



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی
تهران

معاونت درمان

فرم بازدید مطب پزشکان متخصص

.....

تاریخ و ساعت بازدید: نوع تخصص:

شماره پروانه مطب: شماره نظام پزشکی: نام و نام خانوادگی پزشک:

شماره تلفن همراه: تاریخ اعتبار پروانه مطب: شهرستان مجاز به فعالیت (مندرج در پروانه مطب):

آدرس و ساعت و روزهای فعالیت مطب اول:

تلفن ثابت: کد پستی:

آدرس و ساعت و روزهای فعالیت مطب دوم: تلفن ثابت:

آیا در استخدام ارگان دولتی و وابسته می باشد؟ (نام ارگان و نوع استخدام:.....) بلی خیر

اصل پروانه مطب 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:

موارد عدم تطابق یا موارد غیر مجاز ذکر شود:

اتاق معاینه با فضای مناسب وجود دارد؟ بلی خیر

شرایط و مساحت سالن انتظار مناسب است؟ بلی خیر

نور، سیستم گرمایش و سرمایش، تهویه و وضعیت نظافت و بهداشت مطب مناسب است؟ بلی خیر

موارد نامناسب ذکر شود:

سرویس بهداشتی مناسب با صابون مایع وجود دارد؟ بلی خیر

آیا واحد تزریقات و پانسمان دارد؟ (در صورت وجود واحد، فرم مربوطه پر شود) بلی خیر

تشکیل پرونده و بایگانی مدارک پزشکی و سوابق بیماران انجام می شود؟ بلی خیر

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

فشار سنج، گوشی، ست احیاء، آمبولگ، داروهای اورژانس وجود دارد؟ بلی خیر

موارد الزامی از تجهیزات و داروها، که وجود ندارد:

کپسول اکسیژن با شرایط استاندارد وجود دارد؟ بلی خیر

* در مطب‌هایی که تزریقات، پانسمان، جراحی های سرپایی و یا معاینات زنانگی به عمل می آید، الزامی است که:

۱- کلیه افراد مرتبط، بر علیه هیپاتیت B واکسینه شده و سوابق واکسیناسیون یا مصونیت، جهت ارائه به بازرسین نگهداری شود.

۲- کلیه شرایط استاندارد جهت استفاده از لوازم مصرفی استریل (از جمله دارابودن اتوکلاو و یا استفاده از لوازم یکبار مصرف استریل) رعایت گردد.

موارد عدم تطابق ذکر شود:

- سایر اقدامات تشخیصی، درمانی یا ارائه خدمات جانبی که در مطب انجام می شود:

خیر

بلی

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

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:

موارد فوق به اینجانب دکتر ابلاغ گردید . مهر و امضای پزشک

اظهار نظر پزشک: