

چک لیست نظارت بر موسسه ساخت و فروش عینک طبی

اطلاعات کلی:

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

نام و نام خانوادگی مسئول فنی :
تاریخ اعتبار پروانه موسسه :
آدرس و ساعت و روزهای فعالیت:
تعداد پرسنل، مشخصات و مدرک:

فضای فیزیکی:

آیا فضای فیزیکی موسسه مناسب می باشد؟

آیا موسسه دارای روشویی می باشد؟

آیا نور - تهویه و بهداشت فضا ها مناسب است؟

آیا تعرفه خدمات ارائه شده نصب می باشد؟

کپسول آتش نشانی با تاریخ اعتبار معتبر وجود دارد؟

آیا اتاق تراش مجزا وجود دارد؟

آیا مسئول موسسه دارای مدرک معتبر می باشد؟

آیا مسئول فنی در زمان بازدید حضور دارد؟

آیا تجهیزات ساخت و فروش عینک موجود می باشد ؟

ویترین مناسب - فریم عینک - دستگاه تراش - لنزومتر - گرم کن

<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

موارد عدم تطابق ذکر شود:

موارد اقدامات غیر مجاز (فروش لنز تماسی - معاینه چشم) که در موسسه انجام می شود ، ذکر گردد:

.....

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