



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

تاریخ بازدید:
ساعت بازدید:
پوست:

فرم بازدید از مرکز جراحی محدود (سرپایی)

شهرستان:

نام مرکز (طبق پروانه تاسیس):

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

منطقه شهرداری:

تعداد تابلو ☐ عناوین:

شماره و تاریخ پروانه تاسیس:

نام و نام خانوادگی مدیر مرکز:

شماره و تاریخ پروانه مسئول فنی:

نام و نام خانوادگی مسئول فنی:

مسئول فنی در زمان بازدید حضور داشت ☐ نداشت ☐

پروانه های تاسیس و مسئول فنی در معرض دید مراجعین نصب شده ☐ نشده ☐

اعمال جراحی مجاز طبق پروانه تاسیس:

ساعات فعالیت مرکز:

روزهای فعالیت مرکز:

لیست اعمال جراحی در زمان بازدید:

نام بیمارستان طرف قرارداد:

مدت قرارداد:

نام مرکز آنبولانس طرف قرارداد:

پرونده ثبت و پذیرش بیماران دارد ☐ ندارد ☐

قرارداد با بیمه: تامین اجتماعی ☐ خدمات درمانی ☐ نیروهای مسلح ☐ سایر موارد ☐

- تعرفه خدمات ارائه شده :

ویزیت:

جراحی:

بیهوشی:

سایر موارد:

- مشخصات ساختمان: شخصی ☐ استیجاری ☐ سایر موارد ☐

مساحت تقریبی:

تعداد طبقات:

تعداد اتاقها:

تعداد تختهای بستری:

خانم ها :

آقایان:

سهولت تردد آمبولانس و نقل و انتقال بیمار وجود دارد ☐ ندارد ☐

اطلاعات و پذیرش دارد ☐ ندارد ☐ بایگانی اسناد پزشکی دارد ☐ ندارد ☐

سالن انتظار مناسب دارد ☐ ندارد ☐ سیستم اطفاء حریق دارد ☐ ندارد ☐

رختکن مناسب دارد ☐ ندارد ☐ سیستم برق اضطراری دارد ☐ ندارد ☐

رختشویخانه مناسب دارد ☐ ندارد ☐ آشپزخانه مناسب دارد ☐ ندارد ☐

سرویس بهداشتی مناسب دارد ☐ ندارد ☐ محل سرو غذای پرسنل دارد ☐ ندارد ☐

دفع زباله بهداشتی دارد ☐ ندارد ☐ آسانسور فعال دارد ☐ ندارد ☐

انبار تجهیزات و دارو دارد ☐ ندارد ☐ نور و تهویه مناسب دارد ☐ ندارد ☐

- سیستم گرمایش و سرمایش:

کولر ☐ شوفاژ ☐ فن کوئل ☐ چیلر ☐ سایر موارد ☐

- وضعیت بهداشتی:

وضعیت ظاهری (روپوش - ماسک - کفش): خوب ☐ قابل قبول ☐ نامناسب ☐

بهداشت محیط (درب - دیوار - سقف - کف - پنجره ها): خوب ☐ قابل قبول ☐ نامناسب ☐

بهداشت تجهیزات موجود در مرکز: خوب ☐ قابل قبول ☐ نامناسب ☐

- وضعیت اتاق عمل:

تعداد اتاق عمل: تعداد تختهای عمل: تعداد ماشینهای بیهوشی:

وضعیت اکسیژن: سانترال ☐ کپسول با مانومتر ☐

وضعیت ساکشن: سانترال ☐ دستی یا برقی ☐

وسایل CPR در اتاق عمل (الکتروشوک - ترالی اورژانسی) وجود دارد ☐ ندارد ☐

مانیتورینگ موجود در اتاق عمل و تعداد آنها: پالس اکسی متر ☐ دستگاه ECG ☐ کاپنوگراف ☐

تاریخ و نتیجه آخرین گشت اتاق عمل (گشت ها ضمیمه شود):

– وضعیت ریکاوری :

تعداد تخت:

تعداد اتاق:

وسایل موجود در ریکاوری: کپسول اکسیژن □ ترالی اورژانسی □ قفسه دارویی □ زنگ اخبار □ ساکشن □ مانیٹورینگ □

رعایت طرح انطباق: ☐ میشود ☐ نمی شود

– وضعیت پرونده ها (طبق استاندارد):

☐ وضعیت داروهای مصرفی مشخص است ☐ نیست ☐ آزمایشات قبل عمل دارد ☐ ندارد

☐ وضعیت هزینه های مصرفی مشخص است ☐ نیست ☐ شرح عمل دارد ☐ ندارد

☐ شرح بیهوشی دارد ☐ ندارد

– وضعیت CSR (طبق استاندارد):

رعایت ضوابط استریلیزاسیون می شود ☐ نمی شود ☐

☐ محل نگهداری وسایل استریل دارد ☐ ندارد

– پزشک مقیم 24 ساعته در مرکز وجود دارد ☐ ندارد ☐

☐ ☐ - گزارش عملکرد هر 3 ماه یکبار به دانشگاه ارسال میشود نمی شود

—مشخصات پزشکان شاغل در مرکز (پروانه مطب پزشکان ضمیمه شود):

[illegible]

اسامی پیراپزشکان شاغل در مرکز (مدارک تحصیلی پرسنل ضمیمه شود):

نام و نام خانوادگی	مدارک تحصیلی	محل فعالیت	ساعات فعالیت

نظریه کارشناسی:

نام و نام خانوادگی کارشناسان:

نام و نام خانوادگی مسئول فنی:

امضاء و مهر مسئول فنی و مهر مرکز: