

"چک لیست نظارت طرح مکمل یاری با مگادوز ویتامین "د" سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱"

گروه بهبود تغذیه معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

شبکه بهداشت و درمان شهرستان، مرکز خدمات جامع سلامت

زمان شروع طرح : نام مدرسه : تعداد دانش آموزان مشمول طرح: تاریخ شروع توزیع:

ردیف	موضوع	بازدید اول		بازدید دوم		توضیحات
		تاریخ:		تاریخ:		
		بلی	خیر	بلی	خیر	
۱	آیا لیست اسامی و کدملی دانش آموزان متقاضی دریافت مکمل ویتامین دی وجود دارد؟ (مستندات)					
۲	آیا لیست اسامی و کدملی دانش آموزان به کارشناس تغذیه مرکز خدمات جامع سلامت تحویل داده شده است؟ (مستندات)					
۳	آیا مکمل ویتامین دی به مقدار کافی در اختیار مدرسه قرار داده شده است؟ (تعداد دانش آموزان متقاضی دریافت مکمل و قرص های تحویلی بررسی شود)					
۴	آیا رسانه های آموزشی به مدرسه تحویل / در گروه های مجازی به اشتراک گذارده شده است؟ (مستندات)					
۵	آیا مدیر مدرسه در جلسه توجیهی طرح مکمل یاری ویتامین دی در مرکز بهداشت شرکت داشته است؟					
۶	آیا مربی بهداشت یا فرد مسئول اجرای طرح از دستورالعمل طرح آگاهی کافی دارد؟ (پرسش)					
۷	آیا جهت دانش آموزان جلسه آموزشی در مورد نقش و اهمیت ویتامین د برگزار شده است؟ (مستندات)					
۸	آیا جهت والدین دانش آموزان جلسه آموزشی در خصوص طرح مکمل یاری ویتامین د برگزار شده است؟ (مستندات)					
۹	آیا روز خاص و ساعت مشخصی در ماه برای توزیع مگادوز ویتامین دی در نظر گرفته شده است؟ (مشاهده برنامه موجود در مدرسه)					
۱۰	آیا مگادوز ویتامین دی سر کلاس و در حضور مربی بهداشت یا فرد مسول اجرای طرح به دانش آموز داده می شود؟ (مستندات)					
۱۱	آیا مگادوز ویتامین دی طبق برنامه توزیع شده است؟					
۱۲	نام و نام خانوادگی و امضای ناظر					
۱۳	نام و نام خانوادگی و امضای مدیر مدرسه (ثبت مهر مدرسه)					