

چک لیست نظارت بر مرکز مشاوره و خدمات پرستاری

اطلاعات کلی:

نام و نام خانوادگی مسئول مرکز: تاریخ و ساعت بازدید :
تاریخ اعتبار پروانه مرکز : شماره نظام پزشکی :
آدرس مرکز: شماره تلفن ثابت و همراه :
تعداد پرسنل، مشخصات و مدرک: تعداد و متن تابلوی مرکز :

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 خدماتی و پشتیبانی 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 بطور شبانه روزی پاسخگوی بیماران می باشد؟ |
| <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> بلی | آیا مسئول مرکز در زمان بازدید حضور دارد؟ |
| <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> بلی | آیا تجهیزات اولیه خدمات پرستاری موجود می باشد ؟ |

تجهیزات تزریقات - سرم تراپی - سونداژ - پانسمان - اکسیژن تراپی و ...

موارد عدم تطابق ذکر شود:

موارد اقدامات غیر مجاز (شامل کلیه موارد خدمات پرستاری) 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 مرکز:

موارد فوق به اینجانب