

چک لیست نظارت بر مؤسسات ارتوپدی فنی

اطلاعات کلی:

- نام و نام خانوادگی مسئول فنی : شماره پروانه موسسه :
تاریخ و ساعت بازدید : تاریخ اعتبار پروانه موسسه :
شماره نظام پزشکی : شماره تلفن همراه :
آدرس و ساعت و روزهای فعالیت موسسه: تعداد و متن تابلوی موسسه :
تعداد پرسنل، مشخصات و مدرک:

فضای فیزیکی:

- آیا تعداد پله مناسب یا آسانسور برای مددجو وجود دارد؟
 - آیا شیب و عرض رمپ و راه پله ها برای عبور ویلچر مناسب است؟
 - آیا بخش پذیرش و سالن انتظار مناسب و مجزا از بخشهای کارگاهی و معاینه وجود دارد؟
 - وضعیت جداسازی کابین ها جهت امنیت روانی بیمار مناسب است؟
 - کف اتاق قالب گیری و کارگاه گچ دارای سیستم زهکشی مناسب است؟
 - بخش های کارگاهی ارتز (واحد چرمکاری، سمباده کاری، پلاستیک و ...) تفکیک شده هستند؟
 - دستگاه های سمباده مجهز به سیستم ساکشن می باشند؟
 - آیا اتاقها دارای روشویی می باشد؟
 - آیا نور - تهویه و بهداشت فضا ها مناسب است؟
 - سرویس بهداشتی فرنگی و تی شوی مجزا وجود دارد؟
 - کپسول آتش نشانی با تاریخ اعتبار معتبر در بخش های مختلف وجود دارد؟
 - پرسنل حین کار از روپوش مناسب و ماسک استفاده می کنند؟
 - آیا تاریخچه گیری و تشکیل پرونده برای بیماران صورت می گیرد؟
- موارد عدم تطابق ذکر شود:

تجهیزات اتاق معاینه :

- پارالل - آینه قدی - پله تمرینی - جعبه کمک های اولیه - تخت و صندلی - روشویی و شیر آب - پارافین - ترازو - متر نواری -
فرم ها و چارت های اندازه گیری بریس - سطل آب و وسایل اندازه گیری - تخته های اندازه گیری کوتاهی - فریم قالبگیری -
ظرف آب مناسب برای قالبگیری

ابزار و تجهیزات کارگاه گچ و قالب گیری:

ظرف آب مناسب برای پر کردن قالب نگاتیو - گچ ساب در اشکال مختلف - توری فلزی - اسپاچولا - گیره قالبهای گچی - میله

ابزار و تجهیزات کارگاه ارتز:

اره عمودبر - دریل - کوره - دستگاه خال - ابزارهای دستی شامل: انبرقفل، آچار فرمان، چکش، انبردست، مته، پیچ و مهره و ... -
میز کار مناسب - ششوار کارگاهی - چرخ دور دوز

ابزار و تجهیزات کارگاه پروتز:

دستگاه ساکشن - اتو - مته بادی - دستگاه الایمنت (تنظیم راستا) - کوره مناسب - مواد اولیه شامل: رنگ، رزین، سیلیکون،

هاردینر و ...

موارد عدم تطابق ذکر شود:

نظریه کارشناس:

به

خانم/آقای.....بدلیل.....

تذکر شفاهی داده شد و مقرر گردید ایشان نسبت به رفع کلیه اشکالات موجود، سریعاً اقدام و نتیجه اقدامات اصلاحی را به معاونت درمان دانشگاه کتبا اعلام نمایند.

نام و نام خانوادگی و امضای کارشناس:

ابلاغ گردید . مهر و امضای مسئول فنی

موارد فوق به اینجانب

اظهار نظر مسئول فنی(در صورت تمایل و نیاز):