



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی  
معاونت درمان  
اداره نظارت و بازرسی

تاریخ بازدید:.....  
ساعت بازدید:.....  
پوست:.....

### فرم بازدید از مرکز ارائه خدمات و مراقبتهای بالینی در منازل

- نام مرکز: ..... منطقه شهر داری: .....
- نشانی کامل - شماره های تلفن و نمابر: .....
- نام و نام خانوادگی موسس: ..... شماره و تاریخ پروانه تاسیس: .....
- نام و نام خانوادگی مسئول فنی: ..... شماره و تاریخ پروانه مسئول فنی: .....
- پروانه های تاسیس و مسئول فنی در معرض دید مراجعین نصب  شده  نشده
- تعداد تابلو  عنوانین: .....
- مسئول فنی در ساعات فعالیت مرکز حضور و نظارت مستقیم  دارد  ندارد
- مشخصات ساختمان:  شخصی  استیجاری  سایر موارد
- مساحت تقریبی: ..... تعداد اتاقها: ..... تعداد طبقات: .....
- اتاق مسئول فنی:  دارد  ندارد  سرویس بهداشتی مناسب:  دارد  ندارد
- اتاق استراحت پزشک:  دارد  ندارد  تهویه و نور مناسب:  دارد  ندارد
- اتاق عقد قرارداد:  دارد  ندارد  سیستم اطفاء حریق:  دارد  ندارد
- اتاق انتظار:  دارد  ندارد  کامپیوتر با چاپگر و Modem:  دارد  ندارد
- اتاق بایگانی دارد:  دارد  ندارد  دو خط تلفن مستقل:  دارد  ندارد
- روزهای فعالیت مرکز: ..... ساعات فعالیت مرکز: .....
- مرکز با درمانگاه شبانه روزی قرارداد همکاری:  دارد  ندارد
- مرکز با بیمارستان عمومی قرارداد همکاری:  دارد  ندارد
- مرکز با آمبولانس خصوصی قرارداد همکاری:  دارد  ندارد
- مرکز در صورت داشتن آمبولانس آئین نامه مصوب مرکز آمبولانس خصوصی را رعایت می نماید  نمی نماید

- دفتر آمار و پذیرش بیماران: دارد  ندارد
- گزارش عملکرد ماهیانه به دانشگاه ارسال می شود  نمی شود
- خدمات تزریقات - پانسمان - واکسیناسیون - ویزیت و ... در مرکز ارائه می شود  نمی شود
- تعرفه خدمات ارائه شده طبق بررسی قبض های بیماران:
- نظارت بر کیفیت و کمیت تجهیزات پزشکی بکار گرفته شده انجام میشود  نمی شود
- مشخصات پرونده بیماران:
- ثبت مشخصات کامل بیمار دارد  ندارد  سیر مراحل بیماری دارد  ندارد
- نام پزشک و پیراپزشک دارد  ندارد  اقدامات انجام شده دارد  ندارد
- وضعیت بهداشتی:
- بهداشت فردی (روپوش - اتیکت - کارت شناسایی) خوب  قابل قبول  نامناسب
- بهداشت محیط (درب - دیوار - کف - سقف) خوب  قابل قبول  نامناسب
- بهداشت تجهیزات موجود در مرکز خوب  قابل قبول  نامناسب
- مشخصات کارکنان پزشکی - پیراپزشکی و پشتیبانی:

اسامی پیراپزشکان		پزشکان حاضر در زمان بازدید		
تخصص	نام و نام خانوادگی	تاریخ و اعتبار پروانه مطب	تخصص	نام و نام خانوادگی

- نمونه کارت  فرمهای مورد استفاده  پیوست است.

- ملاحظات:

نام و نام خانوادگی کارشناس:

نام و نام خانوادگی مسئول فنی:

امضاء:

امضاء و مهر مرکز:

تاریخ: