

چک لیست کشوری مطب پزشکان متخصص

نام و نام خانوادگی پزشک:

شماره نظام پزشکی : کد ملی دارنده پروانه :

آدرس پستی و منطقه شهرداری:

تاریخ و ساعت بازدید :

شهرستان مجاز به فعالیت مندرج در پروانه مطب :

رشته درج در پروانه** :

گرایشهای مندرج در تابلو:

تاریخ اعتبار پروانه مطب :

شماره پروانه مطب :

تلفن ثابت و همراه :

ساعت و روزهای فعالیت :

شرایط خاص*:

مجوزها (تاریخ اعتبار مجوز- مرجع صدور)***

محور	عنوان	شاخص اندازه گیری					روش ارزیابی	توضیحات
		۰	۱	۲	ضریب	امتیاز		
مجوز	پزشک دارای پروانه طبابت معتبر می باشد.				۴		مشاهده	مشاهده پروانه مطب معتبر پزشک
	واحد تزریقات دارای مجوز می باشد				۳		مشاهده	
نیروی انسانی	متصدی تزریقات شرایط لازم جهت انجام تزریقات دارد.				۲		مشاهده و بررسی	وجود پرستار ، بهیار ، پزشک یار و کاردان ها کارشناسان گروه پیراپزشکی در واحد تزریقات (مطابق با آیین نامه تزریقات)
	افراد فاقد صلاحیت در مطب فعالیت نمی نمایند.				۳		مشاهده و بررسی	فعالیت افراد بدون داشتن مدرک و مجوز های مرتبط در خصوص حجامت ، مراقبت های پوستی ، بخیه و تزریقات
مراقبت و درمان	تزریقات ، سرم تراپی ، بخیه و پانسمان در مطب بدون داشتن واحد تزریقات انجام می شود.				۱		مشاهده مستندات	
	اقدامات درمانی- تشخیصی غیر مجاز انجام نمی شود				۳		مشاهده مستندات	مطابق دستورالعمل های ابلاغی وزارت بهداشت و سایر مراجع ذی صلاح اقدام فاقد مجوز
آموزش ، اطلاع رسانی و مدارک پزشکی	اندازه ، تعداد و عناوین تابلو استاندارد می باشد.				۳		مشاهده	اندازه و تعداد تابلو مطابق با آئین نامه تابلو و سرنسخه سازمان نظام پزشکی- درج حد اکثر ۳ عنوان در تابلو - عدم استفاده از عناوین مرکز و یا پاراکلینیک
	عناوین تابلو با سرنسخه و کارت ویزیت مطابقت دارد (سرنسخه ضمیمه گردد)				۲		مشاهده و بررسی	مشاهده همسان بودن عناوین تابلو و سرنسخه و کارت ویزیت
	دفتر ثبت مشخصات جهت بیماران درواحد تزریقات وجود دارد				۲		مشاهده مستندات	ثبت نام و نام خانوادگی- سن- تاریخ و ساعت مراجعه- نام آمپول یا سرم- نوع تزریق- نام مسئول انجام تزریق- نام پزشک معالج
	برای کلیه مراجعین پرونده تشکیل می شود.				۱		مشاهده مستندات	ثبت نام و نام خانوادگی- سن- تاریخ و ساعت و علت مراجعه- اقدامات انجام شده- تشخیص بیماری- نام و مهر پزشک در پرونده
فضای فیزیکی	الزامات آیین نامه ضوابط و تسهیلات مطب در مرحله تاسیس رعایت گردیده است.				۲		مشاهده مستندات	شرایط مطابق آیین نامه مذکور

	مشاهده مستندات	۲			در فضای فیزیکی ، تغییری در مقایسه با پلان قبلی ایجاد نشده است.
شرایط: وجود اتاق با حداقل متراژ ۱۲ متر مربع و به صورت مستقل - وجود روشویی - دارابودن تهویه مطلوب و نور مناسب - دیوار و کف قابل شستشو - وجود حداقل دو تخت تزریقات	مشاهده مستندات	۲			در صورت داشتن واحد تزریقات فضای فیزیکی استاندارد لازم را دارد
بررسی مستندات مربوط به مصونیت بر علیه هپاتیت B	مشاهده مستندات	۱			سوابق مصونیت بر علیه هپاتیت B در مطبهایی که تزریقات، پانسمان، جراحی های سرپایی و یا معاینات زنان به عمل می آورند، وجود دارد
تعویض به موقع safety box (پس از پر شدن ۳/۴ safety box) - درج تاریخ شروع استفاده بر روی safety box - نحوه OUT نمودن safety box	مشاهده و بررسی	۱			ظروف جمع آوری پسماندهای نوک تیز و برنده (سفتی باکس) وجود دارد
وجود قرارداد دفع پسماند عفونی معتبر	مشاهده مستندات	۱			قرارداد حمل زباله عفونی با خدمات موتوری شهرداری وجود دارد
وجود محلول های ضد عفونی سطوح کوچک و بزرگ - وجود محلول ضد عفونی سریع الاثر و وسایل و تجهیزات - استفاده صحیح از محلولهای ضد عفونی	مشاهده و بررسی	۱			برای تمیز کردن کف و سطوح از محلول ضد عفونی کننده مناسب استفاده می گردد.
تمیز بودن بالش و تشک تخت و ترجیحا استفاده از ملحفه و روبالشی یکبار مصرف جهت آن - تمیز بودن روانداز و در اختیار قراردادن ملحفه جهت استفاده از روانداز (پتو)	مشاهده مستندات	۱			از ملحفه و روانداز تمیز و یکبار مصرف استفاده می شود
وجود سطل های زباله درب دار پدالی به تعداد کافی - استفاده از کیسه زرد با آرم پرخطر جهت زباله های عفونی - استفاده از کیسه مشکی جهت زباله های غیر عفونی - تخلیه و شستشوی مرتب سطل های زباله	مشاهده	۱			سطل زباله درب دار و پدال دار با کیسه زباله زرد رنگ جهت زباله های عفونی وجود دارد
پاکسازی وسایل ست ها با برس و دترجنت مناسب - وجود شان و وسایل ست سالم (عدم وجود آثار لک روی شان ها و زنگ زدگی) - درج تاریخ استریل روی ستها - رعایت مدت استریلیتی ستها و وسایل	مشاهده مستندات	۲			از پگ های غیر استریل با فاقد شرایط استاندارد استفاده نمی شود
وجود نور کافی و تهویه مطلوب در مطب - کف و دیوار ها قابل شستشو - وجود روشویی - وجود سیستم سرمایش و گرمایش مناسب (غیر از بخاری گاز سوز)	مشاهده	۱			وضعیت نور ، تهویه و سیستمهای برودتی/حرارتی و نظافت مطب ، مناسب می باشد
وجود تخت های سالم و ایمن و مقاوم در برابر زنگ زدگی - قابل شستشو بودن - وجود پاراوان یا پرده کنار تخت ها	مشاهده و بررسی	۱			تخت های مناسب جهت معاینه و تزریقات وجود دارد.
ست معاینه شامل: فشار سنج، گوشی، اتوسکوپ، چراغ قوه، آبسلانگ و ترمومتر	مشاهده	۲			ست معاینه در مطب وجود دارد.
از جمله: لارنگوسکوپ، آمبویگ، airway	مشاهده و بررسی	۲			ست احیاء و داروهای اورژانس وجود دارد

پیشگیری و بهداشت

دارو و تجهیزات						، لوله تراشه ، آنژیوکت ، آمپولهای هیدروکورتیزون ، آدرنالین ، آتروپین و دیازپام ، نالوکسان ، و پرل (TNG)
	تجهیزات تشخیصی و درمانی مرتبط با تخصص مربوطه وجود دارد		۲			مشاهده و بررسی وزارت و مراجع ذیصلاح ایین نامه ها و کوریکولوم آموزشی و ضوابط
	کپسول اکسیژن سالم و پر با مانومتر سالم و ماسک تمیز وجود دارد		۱			مشاهده و بررسی وجود کپسول اکسیژن آماده و ایمن به همراه مانومتر و ماسک اکسیژن یکبار مصرف و رعایت موارد کنترل عفونت
	جهت استریل کردن وسایل از فور یا توکلاو کلاس B استفاده می شود		۱			مشاهده و بررسی وجود مستندات مربوط به کالیبراسیون فور یا اتوکلاو - وجود تست فور یا اتوکلاو
	کپسول اطفاء حریق (با شارژ معتبر) وجود دارد		۲			مشاهده و بررسی وجود یک کپسول آتش نشانی ۴ کیلوگرمی با شارژ معتبر به ازاء هر ۵۰ متر مربع
رعایت حقوق گیرندگان خدمت	پروانه مطب معتبر در معرض دید نصب می باشد		۲			مشاهده و بررسی مشاهده نصب پروانه در معرض دید مراجعین
	حفظ حریم خصوصی بیمار در زمان معاینه رعایت می شود.		۲			مشاهده و بررسی عدم ویزیت همزمان چند بیمار - عدم وجود پارتیشن جهت جداسازی اتاق معاینه - وجود پاراوان کنار تخت معاینه
	تبلیغات غیر مجاز و یا گمراه کننده وجود ندارد.		۲			مشاهده و بررسی انجام تبلیغات با اخذ مجوز لازم از سازمان نظام پزشکی - عدم وجود تبلیغات غیرمجاز و گمراه کننده
تعرفه	تعرفه های مصوب ابلاغی در معرض دید بیماران نصب است		۱			مشاهده رؤیت نصب تعرفه ها در معرض دید مراجعین در سالن انتظار
	تعرفه های مصوب ابلاغی ، رعایت می گردد.		۲			مشاهده و بررسی بررسی مستندات (دفاتر پذیرش و...) مبنی بر رعایت تعرفه های مصوب ابلاغی

نظریه کارشناسی	ایرادات مشاهده شده :
	پیشنهاد اصلاحی و مداخلات قابل اجرا:
ضمن دریافت یک رونوشت از گزارش متعهد می شوم ظرف مدتنواقص 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)