



গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার  
কমিউনিটি বেইজড হেলথ কেয়ার  
স্বাস্থ্য অধিদপ্তর, স্বাস্থ্য সেবা বিভাগ  
স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রণালয়



সুপারভিশন-মনিটরিং চেকলিষ্ট (ইউনিয়ন সাব সেন্টার)

১। সাধারণ তথ্য :

(ক) ইউনিয়ন সাব সেন্টারের নাম : ----- পরিদর্শন তারিখ : -----/-----/-----  
ইউনিয়ন : ----- উপজেলা : ----- জেলা : -----

২। সেবাদানকারীর নাম :

(ক) মেডিকেল অফিসার : ----- মোবাইল নম্বর : -----  
(খ) এসএসিএমও : ----- মোবাইল নম্বর : -----  
(গ) ফার্মাসিস্ট : -----  
(ঘ) অফিস সহায়ক (এমএলএসএস) : -----

৩। সেবাদানকারীর উপস্থিতি সংক্রান্ত তথ্য : (“হ্যাঁ” বা “না” ঘরে টিক চিহ্ন দিন)

	হ্যাঁ	না	বিগত মাসে মোট কর্মদিবস	বিগত মাসে মোট উপস্থিতি
(ক) মেডিকেল অফিসার উপস্থিত আছেন?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(খ) এসএসিএমও উপস্থিত আছেন?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(গ) ফার্মাসিস্ট উপস্থিত আছেন?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ঘ) অফিস সহায়ক (এমএলএসএস) উপস্থিত আছেন?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

৪। ইউনিয়ন সাব সেন্টারের ব্যবস্থাপনা সংক্রান্ত তথ্য : (পর্যবেক্ষণ করুন এবং নম্বর দিন)

ক্রঃ নং	পর্যবেক্ষণ	চমৎকার	খুব ভালো	ভালো	মানসম্মত নয়	মন্তব্য
(ক)	নাম ফলক ও নির্দেশনা					
(খ)	প্রবেশ পথ ও নিরাপত্তা					
(গ)	রোগীর অপেক্ষার স্থান ও আসন ব্যবস্থাপনা					
(ঘ)	পরিষ্কার-পরিচ্ছন্নতা					
(ঙ)	নিরাপদ পানিসরবরাহ					
(চ)	টয়লেট সুবিধা ও হাত ধোয়ার ব্যবস্থা					
(ছ)	সেবা প্রদানকারীর পোষাক-পরিচ্ছদ (এ্যাপ্রোণ)					
(জ)	রোগীর প্রাইভেসির ব্যবস্থা					
(ঝ)	আইএমসিআই এবং পুষ্টি কর্ণারের ব্যবস্থা					
(ঞ)	ফার্মেসি থেকে ঔষধ প্রদানের ব্যবস্থা					
(ট)	স্বাস্থ্য শিক্ষা ও কাউন্সিলিং- এর ব্যবস্থা					
(ঠ)	বর্জ্য ব্যবস্থাপনার প্রয়োগ					
(ড)	স্টোরের রেজিস্টার ব্যবস্থাপনা (বিন কার্ড, মেয়াদোত্তীর্ণ ঔষধ ও মজুদের অবস্থা					

৫। রেজিস্টার ও রেকর্ড ব্যবস্থাপনা/সংরক্ষণ সংক্রান্ত তথ্য (পরীক্ষা করুন/জিজেস করুন ও হ্যাঁ/না প্রযোজ্য ঘরে টিক চিহ্ন দিন)

(ক) রেজিস্টার ও টিকিট প্রদান ব্যবস্থা	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(খ) রোগীর চিকিৎসা ব্যবস্থাপনা ও রেফারেল প্রটোকল অনুসরণ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(গ) হালনাগাদকৃত রেজিস্টার ও ডিজিজ প্রফাইল	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

কাজের মান ও হ্রেডিং

চমৎকার	খুব ভালো	ভালো	মানসম্মত নয়
৯১-১০০%	৮১-৯০%	৫১-৮০%	< ৫০%

পরিদর্শনকারীর সার্বিক মন্তব্য : -----

-----  
-----

পরিদর্শনকারীর নাম : -----	কর্মস্থল : -----
পদবী : -----	মোবাইল নম্বর : -----
	সিল ও স্বাক্ষর : -----