

چک لیست کشوری مطب پزشکان متخصص

نام و نام خانوادگی پزشک:

تاریخ اعتبار پروانه مطب:

شماره نظام پزشکی:

کد ملی دارنده پروانه:

شماره پروانه مطب:

آدرس پستی و منطقه شهرداری:

تلفن ثابت و همراه:

تاریخ و ساعت بازدید:

ساعت و روزهای فعالیت:

شهرستان مجاز به فعالیت مندرج در پروانه مطب:

شرایط خاص:

رشته درج در پروانه:

مجوزها (تاریخ اعتبار مجوز - مرجع صدور):

گرایشهای مندرج در تابلو:

| محور | عنوان | شاخص اندازه گیری | | | | روش ارزیابی | توضیحات |
|-----------------------------------|---|------------------|---|---|-------------|----------------|--|
| | | ۰ | ۱ | ۲ | ضریب امتیاز | | |
| مجوز | پزشک دارای پروانه طبابت معتبر می باشد. | | | | ۴ | مشاهده | مشاهده پروانه مطب معتبر پزشک |
| | واحد تزریقات دارای مجوز می باشد | | | | ۳ | مشاهده | |
| نیروی انسانی | متصدی تزریقات شرایط لازم جهت انجام تزریقات دارد. | | | | ۲ | مشاهده و بررسی | وجود پرستار ، بهیار ، پزشک یار و کاردان ها کارشناسان گروه پیراپزشکی در واحد تزریقات |
| | افراد فاقد صلاحیت در مطب فعالیت نمی نمایند. | | | | ۳ | مشاهده و بررسی | فعالیت افراد بدون داشتن مدرک و مجوز های مرتبط در خصوص حجامت ، مراقبت های پوستی ، بخیه و تزریقات |
| مراقبت و درمان | تزریقات ، سرم تراپی ، بخیه و پانسمان در مطب بدون داشتن واحد تزریقات انجام می شود. | | | | ۱ | مشاهده مستندات | |
| | اقدامات درمانی - تشخیصی غیر مجاز انجام نمی شود | | | | ۳ | مشاهده مستندات | مطابق دستورالعمل های ابلاغی وزارت بهداشت و سایر مراجع ذی صلاح اقدام فاقد مجوز |
| آموزش ، اطلاع رسانی و مدارک پزشکی | اندازه ، تعداد و عناوین تابلو استاندارد می باشد. | | | | ۳ | مشاهده | اندازه و تعداد تابلو مطابق با آئین نامه تابلو و سرنسخه سازمان نظام پزشکی - درج حد اکثر ۳ عنوان در تابلو - عدم استفاده از عناوین مرکز و یا پاراکلینیک |
| | عناوین تابلو با سرنسخه و کارت ویزیت مطابقت دارد (سرنسخه ضمیمه گردد) | | | | ۲ | مشاهده و بررسی | مشاهده همسان بودن عناوین تابلو و سرنسخه و کارت ویزیت |
| | دفتر ثبت مشخصات جهت بیماران درواحد تزریقات وجود دارد | | | | ۲ | مشاهده مستندات | ثبت نام و نام خانوادگی - سن - تاریخ و ساعت مراجعه - نام آمبول یا سرم - نوع تزریق - نام مسئول انجام تزریق - نام پزشک معالج |
| | برای کلیه مراجعین پرونده تشکیل می شود. | | | | ۱ | مشاهده مستندات | ثبت نام و نام خانوادگی - سن - تاریخ و ساعت و علت مراجعه - اقدامات انجام شده - تشخیص بیماری - نام و مهر پزشک در پرونده |
| فضای فیزیکی | الزامات آیین نامه ضوابط و تسهیلات مطب در مرحله تاسیس رعایت گردیده است. | | | | ۲ | مشاهده مستندات | شرایط مطابق آیین نامه مذکور |
| | در فضای فیزیکی ، تغییری در مقایسه با پلان قبلی ایجاد نشده است. | | | | ۲ | مشاهده مستندات | |
| | در صورت داشتن واحد تزریقات فضای فیزیکی استاندارد لازم را دارد | | | | ۲ | مشاهده مستندات | شرایط: وجود اتاق با حداقل متراژ ۱۲ متر مربع و به سو - وجود روشویی - دارابودن تهویه و نور مناسب - دیوار و کف قابل شستشو - وجود حداقل دو تخت تزریقات |
| | سوابق مصونیت بر علیه هیپاتیت B وجود دارد | | | | ۱ | مشاهده مستندات | بررسی مستندات مربوط به مصونیت بر علیه هیپاتیت B |
| | ظروف جمع آوری پسماندهای نوک تیز و برنده (سفتی باکس) وجود دارد | | | | ۱ | مشاهده و بررسی | تعویض به موقع safety box (پس از پر شدن ۳/۴ آن) - درج تاریخ شروع استفاده بر روی آن - نحوه OUT نمودن safety box |
| | قرارداد حمل زباله عفونی با خدمات موتوری شهرداری وجود دارد | | | | ۱ | مشاهده مستندات | وجود قرارداد دفع پسماند عفونی معتبر |
| | برای تمیز کردن کف و سطوح از محلول ضد عفونی کننده مناسب استفاده می گردد. | | | | ۱ | مشاهده و بررسی | وجود محلول های ضد عفونی سطوح کوچک و بزرگ - وجود محلول ضد عفونی سریع الاثر وسایل و تجهیزات - استفاده صحیح از محلولهای |

