



معاونت درمان

بسمه تعالی

تاریخ

شماره

فرم بازدید از دندانسازی های تجربی مدیریت نظارت و اعتباربخشی معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی سبزوار

فرم بازدید دندانساز تجربی:

تاریخ بازدید اول تاریخ بازدید فعلی

تاریخ صدور پروانه:

تاریخ اعتبار پروانه:

❖ مشخصات دندانساز تجربی:

نام: آقا/خانم نام خانوادگی: نام پدر: کدملی:

تلفن همراه:

آدرس محل فعلی دندانسازی: تلفن:

آدرس محل قبلی دندانسازی:

❖ مشخصات دندانسازی:

نوع پروانه: پروانه بهره برداری موافقت اصولی

آیا اصل مجوز تاسیس دندانسازی نصب شده است؟ بلی خیر ندارد

تاریخ افتتاح:

ساعات فعالیت دندانسازی: صبح عصر شب روزهای هفته:

❖ تعرفه خدمات:

❖ آیا فرم تعرفه خدمات درمانی سال جاری مصوب وزارت بهداشت و درمان رعایت می شود؟

❖ آیا فرم تعرفه خدمات درمانی سال جاری مصوب وزارت بهداشت و درمان در محل فعالیت نصب است؟

❖ مشخصات تابلو دندانسازی، فرم دستور کار و کارت ویزیت:

- آیا عنوان تابلو با عنوان درج شده در پروانه دندانسازی مطابقت دارد؟ بلی خیر

- از عناوین غیر مجاز شامل موسسه-مرکز-کلینیک-پلی کلینیک استفاده شده است؟ بلی خیر

- اندازه تابلو (حداکثر ۷۰ × ۵۰) رعایت شده است؟ بلی خیر

- آیا از تصاویر در تابلو استفاده شده است؟ بلی خیر

- اندازه فرم دستور کار (حداکثر ۲۵ × ۱۵) میباشد؟ بلی خیر

–عنوان با دستور کار تطابق دارد؟ بلی خیر

❖ فضای فیزیکی دندانسازی:

تعداد اتاقها:..... مساحت کل:.....

خیر	بلی	
		آیا نور کافی در دندانسازی وجود دارد؟
		آیا سرویس بهداشتی در دندانسازی وجود دارد؟
		آیا وسیله خنک کننده و گرما زا در دندانسازی وجود دارد؟
		آیا پنجره ها مجهز به تور سیمی یا پارچه ای هستند؟
		آیا پوشش کابینت (قابلیت شستشو) وجود دارد؟
		آگهی ، پوستر و سرنسخه تبلیغاتی از اشخاص و مراکز دیگر در دندانسازی وجود دارد؟
		ایمنی و ارتفاع مناسب سقف رعایت شده است؟
		آیا وضعیت نظافت مناسب است؟
		آیا جنس کف (قابل شستشو) وجود دارد؟
		آیا کپسول اطفای حریق در دندانسازی وجود دارد؟
		آیا پروانه تاسیس و کارت شاغلین فنی در محل دندانسازی نصب است؟
		آیا آب سردکن مناسب بدون استفاده از لیوان عمومی موجود می باشد؟
		آیا اصول استاندارد راه پله یا ورودی ساختمان رعایت شده است؟
		آیا سالن انتظار دارای صندلی های راحت و مناسب می باشد؟

❖ رعایت مقررات بهداشتی:

		آیا اتاق ضد عفونی وجود دارد؟
		آیا سطل زباله درب دار و مجهز به کیسه زباله موجود می باشد؟
		آیا زباله های عفونی و خطرناک به طریقه مناسب(درون کیسه های زرد) تفکیک می گردند؟
		جمع آوری و تخلیه وسایل یکبار مصرف پس از ساعات کار انجام می گیرد؟
		آیا واکسیناسون هپاتیت برای دندانساز و دستیاران انجام شده است؟

		آیا از وسایل حفاظتی ذیل استفاده می شود ؟ روپوش تمیز و مرتب ماسک عینک دستکش یکبار مصرف
		آیا اتوکلاو سالم و مناسب جهت استریلیزاسیون موجود است ؟

❖ تجهیزات ، اصول ایمنی موجود در دندانسازی:

بلی خیر

		آیا تهویه مناسب طبق دستورالعمل در محل برقرار است ؟
		آیا تجهیزات غیر ضروری مانند صندلی و یونیت دندانپزشکی در محل دندانسازی موجود است؟
		آیا در محل دندانسازی پذیرش مستقیم بیمار انجام میشود؟
		آیا اتاق ضد عفونی قالبها وجود دارد؟
		محلول مورد استفاده جهت ضد عفونی کابینت ها ، دستشوئی ، ... وجود دارد؟
		آیا اطاق گچ مجزا وجود دارد ؟
		آیا ظرف جمع آوری باقیمانده های آمالگام وجود دارد؟
		کمپرسور خارج از محل کار می باشد ؟
		پرونده دسته بندی شده بیماران موجود می باشد ؟
		ست معاینه (شامل آینه - سوند) سالم و استریل ، حداقل به تعداد ۱۰ بیمار موجود می باشد ؟
		ست ترمیمی (حداقل ۵ عدد) سالم و استریل موجود می باشد ؟
		ست جراحی به صورت پک بسته بندی و شان استریل موجود می باشد ؟
		ست کشیدن (حداقل ۲ ست) استریل و پک شده موجود می باشد؟
		ست پروتز ، تری به اندازه کافی موجود بوده و در ساوین قرار می گیرد؟
		ست جرم گیری استریل حداقل ۲ ست موجود است؟
		آیا انگل و توربین استریل شده اختصاصی برای هر بیمار استفاده می شود ؟
		آیا انگل و توربین ها پک بسته بندی شده و توسط اتوکلاو استریل می شود ؟
		محلول مورد استفاده جهت ضد عفونی کابینت ها ، دستشوئی ، کراشور ، مطب و ... وجود دارد؟
		آیا اطاق گچ مجزا وجود دارد ؟

❖ لابراتوار همکار:

ثابت :

متحرک :

❖ تجهیزات موجود :

ست احیا	لایت کیور	کاویترون	اتوکلاو	فور	یونیت	
						تعداد
						نوع

ایر مونتور	هند پیس	توربین	انگل	کپسول اکسیژن و مانومتر	آمالگاماتور	
						تعداد
						نوع

❖ مشخصات منشی های دندانسازی:

نام و نام خانوادگی	مدرک تحصیلی	نام و نام خانوادگی	مدرک تحصیلی
(۱)		(۵)	
(۲)		(۶)	
(۳)		(۷)	
(۴)		(۸)	

❖ تشکیل پرونده و شرح حال بیمار:

		آیا برای بیمار تشکیل پرونده انجام میشود؟
		آیا شرح حال توسط پزشک انجام میشود؟
		تعداد متوسط مراجعین روزانه؟
		آیا مشخصات بیمار در هر روز ثبت دستی یا مکانیزه میشود؟

❖ نظریه کارشناس ناظر همراه با قید موارد غیر مجاز و ممنوع با توضیحات:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

❖ توضیحات دندانساز تجربی در صورت نیاز:

.....

.....

.....

نام و نام خانوادگی دندانساز تجربی	نام و نام خانوادگی و امضا کارشناسان نظارت
--------------------------------------	---