



معاونت درمان

فرم بازدید دفتر کار مامایی

تاریخ و ساعت بازدید :

شماره پروانه دفتر کار :

شماره نظام پزشکی :

نام و نام خانوادگی ماما :

شماره تلفن همراه :

تاریخ اعتبار پروانه دفتر کار :

شهرستان مجاز به فعالیت (مدرج در پروانه دفتر کار):

آدرس و ساعت و روزهای فعالیت دفتر کار :

کد پستی دفتر کار :

تلفن ثابت :

تلفن ثابت:

در صورتیکه بیش از یک دفتر کار دارد، آدرس و زمان فعالیت در دفتر کار دوم قید گردد:

اصل پروانه دفتر کار در معرض دید نصب می باشد؟ بلی خیر

نرخ تعرفه ها در معرض دید نصب شده است؟ بلی خیر

تعرفه های مصوب ابلاغی رعایت می گردد؟ (میزان تعرفه آزاد دریافتی:.....) بلی خیر

تعداد تابلو: - ابعاد تابلو: - عنوان تابلو (مطابقت با پروانه دفتر کار):

مطابقت عناوین تابلو با سرنسخه و کارت ویزیت؟ بلی خیر

موارد عدم تطابق یا موارد غیر مجاز ذکر شود:

فضای فیزیکی اتاق معاینه مناسب می باشد؟ بلی خیر

شرایط و مساحت سالن انتظار مناسب است؟ بلی خیر

تخت معاینه زنان سالم با پوشش مناسب وجود دارد؟ بلی خیر

از پاراوان یا پرده مناسب در کنار تخت معاینه استفاده می شود؟ بلی خیر

تشکیل پرونده دوران بارداری بر اساس پروتکل وزارت بهداشت انجام می شود؟ بلی خیر

شرایط نور، سیستم گرمایش و سرمایش، تهویه و وضعیت نظافت دفتر کار مناسب است؟ بلی خیر

موارد عدم تطابق ذکر شود:

شرایط سرویس بهداشتی (از جمله نصب صابون مایع در دستشویی) وجود دارد؟ بلی خیر

آیا تزریقات و پانسمان در دفتر کار انجام می شود؟ بلی خیر

سطل زباله دربار و پدال دار با کیسه زباله استاندارد وجود دارد؟ بلی خیر

ست معاینه (از جمله فشار سنج و گوشی، گوشی مامایی، ترمومتر، ترازو، ست IUD

، لگن شستشو، اسپکولوم یکبار مصرف، وسایل پاپ اسمیر و سونی کید) وجود دارد؟

- برای استریل کردن وسایل از فور یا اتوکلاو و تست های مربوطه استفاده می شود؟
 بلی خیر
- ست احیاء و داروهای اورژانس وجود دارد؟
 بلی خیر
- برای جمع آوری زباله های نوک تیز و برنده از سیفتی باکس استفاده می شود ؟
 بلی خیر
- قرارداد حمل زباله عفونی ، با سازمان خدمات موتوری شهرداری منعقد شده است ؟
 بلی خیر

- موارد عدم تطابق ذکر شود:

- کپسول اکسیژن با شرایط استاندارد(از جمله مانومتر سالم و ماسک) وجود دارد؟
 بلی خیر

- موارد تبلیغات غیر مجاز ذکر شود:

- موارد اقدامات غیر مجاز که در دفتر کار انجام می شود، ذکر شود (انجام سقط ، کرایو تراپی ، SKIN CARE ، تزریقات و سرم تراپی جهت بیماران خارج از دفتر کار ، دخالت در درمان بیماریهای زنان خارج از شرح وظایف) :

- نواقص و اشکالاتی که علیرغم تذکر در بازدید قبلی ،هنوز اصلاح نشده اند ذکر شود:

- نحوه برخورد و میزان همکاری با کارشناسان نظارت بر درمان مناسب است؟
 بلی خیر

نظریه کارشناس:

.....به خانم.....به دلیل.....

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 ماما	موارد فوق به اینجانب خانم اظهار نظر ماما(در صورت تمایل و نیاز):
--------------------------------	--