده بزرگ (در خود فرد یا خانواده)
 - سوال در مورد ابتلاء به آدنوم روده یا بیماری التهابی روده
 - در صورت پاسخ منفی ارزیابی
 - در صورت پاسخ مثبت به هر یک از سوالات:
 - ارجاع غیر فوری به پزشک یا
 - آزمون خون مخفی به روش ایمونولوژیک (IFOBT) با کمک فرد مراجعه کننده طبق دستورالعمل (توسط مراقب سلامت خانواده):
 - اگر علامت به صورت دو خط در کنار حروف C و T باشد یعنی نتیجه تست مثبت است.
 - در صورتی که علامت به صورت یک خط در کنار حرف C باشد یعنی نتیجه تست منفی است.
 - در صورتی که علامت به صورت یک خط در کنار حرف T باشد (مانند قسمت C شکل ۲) یعنی نتیجه تست نامعتبر است و باید این تست مجدد انجام شود.
 - در صورتی که نتیجه تست منفی باشد، توصیه به انجام مجدد تست خون مخفی در مدفوع می شود پس از دو سال
 - در صورت مثبت شدن تست، ارجاع غیرفوری به پزشک.
۹. در همه موارد آموزش های خود مراقبتی لازم در خصوص علائم مشکوک سرطان روده بزرگ مطابق پمفلت آموزشی

۱۰. آموزش عمومی در مورد علائم هشدار دهنده بروز سرطان کولورکتال و نحوه برخورد و اقدامات اولیه در صورت بروز علائم به بیمار و اطرافیان وی و آموزش به افرادی که در برنامه تشخیص زودهنگام و غربالگری شرکت می کنند، برای مراجعه در فواصل برنامه غربالگری، در صورت بروز علائم
۱۱. پیگیری دریافت بازخورد از سطوح پذیرنده ارجاع و بررسی پسخوراند آن ها
۱۲. ثبت مشخصات افراد دارای سرطان کولورکتال تایید شده در « فرم مراقبت بیماران»
۱۳. ثبت مشخصات افراد دارای سرطان کولورکتال تایید شده در «فرم پیگیری بیماران»
۱۴. گزارش دهی غربالگری طبق دستورالعمل برنامه
۱۵. همکاری در ارزشیابی و تحقیق های مرتبط با بیماری سرطان

مراقبت بیماران

۱. پیگیری و مراقبت افراد پرخطر (جواب منفی تست خون مخفی در مدفوع (IFOBT) در افراد با سابقه سرطان روده بزرگ یا **آدنوم در خانواده**) تایید شده توسط پزشک طبق دستورالعمل سالانه برای ارزیابی مجدد (IFOBT) (ارزیابی ممتد)
۲. ثبت اطلاعات در «فرم مراقبت بیماران»
۳. ثبت اطلاعات در «فرم پیگیری بیماران» و ثبت تاریخ مراقبت بعدی
۴. ارجاع بیمار به پزشک طبق دستورالعمل در صورت بروز مشکل یا طبق دستور پزشک
۵. گزارش دهی وضعیت مراقبت بیماران طبق دستورالعمل
۶. ارزیابی نیازهای آموزشی و برنامه ریزی برای توانمندسازی و خودمراقبتی بیمار
۷. آموزش برای توانمندسازی بیمار

تشخیص زودهنگام و ارزیابی افراد از نظر سرطان پستان

شرح وظایف کارشناس مراقب سلامت خانواده/ بهورز

ارزیابی دوره‌ای

۱. ارزیابی افراد واجد شرایط در قالب مراقبتهای ادغام یافته سلامت میانسالان و سالمندان بر اساس دستورالعمل مربوطه
۲. تکمیل موارد مربوط به سرطان پستان در «فرم ارزیابی دوره ای»
۳. ارجاع به ماما
۴. آموزش خود مراقبتی لازم در خصوص علایم مشکوک سرطان پستان و انجام معاینه شخصی مطابق پمفلت آموزشی
۵. پیگیری دریافت بازخورد از سطوح پذیرنده ارجاع و بررسی پسخوراند آن ها
۶. ثبت مشخصات افراد دارای سرطان پستان تایید شده در « فرم مراقبت بیماران»
۷. ثبت مشخصات افراد دارای سرطان پستان تایید شده در « فرم پیگیری بیماران»
۸. گزارش دهی غربالگری طبق دستورالعمل برنامه
۹. همکاری در ارزشیابی و تحقیق‌های مرتبط با بیماری سرطان

مراقبت بیماران

۱. پیگیری و مراقبت افراد مبتلا به **سرطان پستان** تایید شده توسط پزشک طبق دستورالعمل (ارزیابی ممتد) :
۲. ثبت اطلاعات در « فرم مراقبت بیماران »
۳. ثبت اطلاعات در « فرم پیگیری بیماران» و ثبت تاریخ مراقبت بعدی
۴. ارجاع بیمار به پزشک طبق دستورالعمل در صورت بروز مشکل یا طبق دستور پزشک
۵. ارجاع بیمار به ماما طبق دستورالعمل
۶. ارزیابی نیازهای آموزشی و برنامه ریزی برای توانمندسازی و خود مراقبتی بیمار
۷. آموزش برای توانمندسازی بیمار

شرح وظایف ماما

۱. پذیرش ارجاعات از طرف بهورز/ مراقب سلامت (زنان ۳۰ تا ۷۰ سال دارای مشکل)
۲. بررسی فرد ارجاع شده و سوال در مورد:
 - وجود توده پستان یا هر تغییر در شکل یا قوام پستان
 - وجود توده پستان بزرگ شونده، ثابت یا سفت
 - مشکلات دیگر پستان (مثلا تغییرات اگزمایی پوست، فرورفتگی نوک پستان، پوست پرتغالی، زخم، ترشح یک طرفه از نوک پستان-به ویژه ترشحات خون آلود- توده در زیر بغل) با یا بدون توده قابل لمس

۳. در صورت پاسخ مثبت به هر یک از سوالات، ارجاع فرد مشکوک به سرطان پستان به پزشک برای ارزیابی های تکمیلی و تایید یا رد ابتلا به سرطان پستان
۴. در صورت پاسخ منفی به تمام سوالات، انجام غربالگری:
- سوال در مورد سابقه ابتلاء به سرطان پستان یا تخمدان (در افراد درجه ۱ یا ۲ خانواده):
 - در صورت پاسخ منفی ارزیابی ۱ تا ۳ سال بعد
 - در صورت پاسخ مثبت به سوال، ارجاع غیر فوری به ماما
۵. در همه موارد آموزش های خود مراقبتی لازم در خصوص علائم مشکوک سرطان پستان و انجام معاینه شخصی مطابق پمفلت آموزشی
۶. طبقه بندی افراد در معرض خطر و مشکوک و ارجاع آن ها به سطح دو خدمت
۷. ثبت اطلاعات فرد دارای علائم مشکوک در فرم / پرونده فرد:
- ارزیابی علائم و نشانه ها (مثلا سابقه، شدت، طول دوره بیماری، پیشرفت بیماری)
 - جستجوی علائم خطر مرتبط با سرطان پستان مرتبط (مانند سن، سابقه خانوادگی، تاریخچه قبلی سرطان پستان، پرتو درمانی به قفسه سینه)
 - معاینه هر دو پستان، زیر بغل و گردن
 - تشخیص افتراقی: بیماری های خوش خیم پستان (مثلا فیبروآدنوم، فیبروآدنوزیس، ماستیت، آبسه و ...)
۸. انجام اقدامات مورد نیاز بر اساس دستورالعمل برای فرد دارای علائم مشکوک

تشخیص زودهنگام و ارزیابی افراد از نظر سرطان سرویکس

شرح وظایف کارشناس مراقب سلامت خانواده/ بهورز

ارزیابی دوره‌ای

۱. ارزیابی زنان ۳۰ تا ۷۰ سال تحت پوشش در رابطه با سرطان سرویکس در قالب مراقبتهای ادغام یافته سلامت میانسالان و سالمندان
۲. تکمیل موارد مربوط به سرطان پستان در «فرم ارزیابی دوره ای»
۳. در همه موارد آموزش های خود مراقبتی لازم در خصوص علائم مشکوک سرطان سرویکس و انجام معاینه شخصی مطابق پمفلت آموزشی
۴. پیگیری دریافت بازخورد از سطوح پذیرنده ارجاع و بررسی پسخوراند آن ها
۵. ثبت مشخصات افراد دارای سرطان سرویکس تایید شده در « فرم مراقبت بیماران»
۶. ثبت مشخصات افراد دارای سرطان پستان تایید شده در « فرم پیگیری بیماران»
۷. گزارش دهی
۸. همکاری در ارزشیابی و تحقیق های مرتبط با بیماری سرطان

مراقبت بیماران

۱. پیگیری و مراقبت افراد مبتلا به سرطان سرویکس تایید شده توسط پزشک طبق دستورالعمل (ارزیابی ممتد):
 - ثبت اطلاعات در « فرم مراقبت بیماران»
 - ثبت اطلاعات در « فرم پیگیری بیماران» و ثبت تاریخ مراقبت بعدی
۲. ارجاع بیمار به پزشک طبق دستورالعمل در صورت بروز مشکل یا طبق دستور پزشک
۸. ارجاع بیمار به ماما طبق دستورالعمل
۹. ارزیابی نیازهای آموزشی و برنامه ریزی برای توانمندسازی و خود مراقبتی بیمار
۱۰. آموزش برای توانمندسازی بیمار

شرح وظایف ماما

۱. پذیرش ارجاعات از طرف بهورز/ مراقب سلامت خانواده
۲. بررسی فرد ارجاع شده و سوال در مورد:
 - خونریزی غیر طبیعی واژینال (از جمله پس از نزدیکی جنسی، در فواصل دوره های قاعدگی و پس از یائسگی)
 - ترشحات بدبوی واژینال
 - درد هنگام نزدیکی جنسی

۳. در صورت پاسخ مثبت به هر یک از سوالات، ارجاع غیر فوری فرد مشکوک به سرطان سرویکس به پزشک برای تایید یا رد ابتلا به سرطان سرویکس

۴. در صورت پاسخ منفی به تمام سوالات، انجام غربالگری:

• سوال در مورد سابقه انجام پاپ اسمیر طی ۵ سال اخیر

• در صورت پاسخ مثبت، انجام پاپ اسمیر در همان ویزیت

۵. آموزش خود مراقبتی لازم در خصوص علایم مشکوک سرطان سرویکس مطابق پمفلت آموزشی

۶. طبقه بندی افراد در معرض خطر و مشکوک و ارجاع آن ها به سطح دو خدمت

۷. ثبت اطلاعات فرد دارای علائم مشکوک در فرم / پرونده فرد

۸. طبقه بندی افراد بررسی شده و انجام اقدامات ضروری بر اساس دستورالعمل