



معاونت درمان

فرم بازدید واحد تزریقات و پانسمان

تاریخ و ساعت بازدید:

.....

شماره تلفن همراه:

مدرک تحصیلی :

نام و نام خانوادگی متصدی تزریقات:

- مجوز معتبر تاسیس واحد تزریقات و پانسمان از معاونت درمان دانشگاه اخذ شده است؟
- بلی خیر
- سابقه مصونیت یا واکسیناسیون بر علیه هپاتیت B برای متصدی تزریقات وجود دارد؟
- بلی خیر
- دیوارهای اتاق تزریقات تا ارتفاع ۱۸۰ سانتیمتر با سرامیک یا سنگ پوشیده و یا کلیه جوهه با رنگ روغن رنگ شده است؟
- بلی خیر
- دستشویی همراه با صابون مایع، در واحد تزریقات وجود دارد؟
- بلی خیر
- سطح زباله دربار و پدال دار با کیسه زباله زرد استاندارد وجود دارد؟
- بلی خیر
- شرایط اتاق تزریقات، از جمله نور، تهویه و رعایت مقررات بهداشتی مناسب و قابل قبول است؟
- بلی خیر
- موارد عدم تطابق ذکر شود:

- آیا ضدعفونی سطوح (کف و دیوارها) با برنامه زمانی منظم انجام می شود؟
- بلی خیر
- جداسازی فضای تزریقات زنان و مردان به نحو مناسب انجام شده است؟
- بلی خیر
- برای جمع آوری زباله های نوک تیز و برنده از سیفتی باکس استفاده می شود ؟
- بلی خیر
- دفتر ثبت اسامی بیماران موجود است؟
- بلی خیر

(در این دفتر باید نام و نام خانوادگی بیمار، سن، تاریخ، ساعت مراجعه، نام داروی تزریقی و روش تزریق نوشته شود.)

- قرارداد حمل زباله عفونی، با سازمان خدمات موتوری شهرداری منعقد شده است ؟
- بلی خیر
- حجامت انجام می شود؟
- بلی خیر - گواهی دوره حجامت دارد؟
- بلی خیر
- وجود حداقل ۲ تخت تزریقات رعایت شده است؟
- بلی خیر
- متصدی تزریقات، روپوش سفید و تمیز به تن دارد؟
- بلی خیر
- برای استریل کردن وسایل از اتوکلاو کلاس B با لحاظ کردن شرایط استاندارد استفاده می شود؟
- بلی خیر
- موارد الزامی از تجهیزات و داروها، که در واحد تزریقات وجود ندارد:

- کپسول اکسیژن با مانومتر و ماسک سیستم اطفاء حریق لارنگوسکوپ لوله تراشه airway آمبوبگ چراغ قوه
- گوشی و فشار سنج سوند نلاتون ست سرم آنژیوکت پگ پانسمان استریل سرنگ و سر سوزن بتادین

- الکل ۷۰ آمپول هیدروکورتیزون آمپول آدرنالین آمپول آتروپین آمپول کلسیم آمپول آمینوفیلین آمپول دیازپام
 آمپول پرومتازین آمپول متوکلوپرامید آمپول لازیکس آمپوی بی پریدین آمپول نالوکسان آب مقطر پرل TNG
 سرم قندی ۲ عدد سرم رینگر ۲ عدد سرم قندی و نمکی ۲ عدد نرمال سالین ۲ عدد ویال گلوکز هیپرتونیک
 ملزومات پانسمان و سوختگی

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

- میزان تعرفه دریافتی جهت تزریق سرم..... تزریق عضلانی..... تزریق وریدی.....

نظریه کارشناس:

به خانم/آقای..... 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 پزشک

ابلاغ گردید . امضای متصدی تزریقات:

موارد فوق به اینجانب