

چک لیست نظارت بر دفتر کاردرمانی

اطلاعات کلی:

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

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

فضای فیزیکی:

- آیا تعداد پله مناسب یا آسانسور برای مددجو وجود دارد؟
 بله خیر
 - آیا بخش پذیرش و سالن انتظار مناسب و مجزا از بخش کاردرمانی وجود دارد؟
 بله خیر
 - آیا فضای فیزیکی دفتر کار حداقل ۴۰ متر مربع می باشد؟
 بله خیر
 - آیا اتاقها دارای روشویی می باشد؟
 بله خیر
 - آیا نور - تهویه و بهداشت فضا ها مناسب است؟
 بله خیر
 - سرویس بهداشتی و تی شوی مجزا وجود دارد؟
 بله خیر
 - آیا تعرفه خدمات درمانی نصب می باشد؟
 بله خیر
 - کپسول آتش نشانی با تاریخ اعتبار معتبر در بخش های مختلف وجود دارد؟
 بله خیر
 - آیا تاریخچه گیری و تشکیل پرونده برای بیماران صورت می گیرد؟
 بله خیر
- آیا تجهیزات اتاق معاینه موجود می باشد ؟
- بله خیر

پارالل - آینه قدی - تخته تعادل - نردبان خوابیده - نردبان ایستاده - توپ وچ - میز - وسایل کمک آموزشی - بازی های فکری - تست های

بورد و تک بورد - مت - پازل - رولر - اوزرتسکی - cp standing table - پازل - تست های ادراکی و حرکتی ، کودیناف ، میلواکی

موارد عدم تطابق ذکر شود:

موارد اقدامات غیر مجاز (پذیرش مستقیم بیماران- صدور گواهی استراحت- در خواست آزمایشات پاراکلینیکی و رادیوگرافی) 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