

## چک لیست نظارت بر دفتر کار بینایی سنجی

### اطلاعات کلی:

تاریخ و ساعت بازدید  
شماره نظام پزشکی :  
شماره تلفن همراه :  
تعداد و متن تابلوی دفتر کار :

نام و نام خانوادگی مسئول دفتر کار:  
تاریخ اعتبار پروانه دفتر کار :  
آدرس و ساعت و روزهای فعالیت:  
تعداد همکار، مشخصات و مدرک:

### فضای فیزیکی:

- |                              |                              |  |
|------------------------------|------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> بلی | آیا فضای فیزیکی دفتر کار حداقل ۳۰ متر مربع می باشد؟        |
| <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> بلی | آیا بخش پذیرش و سالن انتظار مناسب و مجزا وجود دارد؟        |
| <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> بلی | آیا اتاق معاینه دارای روشویی می باشد؟                      |
| <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> بلی | آیا نور - تهویه و بهداشت فضا ها مناسب است؟                 |
| <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> بلی | آیا سرویس بهداشتی و تی شوی مجزا وجود دارد؟                 |
| <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> بلی | آیا تعرفه خدمات درمانی نصب می باشد؟                        |
| <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> بلی | کپسول آتش نشانی با تاریخ اعتبار معتبر وجود دارد؟           |
| <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> بلی | آیا تاریخچه گیری و تشکیل پرونده برای بیماران صورت می گیرد؟ |
| <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> بلی | در صورت فروش عینک آیا مجوز ساخت و فروش عینک طبی وجود دارد؟ |
| <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> بلی | آیا تجهیزات اتاق معاینه کامل می باشد ؟                     |

رتینوسکوپ و افتالموسکوپ - جعبه عینک با فریم آزمایشی - پروژکتور و تابلوی دید دور - تست دید نزدیک - لنزومتر - تست رنگ - چراغ قوه- آینه - اسلیت لمپ - اتورفراکتومتر

موارد عدم تطابق ذکر شود: .....

موارد اقدامات غیر مجاز (تجویز دارو ، درخواست آزمایشات پاراکلینیکی و یا دخل و تصرف در نسخه پزشک ) که در دفتر کار انجام می شود ، ذکر گردد:

.....

به خانم/آقای.....بدلیل .....

تذکر شفاهی داده شد و مقرر گردید ایشان نسبت به رفع کلیه اشکالات موجود، سریعا 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 دفتر کار:

موارد فوق به اینجانب