چک لیست کشوری دفترکاردرمانی

16

نام و نام خانوادگی دارنده مجوز دفتر کار: تاریخ اعتبار مجوز دفتر کار :

مدرک تحصیلی دارنده مجوز دفتر کار: کارشناس  کارشناس ارشد  PHD 

شماره عضویت سازمان نظام پزشکی : تلفن ثابت و همراه دارنده مجوز:

 کد ملی دارنده مجوز : شماره مجوز :

آدرس پستی و منطقه شهرداری:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  محور | عنوان | شاخص اندازه گیری | روش ارزیابی | توضیح |
| 0 | 1 | 2 | ضریب | امتیاز |
| مجوز | کاردرمانگر دارای مجوز دفتر کار معتبر می باشد. |  |  |  | **4** |  | مشاهده | پروانه دفتر کار معتبر کارشناس کاردرمانی |
| نیروی انسانی ، آموزش ،اطلاع ر سانی  | افراد فاقد صلاحیت دردفترکار فعالیت نمی نمایند.  |  |  |  | 3 |  | مشاهده | فعالیت افراد بدون داشتن مدرک مرتبط با کاردرمانی |
| اندازه ، تعداد و عناوین تابلو استانداردمی باشد. |  |  |  | 2 |  | مشاهده | حداکثر 3 تابلو، اندازه تابلو حداکثر 50\*70 با ذکر نام و نام خانوادگی  |
| عناوين تابلو با سرنسخه و کارت ویزیت مطابقت دارد (سرنسخه ضميمه گردد) |  |  |  | 2 |  | مشاهده وبررسی | همسان بودن عناوین تابلو و سرنسخه و کارت ویزیت  |
| اخذ شرح حال و تشکیل پرونده برای بیماران صورت می گیرد  |  |  |  | 2 |  | مشاهده مستندات | تشکیل پرونده برای مددجویان با مهر و امضای کارشناس |
| فضای فیزیکی | فضای فیزیکی مطابق با استاندارد است و دسترسی مناسب به فضای کاردرمانی جهت بیماران وجود دارد . |  |  |  | 2 |  | مشاهده | حداقل 40متر مربع شامل : اتاق کاردرمانی مناسب- پذیرش - بایگانی - سرویس بهداشتی - کف و دیوار ها قابل شستشو – وجود روشویی . وجود رمپ یا آسانسور در صورت داشتن پله |
| پیشگیری و بهداشت | وضعيت نور ، تهويه و سيستمهاي برودتي/ حرارتي و نظافت دفترکار ، مناسب می باشد |  |  |  | 1 |  | مشاهده | وجود نور کافی و تهویه مطلوب در دفترکار-وجود سیستم سرمایش و گرمایش مناسب  |
| کپسول اطفاء حريق (با شارژ معتبر) وجود دارد |  |  |  | 2 |  | مشاهده و بررسی | وجود یک کپسول آتش نشانی 4 کیلوگرمی با شارژمعتبر به ازاء هر 50 متر مربع |
| تجهیزات | تجهیزات اتاق معاینه کامل است . |  |  |  | 3 |  | مشاهده و بررسی | پارالل- آینه قدی– تخته تعادل– نردبان خوابیده- نردبان ایستاده– توپ وج– میز– وسایل کمک آموزشی– بازی های فکری– تست های بورد و تک بورد– مت– پازل– رولر– اوزرتسکی– cp standing table - پازل -تست های ادراکی و حرکتی ، کودیناف ، میلواکی/ مطابق با آیین نامه ابلاغی  |
| رعایت حقوق گیرندگان خدمت | حفظ حریم خصوصی مراجعین در زمان درمان رعایت می شود.  |  |  |  | 2 |  | مشاهده و بررسی | عدم مشاوره و درمان هم زمان مراجعین  |
| اقدامات غیرمجاز در دفترکار انجام نمی شود.  |  |  |  | 3 |  | مشاهده و بررسی | عدم پذیرش مستقیم بیماران - تشخیص بیماری و تعیین یافته های کلینیکی صرفا وظیفه پزشک می باشد- عدم صدورگواهی استراحت-تجویز دارو و درخوست رادیوگرافی وسایرآزمایشات پارا کلینیکی. |
| تبليغات غير مجاز و يا گمراه كننده وجود ندارد. |  |  |  | 2 |  | مشاهده و بررسی | انجام تبليغات بااخذ مجوز لازم از سازمان نظام پزشكي -عدم وجود تبلیغات غیرمجاز و گمراه کننده  |
| دستورالعمل ممنوعیت استعمال دخانیات ، پوستر منشور حقوق بیمار و نحوه رسیدگی به شکایات نصب می باشد. |  |  |  | 1 |  | مشاهده و بررسی | نصب دستورالعمل ممنوعیت استعمال دخانیات ، پوستر منشور حقوق بیمار و نحوه رسیدگی به شکایات در معرض دید مراجعین |
| پروانه هاي معتبر و ساعت فعالیت ، در معرض ديد مراجعين نصب می باشند |  |  |  | 1 |  | مشاهده | نصب پروانه ها در معرض دید مراجعین |
| اصول محرمانگی ، حریم خصوصی بیماران والزامات طرح انطباق رعایت می گردد.  |  |  |  | 1 |  | مشاهده و بررسی | مطابق دستورالعمل ابلاغی |
| تعرفه | تعرفه های مصوب ابلاغی در معرض ديد بيماران نصب است  |  |  |  | 1 |  | مشاهده | نصب تعرفه ها در معرض دید مراجعین  |
| تعرفه های مصوب ابلاغی رعايت می گردد. |  |  |  | 2 |  | مشاهده و بررسی | بررسی مستندات(دفاتر پذیرش و...)  |

|  |  |
| --- | --- |
| نظریه کارشناس | ایرادات مشاهده شده : |
| پیشنهاد اصلاحی و مداخلات قابل اجرا: |
| ضمن دریافت یک رونوشت از گزارش متعهد می شوم ظرف مدت ........نواقص تذکر داده شده طبق مفاد چک لیست فوق را برطرف نموده و گزارش اقدامات اصلاحی را به صورت مکتوب به معاونت درمان دانشگاه ناظر تحویل دهم . |
| نام و نام خانوادگی بازدید شونده: | امضا و مهر |
| نام و نام خانوادگی کارشناسان بازدید کننده : | امضا (ها) |