

چک لیست نظارت بر دفتر کار تغذیه و رژیم درمانی

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 |
| <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> بلی |
| <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> بلی |
| <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> بلی |
| <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> بلی |
| <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> بلی |
| <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> بلی |
| <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> بلی |
| <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> بلی |
| <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> بلی |
| <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> بلی |
| <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> بلی |

آیا بخش پذیرش و سالن انتظار مناسب و مجزا وجود دارد؟

آیا فضای فیزیکی دفتر کار حداقل ۳۰ متر مربع می باشد؟

آیا اتاق معاینه دارای روشویی می باشد؟

آیا نور - تهویه و بهداشت فضا ها مناسب است؟

آیا سرویس بهداشتی و تی شوی مجزا وجود دارد؟

آیا تعرفه خدمات مشاوره ای نصب می باشد؟

کپسول آتش نشانی با تاریخ اعتبار معتبر وجود دارد؟

آیا تاریخچه گیری و تشکیل پرونده برای بیماران صورت می گیرد؟

آیا مکانی برای نگهداری پرونده ها و مدارک وجود دارد؟

آیا غیر از مشاوره چهره به چهره از ابزار ی نظیر نرم افزار ، CD ، کتاب و... استفاده می گردد؟

آیا مسئول دفتر کار در زمان بازدید حضور دارد؟

آیا تجهیزات اتاق معاینه موجود می باشد ؟

ترازوی اطفال و بزرگسال - قدسنج اطفال و بزرگسال - فشارسنج و گوشی - چارت های WHO-NCHS

موارد عدم تطابق ذکر شود:

موارد اقدامات غیر مجاز (تجویز داروهای غیر از مکمل ها ، 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