چک لیست کشوری مطب پزشکان متخصص

4

نام ونام خانوادگی پزشک: تاریخ اعتبار پروانه مطب :

شماره نظام پزشکی : کدملی دارنده پروانه : شماره پروانه مطب :

آدرس پستی و منطقه شهرداری: تلفن ثابت و همراه :

 تاریخ و ساعت بازدید : ساعت و روزهای فعالیت :

شهرستان مجاز به فعالیت مندرج در پروانه مطب : شرایط خاص\*:

رشته درج در پروانه\*\* مجوزها (تاریخ اعتبارمجوز-مرجع صدور)\*\*\*

گرایشهای مندرج در تابلو:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| عنوان | شاخص اندازه گیری | توضیحات |
| 0 | 1 | 2 |
| پزشک دارای پروانه طبابت معتبرمی باشد.اصل پروانه در معرض دید نصب می باشد. |  |  |  |  |
| واحد تزریقات دارای مجوز می باشد |  |  |  |  |
| متصدی تزریقات شرایط لازم جهت انجام تزریقات دارد. |  |  |  |  |
| افراد فاقد صلاحیت در مطب فعالیت نمی نمایند.  |  |  |  |  |
| تزریقات ، سرم تراپی ، بخیه و پانسمان در مطب بدون داشتن واحد تزریقات انجام می شود.  |  |  |  |  |
| اقدامات درمانی- تشخیصی غیر مجازانجام نمی شود |  |  |  |  |
| اندازه ، تعداد و عناوین تابلو استانداردمی باشد.(عدم درج عنوان کلینیک، مرکز و...) |  |  |  |  |
| عناوين تابلو با سرنسخه و کارت ویزیت مطابقت دارد (سرنسخه ضميمه گردد) |  |  |  |  |
| دفتر ثبت مشخصات جهت بیماران درواحد تزريقات وجود دارد  |  |  |  |  |
| برای کلیه مراجعین پرونده تشکیل می شود.  |  |  |  |  |
| الزامات ایین نامه ضوابط و تسهیلات مطب در مرحله تاسیس رعایت گردیده است. |  |  |  |  |
| در فضای فیزیکی ، تغییری در مقایسه با پلان قبلی ایجاد نشده است.  |  |  |  |  |
| در صورت داشتن واحد تزریقات فضای فیزیکی استاندارد لازم را دارد |  |  |  |  |
| سوابق مصونيت بر عليه هپاتيت B در مطبهايي كه تزريقات ،پانسمان،جراحي هاي سرپايي و يا معاينات زنان به عمل مي آورند، وجود دارد |  |  |  |  |
| ظروف جمع آوري پسماندهاي نوك تيز و برنده(سفتي باكس) وجود دارد |  |  |  |  |
| قرارداد حمل زباله عفوني با خدمات موتوری شهرداري وجود دارد |  |  |  |  |
| براي تميز كردن كف و سطوح از محلول ضدعفوني كننده مناسب استفاده می گردد.  |  |  |  |  |
| از ملحفه و روانداز تميز و يكبار مصرف استفاده می شود |  |  |  |  |
| سطل زباله درب دار و پدال دار با كيسه زباله زردرنگ جهت زباله هاي عفوني وجود دارد |  |  |  |  |
| از پگ های غیراستريل با فاقد شرايط استاندارد استفاده نمي شود |  |  |  |  |
| وضعيت نور ، تهويه و سيستمهاي برودتي/حرارتي و نظافت مطب ، مناسب می باشد |  |  |  |  |
| تخت های مناسب جهت معاينه و تزریقات وجود دارد.  |  |  |  |  |
| ست معاينه در مطب وجود دارد. |  |  |  |  |
| ست احياء و داروهاي اورژانس وجود دارد  |  |  |  |  |
| تجهیزات تشخیصی و درمانی مرتبط با تخصص مربوطه وجود دارد  |  |  |  |  |
| كپسول اكسيژن سالم و پر با مانومتر سالم و ماسك تميز وجود دارد |  |  |  |  |
| جهت استريل كردن وسايل از فور یااتوكلاو كلاس B استفاده می شود |  |  |  |  |
| کپسول اطفاء حريق (با شارژ معتبر) وجود دارد |  |  |  |  |
| حفظ حریم خصوصی بیمار در زمان معاینه رعایت می شود. |  |  |  |  |
| تبليغات غير مجاز و يا گمراه كننده وجود ندارد. |  |  |  |  |
| مجوز تبلیغات موجود است و با خدمات انجام شده مطابقت دارد  |  |  |  |  |
| با بیمه های پایه قرارداد دارند. |  |  |  |  |
| نسخ به صورت الکترونیک ارسال می شود. |  |  |  |  |
| تعرفه های مصوب ابلاغی در معرض ديد بيماران نصب است  |  |  |  |  |
| تعرفه های مصوب ابلاغی ، رعايت می گردد.(ذکر چند مورد) |  |  |  |  |
| دستگاه پوز موجود است و تراکنش مالی انجام می شود. |  |  |  |  |
| پوشش حرفه ای پرسنل مطابق با استاندارد می باشد . |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| نظریه کارشناس | نقاط مثبت: |
| پیشنهاد اصلاحی : |
| **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) |