

چک لیست نظارت بر دفتر کار گفتاردرمانی

اطلاعات کلی:

نام و نام خانوادگی مسئول دفتر کار: تاریخ و ساعت بازدید :
تاریخ اعتبار پروانه دفتر کار : شماره نظام پزشکی :
آدرس و ساعت و روزهای فعالیت: شماره تلفن همراه :
تعداد همکار، مشخصات و مدرک: تعداد و متن تابلوی دفتر کار :

فضای فیزیکی:

- آیا بخش پذیرش و سالن انتظار مناسب و مجزا وجود دارد؟ بلی خیر
- آیا فضای فیزیکی دفتر کار مناسب می باشد؟ بلی خیر
- آیا نور - تهویه و بهداشت فضا ها مناسب است؟ بلی خیر
- آیا سرویس بهداشتی و روشویی در دسترس می باشد؟ بلی خیر
- آیا تعرفه خدمات درمانی نصب می باشد؟ بلی خیر
- کپسول آتش نشانی با تاریخ اعتبار معتبر وجود دارد؟ بلی خیر
- آیا تاریخچه گیری و تشکیل پرونده برای بیماران صورت می گیرد؟ بلی خیر
- آیا مسئول فنی در زمان بازدید حضور دارد؟ بلی خیر
- آیا تجهیزات اتاق معاینه موجود می باشد؟ بلی خیر

وسایل باز خورد بینایی و شنوایی - وسایل کمک آموزشی (کارت تصویر - کتابهای آموزشی کودکان - لگو - پازل و ...) - برگه های ارزیابی اختلالات گفتار و زبان - قاشقک - گاز استریل - الکل - دستکش یکبار مصرف - نی - شمع - چراغ قوه - دستمال کاغذی - آینه - کامپیوتر - وسایل صدا ساز برای کودکان و وسایل بازی و آموزش کودکان - ضبط صوت برای ثبت نمونه گفتار مراجعین - میز و صندلی مناسب جهت مراجعین - آزمونهای مناسب برای تعیین سطح گفتار

موارد عدم تطابق ذکر شود:

موارد اقدامات غیر مجاز (تجویز دارو ، درخواست آزمایشات پاراکلینیکی و رادیولوژی 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، 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 دفتر کار:

موارد فوق به اینجانب