



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

معاونت درمان

اداره نظارت و بازرسی

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

پوست:

فرم بازدید از درمانگاههای تخصصی پوست و مو

نام درمانگاه (طبق پروانه تاسیس):

شهرستان:

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 وضحیت تهویه و نور مناسب دارد؟</p> <p>5- آیا درمانگاه دارای سرویس بهداشتی، تی شور مناسب دارد؟</p> <p>6- آیا برای ضد عفونی و تمیز کردن سطوح از محلول مناسب استفاده می گردد؟</p> <p>7- آیا برای دفع پسماندهای پزشکی با شهرداری و سایر ارگانهای ذیربط طبق مدیریت پسماندها عمل میشود؟</p> <p>8- آیا پزشکان و پرسنل درمانی یونیفرم مناسب و اتیکت شناسایی دارند؟</p> <p>9- آیا در فضاهای درمانی سطل زباله دربدار 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- انبار تجهیزات و انبار تمیز</p> <p>3- رختکن پرسنل</p> <p>4- انبار کثیف با ماشین لباسشویی</p> <p>5- آبدارخانه با شرایط بهداشتی مناسب</p> <p>6- بایگانی</p> <p>7- اتاقک زباله با شرایط استاندارد</p> <p>8- سیستم گرم کننده و خنک کننده</p>

9-لوله کشی آب گرم

10-کپسول اطفای حریق به تعداد کافی

11-برق اضطراری

12-حداقل دو اتاق معاینه(به ابعاد 12 متر مربع)

13-اتاق نمونه برداری و اعمال جراحی کوچک

14-اتاق اشعه درمانی با UVB و UBA (حداقل به ابعاد 12 مترمربع)

15-اتاق الکترولیز جهت استفاده بانوان

- اتاق عمل جراحی کوچک:

ملاحظات	خیر	بلی	سؤالات
			1-آیا فضای مستقل جهت اتاق عمل وجود دارد؟
			2-آیا سینک 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؟

- اتاق استریلیزاسیون CSR:

ملاحظات	خیر	بلی	سؤالات
			1-آیا فضای مستقل موجود است؟

2- آیا نور و تهویه مناسب است؟

3- آیا از اتوکلاو جهت استریلیزاسیون ست ها استفاده می گردد؟

4- آیا سینک مجزا جهت شستشوی ابزار وجود دارد؟

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

- اتاق معاینه:

ملاحظات	خیر	بلی	سؤالات
			1- آیا محل استقرار تخت معاینه مناسب است؟
			2- آیا اتاقهای معاینه دارای دستشویی با شرایط مناسب می باشند؟
			3- آیا اصول بهداشت و نظافت عمومی رعایت می گردد؟

- بایگانی و پذیرش:

ملاحظات	خیر	بلی	سؤالات
			1- آیا مشخصات مراجعین به طور کامل ثبت می گردد؟
			2- آیا برای بیماران 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؟ (تعرفه ها ضمیمه گردد)

- کادر فنی شاغل در مرکز: (متخصص پوست و مو - پرسنل پذیرش - پرستار یا بهیار)

- پزشکان شاغل در درمانگاه:

نام و نام خانوادگی	تخصص	شماره نظام پزشکی	تاریخ اعتبار پروانه مطب

