



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

معاونت درمان

اداره نظارت و بازرسی

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

پوست:

فرم بازدید از درمانگاههای عمومی

شهرستان:

نام درمانگاه (طبق پروانه تاسیس):

نشانی کامل - شماره تلفن - فکس - کدپستی - E.mail:

منطقه شهری:

مالکیت: شخصی استیجاری وقفی وابسته به ارگانها سایر خیریه

شماره و تاریخ پروانه تاسیس یا بهره برداری:

تاریخ اعتبار پروانه:

ساعت فعالیت فعلی درمانگاه:

ساعت فعالیت درمانگاه: (طبق پروانه)

بخشهای مندرج در پروانه تاسیس:

مشخصات موسس یا موسسین:

نام و نام خانوادگی مسئول فنی صبح:

نام و نام خانوادگی مسئول فنی عصر:

همکاری با بیمه ها: خدمات درمانی تامین اجتماعی نیروهای مسلح بانک ها شهری کمیته امداد سایر

بخش های فعال در زمان بازدید:

تعداد تابلو و ابعاد تابلو:

عناوین و بخش های مندرج در تابلو درمانگاه:

توضیحات	خیر	بلی	سؤالات
			<p>1- آیا مسئول فنی در زمان بازدید حضور دارد؟ (در صورت عدم حضور مسئول فنی، جانشین نامه کتبی دارد؟)</p> <p>2- آیا برنامه کار پزشکان در رویت دید عموم (در محل پذیرش) می باشد؟</p> <p>3- آیا تعرفه های مورد عمل در رویت دید عموم (در محل پذیرش) می باشد؟</p> <p>4- آیا درمانگاه دارای آمبولانس با تجهیزات لازم و یا قرارداد با مراکز آمبولانس خصوصی مجاز است؟</p> <p>5- آیا درمانگاه دارای برانکاردر و ویلچر مناسب می باشد؟</p> <p>6- آیا درمانگاه وضحیت تهویه و نور مناسب دارد؟</p> <p>7- آیا درمانگاه دارای سرویس بهداشتی ، تی شور مناسب دارد؟</p> <p>8- آیا برای ضد عفونی و تمیز کردن سطوح از محلول مناسب استفاده می گردد؟</p> <p>9- آیا برای دفع پسماندهای پزشکی با شهرداری و سایر ارگانهای ذیربط طبق مدیریت پسماندها عمل میشود؟</p> <p>10- آیا پزشکان و پرسنل درمانی یونیفرم مناسب و اتیکت شناسایی دارند؟</p> <p>11- آیا در فضاهای درمانی سطل زباله دربار و پدالی با کیسه زباله زرد رنگ مقاوم جهت دفع زباله های عفونی استفاده می گردد؟</p>

ساختار فیزیکی و تاسیسات:

ملاحظات	خیر	بلی	سؤالات
			<p>1- فضای سالن انتظار و آبرسردکن</p> <p>2- پله دارای حفاظ مناسب</p> <p>3- اتاق مخصوص استراحت پزشک</p> <p>4- انبار تجهیزات و انبار تمیز</p> <p>5- رختکن پرسنل</p>

6- انبار کثیف با ماشین لباسشویی

7- آبدارخانه با شرایط بهداشتی مناسب

8- بایگانی

9- اتاقک زباله با شرایط استاندارد

10- سیستم گرم کننده و خنک کننده

11- لوله کشی آب گرم

12- کپسول اطفای حریق به تعداد کافی

13- برق اضطراری

- اتاق احیاء قلبی و ریوی (CPR):

ملاحظات	خیر	بلی	سؤالات
			1- آیا اتاق CPR دارای فضای مستقل می باشد؟
			2- آیا نور و تهویه کافی دارد؟
			3- آیا اصول بهداشت و نظافت عمومی رعایت می گردد؟
			4- آیا تجهیزات و داروهای احیاء مطابق لیست استاندارد موجود می باشد؟
			5- آیا لیست داروهای اورژانس همراه با درج تاریخ انقضاء و تعداد داروها موجود است؟
			6- آیا پرسنل آمادگی و آشنایی کامل جهت کار با وسایل و تجهیزات را دارند؟
			7- آیا کپسول اکسیژن با شرایط استاندارد موجود است؟
			8- آیا ساکشن سالم و آماده کار می باشد؟
			9- آیا شیشه های ساکشن تمیز و خشک نگهداری می شود؟

- اتاق عمل سرپایی :

ملاحظات	خیر	بلی	سؤالات
---------	-----	-----	--------

- 1- آیا فضای مستقل جهت اتاق عمل سرپایی وجود دارد؟
- 2- آیا سینگ مجزا شستشوی ابزار و دست مجزا وجود دارد؟
- 3- آیا کمد یا قفسه ای جهت نگهداری وسایل استریل در نظر گرفته شده است؟
- 4- آیا چراغ معاینه (ترجیحاً سیالتیک) موجود است؟
- 5- آیا اصول بهداشت و نظافت عمومی رعایت می گردد؟
- 6- آیا اصول پکینگ و استریلیزاسیون رعایت می گردد؟
- 7- آیا کپسول اکسیژن با حفاظ مناسب (دارای زنجیر و چرخ) موجود است؟
- 8- آیا ساکشن سالم و آماده کار می باشد؟
- 9- آیا مشخصات و گزارش اقدامات انجام شده در خصوص مراجعین ثبت می گردد؟

تزریقات و پانسمان:

ملاحظات	خیر	بلی	سؤالات
			<ol style="list-style-type: none"> 1- آیا اتاق تزریقات و پانسمان به تفکیک خانم ها و آقایان موجود است؟ 2- آیا زباله های تیز و برنده بطور مجزا در ظروف جمع آوری با برچسب هشدار دهنده ایمن (Safety Box) جمع آوری می گردد؟ 3- آیا اصول بهداشت و نظافت عمومی رعایت می گردد؟ 4- آیا آیین نامه انطباق امور پزشکی با موازین شرع مقدس رعایت می گردد؟ 5- آیا تزریقات با رویت نسخه پزشک صورت می گیرد؟ 6- آیا مشخصات مراجعین به طور کامل در واحد تزریقات ثبت می گردد؟ 7- آیا الکل طبی استفاده می گردد؟ 8- آیا کپسول اکسیژن موجود است؟ 9- آیا نور و تهویه مناسب است؟
			<p>تعداد تخت تزریقات : آقایان:</p> <p>خانم ها:</p>

- سرم تراپی (بستری موقت - تحت نظر) :

ملاحظات	خیر	بلی	سؤالات
			<p>1- آیا اتاق سرم تراپی به تفکیک خانم ها و آقایان موجود است؟</p> <p>2- آیا اصول بهداشت و نظافت عمومی رعایت می گردد؟</p> <p>3- آیا مشخصات کامل بر روی سرم الصاق می گردد؟</p> <p>4- آیا کپسول اکسیژن با شرایط استاندارد موجود است؟</p> <p>5- آیا فضای بین بیماران به صورت مناسب جداسازی شده است؟</p> <p>6- آیا دستشویی با آب گرم و سرد و صابون مایع و کاشیکاری موجود است؟</p> <p>7- آیا نور و تهویه مناسب است؟</p>
			<p>تعداد تخت: خانم ها: آقایان:</p>

- اتاق استریلیزاسیون CSR:

ملاحظات	خیر	بلی	سؤالات
			<p>1- آیا فضای مستقل موجود است؟</p> <p>2- آیا نور و تهویه مناسب است؟</p> <p>3- آیا از روش های مناسب جهت کنترل استریلیزاسیون ست ها برای اتوکلاو استفاده می گردد؟</p> <p>4- آیا سینک مجزا جهت شستشوی ابزار وجود دارد؟</p> <p>5- آیا اصول بهداشت و نظافت عمومی رعایت می گردد؟</p>

- اتاق معاینه:

ملاحظات	خیر	بلی	سؤالات
			<p>1- آیا محل استقرار تخت معاینه مناسب است؟</p>

2- آیا اتاقهای معاینه دارای دستشویی با شرایط مناسب می باشند؟

3- آیا اصول بهداشت و نظافت عمومی رعایت می گردد؟

- بخش زنان و مامایی:

ملاحظات	خیر	بلی	سؤالات
			1- آیا تخت معاینه در اتاق مامایی مناسب است؟
			2- آیا نحوه نگهداری اسپاکولم های استفاده شده مناسب می باشد؟
			3- آیا محل استقرار تخت ژنیکولوژی مناسب می باشد(حریم بیمار حفظ می گردد)؟
			4- آیا تخت ژنیکولوژی دارای رویه یکبار مصرف می باشد؟
			5- آیا ابزار مامایی استریل می گردد؟
			6- آیا وسایل معاینه به صورت تک پیچ استریل می گردند؟
			7- آیا اصول استریلیزاسیون رعایت می گردد؟ الف) ثبت تاریخ استریل ب) ثبت مشخصات ج) استفاده از تست دولایه د) پوشش دو لایه و) ابزار سالم و بدون زنگ زدگی و شستشویی مناسب
			8- آیا جهت معاینه زنان از دستکش لاتکس استفاده می گردد؟
			9- آیا اصول بهداشت و نظافت عمومی رعایت می گردد؟
			10- آیا دستشویی طبق استاندارد وجود دارد؟

- بایگانی و پذیرش:

ملاحظات	خیر	بلی	سؤالات
---------	-----	-----	--------

1- آیا مشخصات مراجعین به طور کامل ثبت می گردد؟

2- آیا برای بیمار پرونده پزشکی تشکیل می گردد؟

3- آیا پرونده های بیماران از 5 سال پیش به صورت اصولی بایگانی و نگهداری می شود؟

4- آیا هنگام ترخیص بیماران برگه صورتحساب مالی ارائه می گردد؟

5- آیا تعرفه های مصوب رعایت می گردد؟

– تعداد ویزیت پزشک عمومی:

– تعداد ویزیت پزشک متخصص:

– بخش دندانپزشکی:

الف: مدارک پزشکی			بلی	خیر	ملاحظات
1- آیا برای بیماران پرونده پزشکی و دندانپزشکی با رعایت نکات ذیل تشکیل می شود؟ (مشخصات فردی ، نوع درمان دندانپزشکی، تاریخ و امضاء پزشک معالج – درج هزینه های دندانپزشکی در پرونده) 2- آیا تعرفه های مصوب ابلاغ شده وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی در مرکز رعایت می شود؟ (اندو ، ترمیمی، رادیولوژی ، پریو ، ارتودنسی، پروتز و جراحی) 3- آیا با لابراتوار دندانسازی دارای پروانه معتبر همکاری می نماید؟					
ب: رعایت اصول فنی و موازین بهداشتی:			بلی	خیر	ملاحظات
1- آیا کلینیک ها دارای دستشویی با صابون مایع می باشند؟ 2- آیا نور و سیستم تهویه مناسب و کافی می باشد؟ 3- آیا سطل زباله با درب دار و با کیسه زباله زرد رنگ مقاوم جهت پسماند های پزشکی استفاده می شود؟ 4- آیا برای هر بیمار از سینی و ابزار استریل (پیش بند جدا ، سرساکشن و یکبار مصرف) استفاده می شود؟ 5- آیا اضافه آمالگام مصرف شده در ظرف حاوی داروی ثبوت رادیولوژی جمع آوری می شود؟					

- 6- آیا سرسوزن های مصرف شده و زباله های تیز و برنده به طور جداگانه و مجزا در ظروف مقاوم (SafetyBox) جمع آوری می گردد؟
- 7- آیا توربین بعد از هر بیمار با رعایت اصول استاندارد استریل می شود؟
- 8- آیا توربین بعد از هر بیمار با رعایت اصول استاندارد استریل می شود؟
- 9- آیا کراشور ، پوار آب و هوا ، کلیدهای یونیت ، دسته چراغ ، صندلی یونیت و پس از هر بیمار ضدعفونی می شود؟
- 10- آیا دندانپزشک معالج هنگام کار از وسایل حفاظت شخصی : روپوش ، ماسک ، عینک محافظ، دستکش یکبار مصرف استفاده می نماید؟
- 11- آیا دستیار دندانپزشکی آموزش دیده می باشد؟
- 12- آیا جهت بررسی کارایی دستگاه اتوکلاو کلاس B از نوار تست اتوکلاو استفاده می شود؟
- 13- آیا اصول و موازین بهداشت و نظافت و اصول کنترل عفونت در بخش دندانپزشکی رعایت می شود؟
- 14- آیا سینک مجزاء و جداگانه برای شستشوی ابزار وسایل دندانپزشکی وجود دارد؟
- 15- آیا پرسنل مربوطه جهت شستشوی ابزار و وسایل دندانپزشکی از دستکش مناسب و ضخیم استفاده می نمایند؟
- 16- آیا وسایل و ابزار دندانپزشکی قبل از برساژ در محلول ضدعفونی کننده مناسب قرار می گیرند؟
- 17- آیا داروهای اورژانس طبق استاندارد موجود می باشد؟

د: تجهیزات دندانپزشکی :

1-تعداد یونیت: 2-آمالگاماتور:

3-تعداد سرتوربین: 4-دستگاه جرم گیری:

5-دستگاه رادیوگرافی PA □ OPG □ 6-لایت کیور:

7-پاراوان سربی یا اتاق سربکوبی شده است؟ بلی □ خیر □ 8- اتوکلاو:

9-سایر:

- پزشکان و دندانپزشکان شاغل در درمانگاه:

نام و نام خانوادگی - تخصص	تاریخ شروع به کار در درمانگاه از ... تا ... - روزهای فعالیت	شماره نظام پزشکی	تاریخ اعتبار پروانه مطب
---------------------------	---	------------------	-------------------------

– پیرایشگران شاغل در درمانگاه:

نام و نام خانوادگی	مدرک تحصیلی	محل فعالیت

– نام و نام خانوادگی کارشناسان:

– نام و نام خانوادگی مسئول فنی:
– امضاء و مهر مسئول فنی و مهر درمانگاه: