



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



কমিউনিটি ক্লিনিক পরিদর্শন চেকলিষ্ট

১। সাধারণ তথ্য :

(ক) কমিউনিটি ক্লিনিকের নাম : ----- পরিদর্শন তারিখ : -----/-----/-----  
(খ) ওয়ার্ড : ----- ইউনিয়ন : ----- উপজেলা : ----- জেলা : -----

২। সেবাদানকারীর নাম :

(ক) সিএইচসিপি : ----- সিএসবিএ প্রশিক্ষণ : আছে/নাই মোবাইল নং : -----  
(খ) স্বাস্থ্য সহকারী : ----- সিএসবিএ প্রশিক্ষণ : আছে/নাই মোবাইল নং : -----  
(গ) পরিবার কল্যাণ সহকারী : ----- সিএসবিএ প্রশিক্ষণ : আছে/নাই মোবাইল নং : -----  
(ঘ) অন্যান্য সেবাদানকারী (FWV/NGO/অন্যান্য কর্মী) : -----

৩। কমিউনিটি ক্লিনিক ব্যবস্থাপনা সংক্রান্ত তথ্য : (“হ্যাঁ” বা “না” ঘরে টিক চিহ্ন দিন, প্রযোজ্য স্থানে সংখ্যা লিখুন)

		বিগত মাসে		বিগত মাসে	
		মোট কর্মদিবস		মোট উপস্থিতি	
(ক) সিএইচসিপি উপস্থিত আছেন?	হ্যাঁ	না	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(খ) স্বাস্থ্য সহকারী উপস্থিত আছেন?	হ্যাঁ	না	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(গ) পরিবার কল্যাণ সহকারী উপস্থিত আছেন?	হ্যাঁ	না	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ঘ) সিএইচসিপি এপ্রোন পরিহিত আছেন কিনা? (সবুজ রং এর)	হ্যাঁ	না	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ঙ) কমিউনিটি ক্লিনিকের সামাজিক মানচিত্র প্রণয়ন আছে?	হ্যাঁ	না	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(চ) সিপি পরিচালনায় সিজি'র বার্ষিক কর্মপরিকল্পনা আছে?	হ্যাঁ	না	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ছ) কমিউনিটি ক্লিনিকের নিজস্ব তহবিল আছে?	হ্যাঁ	না	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(জ) কমিউনিটি ক্লিনিকের নামে পোষ্টার/ব্যাংক হিসাব আছে?	হ্যাঁ	না	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ঝ) সিপি তে সরবরাহকৃত ঔষধ সিজি সভাপত্র উপস্থিতিতে খোলা হয়?	হ্যাঁ	না	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ঞ) নিয়মিত সিজি সভা হয়?	হ্যাঁ	না	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

৪। অবকাঠামো (প্রযোজ্য স্থানে টিক চিহ্ন দিন) :

(ক) সিসির নাম ও পরিচিতি প্রদর্শিত আছে কিনা?	হ্যাঁ	না		
(খ) অবকাঠামো অবস্থা (প্রযোজ্য স্থানে টিক চিহ্ন দিন)	সন্তোষজনক	মোটামুটি	সন্তোষজনক নয়	মন্তব্য
ছাদ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
দেয়াল	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
মেঝে	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
দরজা/জানালা	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
রং এর কাজ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(গ) পারিপার্শ্বিক অবস্থা (প্রযোজ্য স্থানে টিক চিহ্ন দিন)				
প্রবেশ পথ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
সীমানা প্রচীর	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
সংলগ্ন এলাকা	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

৫। রেজিস্টার ও রেকর্ড ব্যবস্থাপনা/সংরক্ষণ সংক্রান্ত তথ্য (পরীক্ষা করুন/জিজ্ঞাস করুন ও প্রযোজ্য স্থানে টিক চিহ্ন দিন)

(ক) সেবাদানের রেজিস্টারসমূহ হালনাগাদ আছে কিনা?	হ্যাঁ	না	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(খ) ঔষধের মজুদ রেজিস্টার হালনাগাদ আছে কিনা?	হ্যাঁ	না	<input type="checkbox"/>	সর্বশেষ ঔষধ সরবরাহ প্রস্তির তারিখ: -----
(গ) দৈনিক বিতরণ রেজিস্টার হালনাগাদ আছে কিনা?	হ্যাঁ	না	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ঘ) আসবাবপত্র/যন্ত্রপাতি মজুদ রেজিস্টার হালনাগাদ আছে কিনা?	হ্যাঁ	না	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ঙ) কম ব্যবহৃত/মেয়াদ উত্তীর্ণ ঔষধের মজুদ আছে কি?	হ্যাঁ	না	<input type="checkbox"/>	হ্যাঁ হলে পরিমাণ লিখুন : -----

৬। বিগত মাসের মোট সেবাদান বিষয়ক তথ্য (পরীক্ষা করুন/জিজ্ঞাস করুন ও প্রযোজ্য স্থানে হ্যাঁ/না/ সংখ্যা লিখুন)

(ক) সেবাপ্রাপ্ত মোট রোগীর সংখ্যা?	<input type="checkbox"/>
(খ) রেফারকৃত রোগীর সংখ্যা?	<input type="checkbox"/>
(গ) পরিবার পরিকল্পনা পদ্ধতি গ্রহীতার সংখ্যা?	<input type="checkbox"/>
(ঘ) গর্ভকালীন (ANC) সেবা গ্রহীতার সংখ্যা?	<input type="checkbox"/>
(ঙ) স্বাভাবিক প্রসবের সুবিধাদী আছে কি?	<input type="checkbox"/>
(চ) স্বাভাবিক প্রসবের (Normal Delivery) সংখ্যা (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে)	<input type="checkbox"/>
(ছ) প্রসবোত্তর (PNC) সেবা গ্রহীতার সংখ্যা	<input type="checkbox"/>
(জ) অনুষ্ঠিত ইপিআই সেশনের সংখ্যা	<input type="checkbox"/>
(ঝ) মোট অনুষ্ঠিত স্বাস্থ্য শিক্ষা অধিবেশনের সংখ্যা	<input type="checkbox"/>
(ঞ) বিগত মাসে মোট জিএমপিঅনুষ্ঠিত শিশুর সংখ্যা	<input type="checkbox"/>

৭। সেবার গুণগত মান সংক্রান্ত তথ্য (পরিবেক্ষণ করুন ও প্রযোজ্য স্থানে টিক চিহ্ন দিন) :

	সন্তোষজনক	মোটামুটি	সন্তোষজনক নয়	মন্তব্য
(ক) সেবাদানকারী সেবা গ্রহীতাদের সমস্যার কথা মনোযোগ ও ধৈর্য সহকারে শুনছেন কিনা?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(খ) সেবা প্রদানকারী ঔষধের ব্যবহার/পরামর্শসমূহ সহজ ভাষায় ব্যাখ্যা করেছেন কিনা?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
* (গ) সেবা প্রদানকারী সেবা উপকরণের সঠিক ব্যবহার জানেন কিনা (প্রশ্ন/পরিবেক্ষণ করুন)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
* (ঘ) সেবাদানকারীর ঔষধের পার্শ্ব প্রতিক্রিয়া সম্বন্ধে ধারণা আছে কিনা (প্রশ্ন করুন)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
* (ঙ) সেবাপ্রাপ্ত রোগীর শারীরিক পরীক্ষা সঠিকভাবে করতে পারেন কিনা (প্রশ্ন/পরিবেক্ষণ করুন)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

৮। সনাক্তকরণ ও রেফারেলের তথ্য (পরিবেক্ষণ ও সংখ্যা লিপিবদ্ধ করুন) :

বিষয়	লিঙ্গ	পরীক্ষা করা হয়েছে	সনাক্তকৃত	রেফারকৃত
গ্রুপকাজ	মহিলা	গর্ভবতী	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		গর্ভবতী নয়	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	পুরুষ	তৃতীয় লিঙ্গ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		গর্ভবতী মহিলা	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
বিষয়	লিঙ্গ	সনাক্তকৃত	রেফারকৃত	
উচ্চরক্তচাপ	মহিলা	গর্ভবতী	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		গর্ভবতী নয়	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	পুরুষ	তৃতীয় লিঙ্গ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		গর্ভবতী মহিলা	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
তীব্র অপুষ্টি (SAM)	ছেলে	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	মেয়ে	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

পরিদর্শনকারীর সার্বিক মন্তব্য : -----

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