



## معاونت درمان

### فرم بازدید از درمانگاهها

تاریخ و ساعت بازدید :

نام درمانگاه :

آدرس :

تاریخ اعتبار پروانه تاسیس :

کد پستی :

تلفن ثابت :

نام مسئولین فنی شب:

نام مسئول فنی عصر:

نام مسئول فنی صبح:

ردیف	وضعیت استاندارد	موارد عدم تطابق	توضیحات
۱	اندازه و تعداد تابلوی درمانگاه استاندارد باشد		
۲	عناوین تابلو و سرنسوخه مطابق با بخشهای موجود در پروانه تاسیس باشد (سرنسوخه ضمیمه گردد)		
۳	تابلوی درمانگاه دارای عناوین کلینیک و یا پلی کلینیک نباشد		
۴	پروانه های تاسیس و مسئولین فنی دارای اعتبار ، در معرض دید مراجعین نصب شده باشد		
۵	کلیه بخشهای موجود در پروانه تاسیس فعال باشد (ذکر کلیه بخشها و تخصصهای فعال درمانگاه)		
۶	بخش خارج از پروانه تاسیس فعال نباشد		
۷	درمانگاه دارای داروخانه <input type="checkbox"/> آزمایشگاه <input type="checkbox"/> رادیولوژی <input type="checkbox"/> و یا سایر واحدهای پاراکلینیک <input type="checkbox"/> باید برای هر کدام پروانه مسئولیت فنی معتبر داشته باشد		
۸	کلیه پزشکان و پیراپزشکان شاغل در درمانگاه به همراه مدارک لازم ، به معاونت درمان معرفی شده باشند.		
۹	پروانه مطب معتبر پزشکان و مدرک تحصیلی یا مجوز اشتغال سایر پرسنل فنی وجود داشته باشد		
۱۰	مسئولین فنی حضور مستمر ( از جمله در زمان بازدید) داشته باشند.		
۱۱	در صورت عدم امکان حضور مسئول فنی ، فرد جانشین به معاونت درمان معرفی شده باشد		
۱۲	مشخصات و تخصص کلیه پزشکان شاغل در نوبتهای مختلف ، در تابلوی اعلانات درج شود		
۱۳	تعرفه ها در معرض دید بیماران نصب و رعایت گردد		
۱۴	پرسنل پزشکی و پیراپزشکی دارای اتیکت شناسایی و پوشش مناسب (روپوش سفید) باشند		
۱۵	تبلیغات غیر مجاز و یا گمراه کننده وجود نداشته باشد.		
۱۶	درمانگاه دارای آمبولانس و یا قرارداد با مراکز آمبولانس خصوصی باشد. ( نام آمبولانس خصوصی طرف قرارداد در قسمت توضیحات ذکر شود )		
۱۷	سوابق مصونیت یا واکسیناسیون بر علیه هپاتیت B جهت کلیه کارکنان شاغل وجود داشته باشد		
۱۸	برای بیماران پرورنده پزشکی تشکیل و نگهداری شود. (با ذکر نام و نام خانوادگی -سن-تاریخ و ساعت مراجعه- علت مراجعه-اقدامات انجام شده-تشخیص بیماری - نام پزشک و میزان هزینه دریافتی )		
۱۹	اصول بهداشت و نظافت عمومی رعایت گردد		
۲۰	وضعیت نور ، تهویه و سیستمهای برودتی/حرارتی مناسب باشد		
۲۱	داروهای غیر اورژانس در درمانگاه نگهداری نشود		

۲۲	دارو و یا وسایل مصرفی تاریخ گذشته وجود نداشته باشد	
۲۳	برای تمیز کردن کف و سطوح از محلول ضدعفونی کننده مناسب استفاده گردد	
۲۴	فضای اتاق عمل سرپایی حداقل ۱۰متر مربع و در صورت اشتراک با اتاق CPR حداقل ۱۶ متر مربع باشد	
۲۵	سیستم اطفاء حریق (دارای شارژ معتبر) بطور مناسب وجود داشته باشد	
۲۶	زباله های عفونی تفکیک و طبق ضوابط امحا شود(قرارداد با سازمان خدمات موتوروی شهرداری جهت حمل زباله عفونی موجود باشد)	
۲۷	ظروف جمع آوری پسماندهای نوک تیز و برنده(سفتی باکس) وجود داشته باشد	
۲۸	ترالی اورژانس با داروها و امکانات کامل احیا وجود داشته باشد (منطبق با لیست اعلام شده )	
۲۹	جهت استریل کردن وسایل از اتوکلاو کلاس B استفاده شود	
۳۰	دستگاه الکتروشوک و نوار قلب سالم وجود داشته باشد	
۳۱	کپسول اکسیژن سالم و پر با مانومتر سالم و ماسک تمیز وجود داشته باشد	
۳۲	تجهیزات پزشکی مطابق با خدمات ارائه شده در درمانگاه وجود داشته باشد	
۳۳	سطل زباله دربدار و پدال دار با کیسه زباله زردرنگ جهت زباله های عفونی وجود داشته باشد	
۳۴	از ملحفه و روانداز تمیز و یکبار مصرف استفاده شود	
۳۵	سیستم برق اضطراری وجود داشته باشد	
۳۶	در اتاق تزریقات ،دفتر ثبت مشخصات بیماران وجود داشته باشد(با ذکر نام و نام خانوادگی-سن-تاریخ و ساعت مراجعه-نام آمپول یا سرم-نوع تزریق-نام مسئول انجام تزریق-نام پزشک)	
۳۷	حداقل تخت های لازم جهت تزریقات و پانسمان و سرم درمانی و تحت نظر ۶ عدد ( با تفکیک مناسب فضای لازم برای خانمها و آقایان ) باشد	
۳۸	اتاق CSR شرایط استاندارد و مناسب داشته باشد (با تاکید بر متراژ مناسب ،قابل شستشو بودن ،داشتن میز پکینگ ، سینک شستشو و تهویه مناسب )	
۳۹	شرایط استاندارد جهت ست ها و پگ های استریل رعایت شود(درج تاریخ- استفاده از تست اندیکاتور)	
۴۰	در صورت نیاز به تغییر ساختار فیزیکی ،باید این امر با ارائه پلان و تایید معاونت درمان دانشگاه صورت گیرد	
۴۱	-نحوه برخورد و میزان همکاری با کارشناسان نظارت بر درمان مناسب است؟	
۴۲	رعایت قانون و آئین نامه مرتبط با انطباق امور پزشکی با موازین شرع مقدس و کلیه شئون حرفه ای و اخلاقی در ارائه خدمات به بیماران ضروریست	
۴۳	فرم گزارش بیماریهای مشمول گزارش دهی تکمیل و بایگانی شود	

نظریه کارشناس:

به خانم/آقای دکتر .....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:

مهر و امضای مسئول فنی

موارد فوق به اینجانب دکنر

ابلاغ گردید .