



हेल्थ वेलनेस सेन्टर के निरीक्षण की चैकलिस्ट

1. निरीक्षण करने वाले अधिकारी का नाम एवं पदनाम:—.....
2. निरीक्षण की दिनांक:—.....
3. हेल्थ वेलनेस सेन्टर का नाम:—.....
4. कार्यरत स्टाफ का विवरण:—

क्र. सं.	नाम	पदनाम	एनसीडी के प्रशिक्षण की स्थिति (हां/नहीं)	नहीं तो कारण अंकित करें
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

5. आशा सहयोगिनी, एएनएम, एलएचवी, पीएचएन, स्टाफ नर्स एवं चिकित्सा अधिकारी को निम्न की जानकारी है अथवा नहीं, अंकित करें:—

जानकारी के बिन्दु	आशा सहयोगिनी	एएनएम	एलएचवी	पीएचएन	स्टाफ नर्स	एम.ओ.
एनपीसीडीसीएस कार्यक्रम का पुरा नाम						
फेमिली सर्वे						
सीबेक (CBAC) फॉर्म						
उक्त कार्यक्रम के अन्तर्गत आने वाली बीमारी के संबध में						
गैर संचारी रोग के जोखिम कारक						

कमर की नाप लेना						
BMI लेना						
सामान्य ब्लड शुगर						
सामान्य ब्लड प्रेशर						
कॉमन कैंसर का प्रकार						
कॉमन कैंसर की स्क्रीनिंग के प्रकार						
ऑरल विज्युवल एकजामिनेशन (OVE)						
क्लिनिक ब्रेस्ट एकजामिनेशन (CBE)						
विज्युवल इन्स्पेक्शन फॉर एसिटिक एसिड (VIA)						
व्यक्तिगत स्वास्थ्य कार्ड						

6. फेमिली सर्वे उसी क्रम में किया जा रहा है जो पूर्व में निर्धारित है, हां अथवा नहीं:-
नहीं तो कारण अंकित करें-

.....
.....

7. जिन परिवारों का फेमिली सर्वे किया जाना है, लक्ष्य कि संख्या:-.....

8. फेमिली सर्वे किये गये परिवारों की संख्या:-.....

9. यदि सर्वे पूर्ण नहीं हुआ, तो कारण अंकित करें:-

.....
.....

10. 30 से 65 आयुवर्ग के व्यक्तियों की संख्या:-.....

11. उक्त व्यक्तियों में कितने व्यक्तियों का सीबेक (CBAC) फॉर्म भरे गये:-.....

यदि सीबेक (CBAC) फॉर्म कम भरे गये है, तो कारण अंकित करें:-

.....
.....

12. उक्त सीबेक (CBAC) फॉर्म में से कितने व्यक्तियों का स्कोर 4 या अधिक है:—.....
13. उक्त सीबेक (CBAC) फॉर्म में से कितने व्यक्तियों का भाग "ब" व "स" में हां अंकित है:—.....
14. कॉलम 12 व 13 में सम्मिलित व्यक्तियों में से कितने व्यक्तियों की जांच कराई गई है:—.....
15. उक्त सीबेक (CBAC) फॉर्म में कितने फॉर्म की जांच (कम से कम रेण्डमली 10 फॉर्म) की गई:—.....
16. उक्त सीबेक (CBAC) फॉर्म में से कितने सही पाये गये:—.....
17. उक्त सीबेक (CBAC) फॉर्म में मुख्यतय: क्या सही नहीं पाया गया:—

18. वित्तीय वर्ष में की गई स्क्रीनिंग का विवरण:—

की गई स्क्रीनिंग की संख्या					स्क्रीनिंग में सम्भावित पाये गये मरीजों की संख्या				
उच्च रक्तचाप	मधुमेह	मुंह का कैंसर	स्तर का कैंसर	बच्चेदानी के मुंह का कैंसर	उच्च रक्तचाप	मधुमेह	मुंह का कैंसर	स्तर का कैंसर	बच्चेदानी के मुंह का कैंसर

19. जिस व्यक्ति की स्क्रीनिंग की गई, उसकी स्वास्थ्य कार्ड में इन्द्राज किया गया है अथवा नहीं:
नहीं किया गया है, तो कारण अंकित करें:—

20. स्क्रीनिंग में सम्भावित पाये गये मरीजों के संबंध में विवरण:—

सम्भावित पाये गये मरीजों की संख्या	उक्त मरीजों में से कितने मरीजों द्वारा अंतिम निदान हेतु चिकित्सा अधिकारी से जांच करवाने हेतु रैफर किया गया	उक्त सम्भावित मरीजों में कितने मरीजों का अन्तिम निदान हो गया	उनमें से कितने मरीजों के बीमारी पाई है, का विवरण		
			उच्च रक्तचाप	मधुमेह	कैंसर

21. गैर संचारी रोग के मरीजों की सूची तैयार है अथवा नहीं:
नहीं की गई है, तो कारण अंकित करें:—

22. गैर संचारी रोग के मरीजों को आशा सहयोगिनी एवं एएनएम द्वारा फॉलोअप किया जा रहा है अथवा नहीं:
यदि किया जा रहा है तो कितने मरीजों का:
नहीं किया जा रहा है तो कारण अंकित करें:—

23. स्वास्थ्य प्रोत्साहन हेतु आशा सहयोगिनी, एएनएम, सीएचओ एवं एमओ द्वारा परामर्श दिया जा रहा अथवा नहीं:-
यदि नहीं तो किसके द्वारा नहीं दिया जा रहा है:-

24. उक्त केन्द्र पर की जा रही जांचों का विवरण:-

25. उक्त केन्द्र पर उपलब्ध दवाईयों का विवरण:-

26. उच्च रक्तचाप एवं मधुमेह के मरीजों को सीएचओ द्वारा कितने दिन की दवाई दी जा रही है:-.....

27. एएनएम एवं सीएचओ द्वारा एनसीडी रजिस्टर संधारित किया जा रहा है अथवा नहीं:-
नहीं किया जा रहा है तो कारण अंकित करें:-

28. एएनएम एवं सीएचओ द्वारा प्रत्येक माह एनसीडी प्रपत्र-1 भरकर एक प्रति स्वयं के पास रखते हुये संबंधित पीएचसी चिकित्सा अधिकारी प्रभारी को भेजा रहा है अथवा नहीं:-
नहीं भेजा जा रहा है तो कारण अंकित करें:-

29. रैफरल प्रोटोकॉल तैयार है अथवा नहीं:-
यदि नहीं, तो कारण अंकित करें:-

30. सीबेक (CBAC) फॉर्म एवं फेमिली सर्वे का एमओ एनसीडी सॉफ्टवेयर पर अपलोड किया गया है अथवा नहीं:-

यदि किया जा रहा है, तो कितने व्यक्तियों का किया गया है:

यदि नहीं, तो कारण अंकित करें:-



