چک لیست کشوری مطب پزشکان عمومی

1

 نام و نام خانوادگی پزشک : تاریخ اعتبار پروانه مطب : :

شماره نظام پزشکی : کد ملی دارنده پروانه : شماره پروانه مطب : تلفن ثابت و همراه :

 آدرس پستی و منطقه شهرداری:

 ساعت و روزهای فعالیت : شهرستان مجاز به فعالیت مندرج در پروانه:
 شرایط خاص\*: رشته درج در پروانه\*\* مجوزها (تاریخ اعتبارمجوز-مرجع صدور) \*\*\* گرایشهای مندرج در تابلو:

تاریخ و ساعت بازدید :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| عنوان | شاخص اندازه گیری | توضیحات |
| 0 | 1 | 2 |
| پزشک دارای پروانه طبابت معتبرمی باشد.و 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 بدون داشتن واحد تزریقات انجام می شود  |  |  |  |  |
| اقدامات درمانی- تشخیصی غیر مجازانجام نمی شود |  |  |  |  |
| اندازه، تعداد و عناوین تابلو استانداردمی باشد. (عدم استفاده از عنوان کلینیک،مرکز و...) |  |  |  |  |
| عناوين تابلوباسرنسخه و کارت ویزیت مطابقت دارد (سرنسخه ضميمه گردد) |  |  |  |  |
| دفتر ثبت مشخصات جهت بیماران در واحد تزريقات وجود دارد  |  |  |  |  |
| برای کلیه مراجعین ، بخصوص بیماران مزمن (از جمله بیماران قلبی و فشار خون) پرونده تشکیل می شود.  |  |  |  |  |
| الزامات ایین نامه ضوابط تسهیلات مطب در مرحله تاسیس رعایت گردیده است |  |  |  |  |
| درصورت داشتن واحد تزریقات فضای فیزیکی استاندارد لازم را دارد |  |  |  |  |
| سوابق مصونيت بر عليه هپاتيت B در مطب هايي كه تزريقات ،پانسمان ،جراحي هاي سرپايي و يا معاينات زنان به عمل مي آورند، وجود دارد |  |  |  |  |
| مدیریت پسماندهاي نوك تيز و برنده به شیوه صحیح انجام می پذیرد. |  |  |  |  |
| قرارداد حمل زباله عفوني با خدمات موتوری شهرداري وجود دارد |  |  |  |  |
| براي 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 زرد جهت زباله هاي عفوني وجود دارد |  |  |  |  |
| از پگ های غیراستريل یا فاقد شرايط استاندارد استفاده نمي شود |  |  |  |  |
| وضعيت نور ، تهويه و سيستم 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 ( emergency box)وجود دارد  |  |  |  |  |
| كپسول اكسيژن سالم و پر با مانومتر سالم و ماسك تميز وجود دارد |  |  |  |  |
| جهت استريل كردن وسايل از فور یا اتوكلاو كلاس B استفاده می شود |  |  |  |  |
| کپسول اطفاء حريق (با شارژ معتبر) وجود دارد |  |  |  |  |
| حفظ حریم خصوصی بیمار در زمان معاینه رعایت می شود.  |  |  |  |  |
| مجوز تبلیغات موجود است و خدمات انجام شده با مجوز مطابقت دارد. |  |  |  |  |
| تعرفه های مصوب ابلاغی در معرض ديد بيماران نصب و رعایت می گردد |  |  |  |  |
| دستگاه پوز موجود است و تراکنش مالی انجام می شود. |  |  |  |  |
| با بیمه های پایه قراداد دارند . |  |  |  |  |
| نسخ به صورت الکترونیک ارسال می شود. |  |  |  |  |
| کاربران دستگاههای موجود گواهینامه های لازم را دارند. |  |  |  |  |
| پزشک گواهینامه مربوط به خدمات مربوطه را دارد. |  |  |  |  |
| پوشش حرفه ای پرسنل مطابق با دستورالعمل ابلاغی 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)** |