**COVID-19 PANDEMİ SÜRECİNDE 1. BASAMAK BİLGİ TOPLAMA FORMU**

**Aile Sağlığı Merkezi**

Formun Doldurma Tarihi: …/…/2020

1. İl:
2. İlçe:
3. Kurumunuzdaki toplam sağlık çalışanı sayısı: …….
	1. Hekim sayısı: ……..
	2. Diğer sağlık emekçisi sayısı: ……….
4. Bugüne kadar kayıtlara geçen COVID-19 kesin/kuşkulu olgu sayısı (**yaklaşık**):
5. Bugüne kadar kayıtlara geçen COVID-19 vefat sayısı (**yaklaşık**):
6. Kişisel koruyucu donanımın (KKD) Sağlık Müdürlüğü tarafından ilk kez gönderildiği tarih: …/…/2020
7. Sağlık Müdürlüğü tarafından sağlanan **toplam** KKD

Yeterliydi ( ) Yetersizdi ( )

1. KKD sağlanan sağlık müdürlüğü dışındaki kaynaklar neler? (iki seçenek birlikte işaretlenebili)
	1. ASM olarak satın aldık ( )
	2. ……….. tarafından bağış olarak göderildi ( )
2. Sağlık Müdürlüğü tarafından dezenfektan ve el antiseptiği ilk kez gönderildiği tarih ve miktarı : …/…/2020 …………. (Litre)
3. Sağlık Müdürlüğü tarafından **bugüne kadar** sağlanan;
	1. Dezenfektan miktarı yeterli mi? Evet ( ) Hayır ( )
	2. El antiseptiği miktarı yeterli mi? Evet ( ) Hayır ( )
4. Dezenfektan ve el antiseptiği sağlanan sağlık müdürlüğü dışındaki kaynaklar neler?
	1. ASM olarak satın aldık ( )
	2. ……….. tarafından bağış olarak göderildi ( )
5. COVID-19 pandemisi ile ilgili eğitimler:

Tüm ASM için Sağlık Bakanlığı eğitim verdi ( )

ASM içi kendimiz eğitim düzenledik ( )

Tabip odası/dernekler/sendikalar bireysel ( )

Onlıne bireysel olarak ( )

Diğer ( ) ………………………

1. Kurumunuz çalışanlarına kontrol amaçlı PCR testi uygulandı mı?:

Uygulandıysa kaç kez uygulandı?:

İlk uygulandığı tarih:…/…/2020

1. Kurumunuz çalışanlarına kontrol amaçlı ANTİKOR testi uygulandı mı?:

Uygulandıysa kaç kez uygulandı?:

İlk uygulandığı tarih: …/…/2020

1. Çalıştığınız birimde enfekte olan sağlık çalışanı sayısı:
	1. Hekim:
	2. Diğer sağlık çalışanları:
2. COVID-19 kuşkulu olgu ilk başvuru tarihi: …/…/2020
3. Bugüne kadar **gelen/gönderilen** olası/kuşkulu COVID-19 poliklinik sayısı (**yaklaşık**):
4. Olası/kuşkulu COVID-19 olguları başvurduğunda izlenen algoritma:

………………………………………

1. Temaslı izlemine ilk başladığınız tarih: …/…/2020 (AHBS’den görebilirsiniz)
2. Bugüne kadar **gelen/gönderilen** izlenen temaslı sayısı : ………….… (AHBS’den görebilirsiniz)
3. Bugüne kadar ulaşılamayan/izlemi yapılamayan temaslı kişi sayısı:

İzlem yapılamamasın nedenleri: ……………………..

1. Temaslı izlenmesinde yöntem (yüz yüze/ telefonla) ve süre (her gün, gün aşırı vb.)

………………………………………………………………………………………

1. COVID-19’un ikincil etkisine ilişkin gözlemler

Azaldı Değişmedi Arttı Fikrim yok

* 1. COVID-19 dışı hastaların başvurusu: ( ) ( ) ( ) ( )
	2. Aile planlaması hizmetleri: ( ) ( ) ( ) ( )
	3. Aşılama hizmetleri: ( ) ( ) ( ) ( )
	4. Kanser taramaları: : ( ) ( ) ( ) ( )
	5. Tahlil baktırmak isteyenler: ( ) ( ) ( ) ( )
	6. Kronik hastalıklar : ( ) ( ) ( ) ( )
	7. Depresyon, anksiyete : ( ) ( ) ( ) ( )
	8. Aile içi şiddet : ( ) ( ) ( ) ( )
	9. Sağlık Raporları : ( ) ( ) ( ) ( )
	10. Diğer (.………………) : ( ) ( ) ( ) ( )
1. Pandemi sürecinde mesai saatleri?

Arttı ( ) Azaldı ( ) Değişmedi ( )

Arttıysa günlük ortalama çalışma süreniz **ne kadar arttı**: …………..saat/gün

Haftalık(7 gün) **toplam çalışma süreniz** ne kadar: …………..saat/hafta

1. Dönüşümlü çalışma olanağı sağlandı mı?

Evet ( ) Hayır ( )

1. Kronik hastalığı olanlar, gebeler ve emzirenler için ücretli idari izin imkanı oldu mu?

Evet ( ) Hayır ( )

1. İdari izin, COVID-19 izolasyonu, hastalık vb nedenlerle izne ayrılanların yerine görevlendirme yapıldı mı?

Evet kurum içi ( ) Evet kurum dışı ( ) Hayır ( )

1. Kurum çalışma düzeninde salgına özel düzenleme yapıldı mı? (Triaj, gebe ve bebeklere ayrı mekan ve zaman, telefonla konsültasyon, covid şüpheli hasta için izolasyon odası, sadece randevulu muayene, kurum içine sınırlı sayıda ve sırayla kişi alma, diğer)

Evet, yeterli ( ) Evet, kısmen ( ) Hayır ( )

1. Çalıştırılan personel için COVID-19 için özel iş güvenliği eğitimi verildi mi?

Evet, yeterli ( ) Evet, kısmen ( ) Hayır ( )

1. Salgının ilerleyen dönemleri için en az 2 aylık KKD malzemeniz var mı?

Evet, depoladık ( ) Hayır bittikçe alıyoruz ( )

1. Salgına özel yaptığınız düzenlemeleri yıl sonuna kadar sürdürebileceğinizi düşünüyor musunuz?

Evet, tümüyle( ) Evet, kısmen ( ) Hayır ( )

1. Sivil toplum kuruluşlarından KKD talep ettiniz mi?

Evet ( ) Hayır ( )

1. Sivil toplum kuruluşları görev yaptığınız ASM’ye KKD desteği sağladı mı?

Evet ( ) Hayır ( )

1. KKD malzemeleri ASM olarak mı bireysel mi alıyorsunuz?

Evet ( ) Hayır ( ) Hem bireysel hem kurumsal ( )

1. Pandemi sırasında her hangi bir ek ödeme yapıldı mı? Yapıldıysa tutarı?

Hayır ( ) Evet ( ) Hekimler için: ………………. Aile sağlığı çalışanları için: ……………… TL

1. COVID-19 pandemisi sürecinde yaşanan sıkıntılar:

…………………………………..

…………………………………

…………………………………..

…………………………………..

…………………………………..

…………………………………..

1. Bundan sonraki süreç için öneriler:

…………………………………..

…………………………………..

…………………………………..

…………………………………..

…………………………………..

…………………………………..

 Teşekkür ederiz.