

معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی سبزوار

مدیریت نظارت و اعتبار بخشی

فرم بازدید درمانگاه ها

۱- مشخصات کلی موسسه:

نام درمانگاه:

آدرس دقیق پستی و تلفن مرکز:

نام و تحصیلات موسسین:

۲- مشخصات مسئولین فنی درمانگاه:

عنوان	نام و نام خانوادگی	رشته تخصصی	تحصیلات	عنوان	نام و نام خانوادگی	رشته تخصصی	تاریخ اعتبار پروانه
ریاست				مسئول فنی صبح			
مدیریت				مسئول فنی عصر			
				مسئول فنی شب (زوج)			
				مسئول فنی شب (فرد)			

۳- مشخصات درمانگاه:

تاریخ اعتبار پروانه بهره برداری:

اصل مجوز تاسیس مرکز نصب شده است؟ بلی خیر

ساعت فعالیت مرکز مطابق با پروانه تاسیس می باشد؟ بلی خیر

بیمه های طرف قرارداد: بیمه سلامت نیروهای مسلح بانک ها تأمین اجتماعی کمیته امداد سایر

توضیحات	بلی	خیر	موارد قابل بررسی
			- تاسیسات زیربنایی مرکز:
			سیستم دفع بهداشتی زباله وجود دارد
			منبع ذخیره آب وجود دارد
			راه خروج اضطراری دارد
			آیا رمپ مناسب در ورودی مرکز وجود دارد؟
			سیستم سرمایشی مناسب در مرکز وجود دارد؟
			آیا مرکز جهت انتقال بیماران به طبقات دارای آسانسور با کیفیت مناسب می باشد؟
			سیستم گرمایشی مناسب در مرکز وجود دارد؟
			- تعرفه خدمات:
			تعرفه خدمات درمانی سال جاری مصوب وزارت بهداشت و درمان رعایت می شود؟
			تعرفه خدمات درمانی سال جاری مصوب وزارت بهداشت و درمان در پذیرش درمانگاه نصب می باشد؟
			- مشخصات قابلو مرکز - رعایت سرنسخه:
			عنوان تابلو با عنوان درج شده در پروانه درمانگاه مطابقت دارد؟
			از عناوین غیر مجاز شامل موسسه-مرکز-کلینیک-پلی کلینیک استفاده شده است؟
			تعداد ۲ تابلو در درمانگاه نصب شده است؟
			اندازه سرنسخه (حداکثر ۲۵ x ۱۵) مناسب می باشد؟
			عنوان سرنسخه با پروانه های صادر شده مطابقت دارد؟
			- فضای فیزیکی مرکز:

		آیا در محل ورودی مرکز محل مناسبی جهت وزود و بارک آمبولانس جهت انتقال بیماران تعبیه شده است ؟
		تور کافی و رنگ آمیزی مناسب در نضا و اتاق های مرکز وجود دارد ؟
		سیستم سرمایشی مناسب در مرکز وجود دارد ؟
		سیستم گرمایشی مناسب در مرکز وجود دارد ؟
		پنجره ها مجهز به تور سیمی یا پارچه ای هستند ؟
		سائز انتظار دارای صندلی مناسب می باشد ؟
		آگهی ، پوستر و سرنسخه تبلیغاتی از اشخاص و مراکز دیگر در مرکز وجود دارد ؟
		آب سردکن مناسب موجود می باشد ؟
		ایمنی و ارتفاع مناسب سقف رعایت شده است ؟
		وضعیت نظافت مناسب است ؟
		جس کف قابل شستشو می باشد ؟
		آیا سرویس های بهداشتی مجهز به جا مایع صابونی ، تهویه ، سطل زباله ، فلاش تانک می باشند ؟
		کپسول اطفاء حریق با شارژ معتبر در مرکز وجود دارد ؟
		پرستل مرکز دوره های آموزشی لازم در خصوص نحوه کار با تجهیزات آتش نشانی را گذرانده اند ؟
		بجز کپسول آتش نشانی از تجهیزات دیگر اطفاء حریق نیز در مرکز استفاده شده است ؟
		اصول مناسب راه پله یا ورودی ساختمان رعایت شده است ؟
		- رعایت مقررات بهداشتی :
		جمع آوری و انتقال زباله های مرکز طبق دستورالعمل های مدیریت پسماند انجام می گیرد ؟
		سطل زباله درب دار دارای کیسه زباله موجود می باشد ؟
		زباله های عفونی و خطرناک به طریقه مناسب (درون کیسه های زرد) تفکیک می گردند ؟
		زباله های غیر عفونی به طریقه مناسب (درون کیسه های آبی) تفکیک می گردند ؟
		Safety Box وجود دارد و بطور مناسب از آن استفاده می شود ؟
		از لباس فرم تمیز و مرتب استفاده می شود ؟
		از دستکش یکبار مصرف استفاده می شود ؟
		اتاق نگهداری موقت و دفع زباله وجود دارد ؟
		کف، دیوار ها سرامیک و کاشی شده و دارای کف شو می باشد ؟
		- تجهیزات موجود در مرکز :
		ست های مختلف موجود دارای شرایط استاندارد و تاریخ معتبر می باشد ؟
		تراپلی اورژانس وجود دارد و دارای چیدمان استاندارد می باشد ؟
		دارو و امکانات تراپلی اورژانس در حد استاندارد بوده و طبق چک لیست کنترل می شود ؟
		کپسول اکسیژن به تعداد کافی در درمانگاه وجود دارد ؟
		ساکشن سالم و مناسب وجود دارد ؟
		دستگاه EKG مناسب در درمانگاه وجود دارد ؟
		آمبولانس فعال اختصاصی و یا قرارداد با موسسات آمبولانس خصوصی در درمانگاه وجود دارد ؟
		دستگاه الکتروشوک مناسب در درمانگاه وجود دارد ؟
		لابتو پستکوب سالم و مناسب به تعداد کافی در اتاق عمل و بخش بستری وجود دارد ؟
		تراپلر و ویلچیر سالم به تعداد در مرکز وجود دارد ؟
		تجهیزات پزشکی مرکز دارای گواهی کالیبراسیون معتبر می باشند ؟
		پرستل مرکز آشنائی کامل با نحوه کار تجهیزات پزشکی را دارند ؟
		- مشخصات پرسنل فنی شاغل در درمانگاه :
		مسئول فنی شیفت در درمانگاه حضور دارد و بر امور نظارت دارد ؟
		پزشکان شاغل مجوز فعالیت جهت همکاری در درمانگاه از معاونت درمان رادارند ؟
		پرستاران شاغل در درمانگاه مجوز تزریقات از معاونت درمان را دارند ؟
		دفتر خدمات پرستاری وجود دارد و مشخصات بیمار در هر روز ثبت می شود ؟

توضیحات مسئول فنی در صورت نیاز:

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

مشخصات پرسنل فنی درمانگاه:

نام و نام خانوادگی	مدرک تحصیلی
۱	
۲	
۳	
۴	
۵	
۶	
۷	
۸	
۹	
۱۰	

نحوه ارائه خدمات تشخیصی، درمانی در درمانگاه:

میانگین در ماه	
	تعداد بیماران ویزیت شده در درمانگاه
	تعداد موارد تزریقات و پانسمان
	تعداد موارد اعزام بیماران به مراکز درمانی معین
	میزان رضایتمندی بیماران از خدمات ارائه شده در مرکز

تاریخ:	مسئول فنی:	تاریخ:	کارشناسان نظارت:
امضاء	نام و نام خانوادگی	امضاء	نام و نام خانوادگی:
		امضاء	نام و نام خانوادگی:

