

چک لیست نظارت بر مؤسسه فیزیوتراپی

اطلاعات کلی:

- نام و نام خانوادگی مسئول فنی :
شماره پروانه موسسه :
شماره تلفن همراه :
آدرس و ساعت و روزهای فعالیت موسسه:
تعداد پرسنل، مشخصات و مدرک:
تاریخ و ساعت بازدید :
شماره نظام پزشکی :
تاریخ اعتبار پروانه موسسه :
تعداد و متن تابلوی موسسه :

فضای فیزیکی:

- | | | |
|------------------------------|------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> بلی | آیا تعداد پله مناسب یا آسانسور برای مددجو وجود دارد؟ |
| <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> بلی | آیا شیب و عرض رمپ و راه پله ها برای عبور ویلچر مناسب است؟ |
| <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> بلی | آیا بخش پذیرش و سالن انتظار مناسب و مجزا از بخشهای دیگر وجود دارد؟ |
| <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> بلی | وضعیت جداسازی کابین ها جهت امنیت روانی بیمار مناسب است؟ |
| <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> بلی | آیا متراژ فضای فیزیکی موسسه و ارتفاع سقف مناسب می باشد؟ |
| <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> بلی | آیا سالن های الکتروتراپی و مکانوتراپی مجزا می باشند |
| <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> بلی | آیا سیم ارت وجود دارد؟ |
| <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> بلی | آیا اتاقها دارای روشویی می باشد؟ |
| <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 | سرویس بهداشتی فرنگی (ثابت یا پرتابل با دستگیره روی دیوار) و تی شوی مجزا وجود دارد؟ |
| <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 وضعیت فعلی موسسه با پلان ارائه شده به معاونت تطابق دارد؟ |
| <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> بلی | آیا اتاق مسئول فنی بطور مجزا وجود دارد؟ |

آیا مسئول فنی در زمان بازدید حضور دارد؟

خیر بلی

آیا تاریخچه گیری و تشکیل پرونده برای بیماران صورت می گیرد؟

خیر بلی

موارد عدم تطابق ذکر شود:.....

تجهیزات الکتروتراپی: هات پک - حوله - ملحفه - پک الکترودها - مادون قرمز - استیمولاتور و TNS - اینترفرنشیاال - دستگاه اولتراسوند - دستگاه دیاترمی - دستگاه لیزر

تجهیزات مکانوتراپی: شولدر ویل - FEPS - Quads table - فریم و متعلقات - کشش مکانیکی یا الکتریکی - ست وزنه - دوچرخه ثابت

موارد عدم تطابق ذکر شود:.....

نظریه کارشناس:

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:

موارد فوق به اینجانب ابلاغ گردید . مهر و امضای مسئول فنی

اظهار نظر مسئول فنی(در صورت تمایل و نیاز):