

**MSI Bảng kiểm đánh giá năng lực: Tư vấn**

**Họ và Tên NCCDV: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Chức danh: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tư vấn chung trước thủ thuật** | **Có**  **/Không** | **Ghi chú** |
| 1. \* Duy trì tính riêng tư và bảo mật |  |  |
| 2. Chào hỏi và giao tiếp lấy khách hàng làm trọng tâm khi trao đổi |  |  |
| 3. Sử dụng ngôn ngữ dễ hiểu với khách hàng |  |  |
| 4. **\*** Sử dụng cách tiếp cận tư vấn theo cấu trúc 6G hoặc REDI |  |  |
| 5. \* Hỏi khách hàng về những dịch vụ mà họ đang tìm kiếm và xem KH có khái niệm trong suy nghĩ của họ |  |  |
| 6. \* Cung cấp thông tin toàn diện và chính xác về các dịch vụ phù hợp với nhu cầu của khách hàng, |  |  |
| 7. \* Giải thích về bảo vệ kép của bao cao su |  |  |
| 8. Sử dụng tranh lật hoặc các công cụ hỗ trợ khác |  |  |
| 9. \* Hỗ trợ khách hàng tự đưa ra quyết định sau khi đã được thông tin đầy đủ. |  |  |
| 10. \* Giải thích về cách thức cung cấp và sử dụng dịch vụ như thế nào, những tác dụng không mong muốn, và các sự cố có thể, có thể phải chuyển tuyến trong một số tình huống đặc biệt. |  |  |
| 11. Kiểm tra lại sự hiểu biết đầy đủ của khách hàng về dịch vụ và các thông tin đã tư vấn |  |  |
| 12. \* Kiểm tra lại quyết định lựa chọn dịch vụ của khách hàng và đảm bảo tự nguyện hoàn toàn. |  |  |
| 13. \* Hoàn thành phiếu Tự nguyện có chữ ký của khách hàng (hoặc vân tay) |  |  |
| 14. \* Lưu Phiếu tự nguyện theo Hướng dẫn của Y tế địa phương/MSI |  |  |
| 15. Hướng dẫn các bước tiếp theo, chỉ dẫn nơi cung cấp dịch vụ. Nếu thích hợp thì thảo luận về biện pháp tránh thai của bạn tình |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tư vấn trong từng phương pháp cụ thể** | **Có/**  **Không** | **Ghi chú** |
| 16. \*Nhấn mạnh rằng đây là phương pháp tránh thai dài hạn có thể hồi phục và hiệu quả rất cao |  |  |
| 17. Giải thích rằng nó có thể tháo/bỏ hoặc ngừng sử dụng bất cứ thời điểm nào và không gây trì hoãn việc có thai trở lại |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kết quả đánh giá năng lực**  **\*** Đính kèm bảng kiểm đánh giá năng lực nếu cán bộ lâm sàng được đánh giá mức độ 2 | | |
| **Dịch vụ được đánh giá: Tư vấn** | | **Chọn** |
| **Mức độ 1:** NCCDV hoàn thành đúng tất cả các bước.  NCCDV đạt mức 1: có đủ năng lực cung cấp dịch vụ một cách độc lập | |  |
| **Mức độ 2 \*: NCCDV** hoàn thành thiếu một hoặc nhiều bước.  NCCDV đạt mức 2: không đủ năng lực cấp dịch vụ một cách độc lập. Nhưng có thể cung cấp dịch vụ dưới sự giám sát trực tiếp của cán bộ lâm sàng đã đủ năng lực. | |  |
| Các quan sát khác: | | |
| Hành động cụ thể trong trong thời gian tới để đạt/duy trì mức năng lực: | | |
| Tên NCCDV: | Chữ ký của cán bộ lâm sàng: | |
| Tên cán bộ đánh giá: | Chữ ký của cán bộ đánh giá: | |
| Ngày đánh giá: | Địa điểm: | |

