

## چک لیست نظارت بر مرکز ارائه خدمات بالینی در منزل

### اطلاعات کلی:

تاریخ و ساعت بازدید :

نام و نام خانوادگی مسئول فنی:

شماره نظام پزشکی :

تاریخ اعتبار پروانه مرکز :

شماره تلفن ثابت و همراه :

آدرس مرکز:

تعداد و متن تابلوی مرکز :

تعداد پرسنل، مشخصات و مدرک:

### فضای فیزیکی:

<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	آیا سالن انتظار و اتاق عقد قرارداد بطور مجزا وجود دارد؟
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	آیا فضای فیزیکی دفتر کار مناسب می باشد؟
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	آیا پرونده پرسنلی برای کارکنان مرکز تشکیل می شود؟
<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 مرکز 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 تشکیل پرونده برای بیماران صورت می گیرد؟
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	آیا مکانی برای نگهداری پرونده ها و مدارک وجود دارد؟
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	آیا مرکز مجهز به رایانه، پرینتر و مودم می باشد؟
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	آیا جهت موارد اضطراری قرارداد با مرکز آمبولانس خصوصی وجود دارد؟
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	آیا جهت ارجاع بیماران قرارداد با درمانگاه شبانه روزی یا بیمارستان غیر تخصصی موجود است؟
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	آیا تجهیزات پزشکی موجود می باشد؟(بر حسب نوع ارائه خدمات)
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	آیا مسئول فنی در زمان بازدید حضور دارد؟

موارد عدم تطابق ذکر شود: .....

موارد اقدامات غیر مجاز (ویزیت - تزریقات - پانسمان - واکسیناسیون و...) که در مرکز 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 فنی:

موارد فوق به اینجانب