

## چک لیست کشوری مطب دندانپزشک عمومی / متخصص

نام و نام خانوادگی دندانپزشک :

شماره نظام پزشکی (مندرج در پروانه) :

تاریخ اعتبار پروانه مطب :

شماره و تاریخ اعتبار پروانه مطب :

ملی دارنده پروانه :

آدرس پستی و منطقه شهرداری :

رشته مندرج در پروانه: \*\* :

تاریخ و ساعت بازدید :

تلفن ثابت و همراه :

ساعت و روزهای فعالیت :

شهرستان مجاز به فعالیت مندرج در پروانه مطب :

شرایط خاص :

گرایش های مندرج در تابلو :

| توضیحات   | روش ارزیابی    | شاخص اندازه گیری |      |   |   |   | عنوان  | محور                      |
|---|----------------|------------------|------|---|---|---|--|---------------------------|
|   |                | امتیاز           | ضریب | ۲ | ۱ | ۰ |  |                           |
|   | مشاهده         |                  | ۴    |   |   |   | دندانپزشک دارای پروانه مطب معتبر مشغول به فعالیت می باشد.                    | مجوز                      |
| رویت تصویر پروانه   | مشاهده         |                  | ۲    |   |   |   | لابراتوار (ها) پروتز دندانی همکار مطب دارای مجوز قانونی می باشد              |                           |
|   | مشاهده و بررسی |                  | ۳    |   |   |   | افراد فاقد صلاحیت در مطب فعالیت نمی نمایند.                                  | نیروی انسانی              |
|   | مشاهده         |                  | ۲    |   |   |   | دستیار دندانپزشکی آموزش دیده با رعایت ضوابط و با حضور دندانپزشک فعالیت میکند |                           |
| 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 - عدم درج زیبایی | مشاهده         |                  | ۲    |   |   |   | اندازه ، تعداد و عناوین تابلو استاندارد می باشد.                             | اطلاع رسانی و مدارک پزشکی |
| مشاهده همسان بودن عناوین تابلو و سرنسخه و کارت ویزیت  | مشاهده و بررسی |                  | ۲    |   |   |   | عناوین سر نسخه و کارت ویزیت مطابق پروانه می باشد (سرنسخه ضمیمه گردد)         |                           |
| * نرم افزار قابل جایگزینی است   | مشاهده         |                  | ۲    |   |   |   | دفتر ثبت مشخصات جهت بیماران وجود دارد  |                           |
| ثبت نام و نام خانوادگی - سن - تاریخ و ساعت و علت مراجعه - اقدامات انجام شده - تشخیص بیماری و طرح درمان - درج نام و مهر دندانپزشک و تعرفه در پرونده                    | مشاهده مستندات |                  | ۲    |   |   |   | برای تمامی مراجعین پرونده ( الکترونیکی و یا فیزیکی ) تشکیل می شود.           | فضای فیزیکی               |
| شرایط مطابق آیین نامه مذکور   | مشاهده و بررسی |                  | ۲    |   |   |   | الزامات آیین نامه ضوابط و تسهیلات مطب در مرحله تاسیس رعایت گردیده است.       |                           |
| بررسی مستندات مربوط به مصونیت بر علیه هیأتیت B  | مشاهده مستندات |                  | ۳    |   |   |   | سوابق مصونیت بر علیه هیأتیت B برای کادر درمانی وجود دارد                     |                           |

|  |  |  |  |  |   |                |  |
|--|--|--|--|--|---|----------------|--|
| مدیریت پسماندهای نوک تیز و برنده (سفتی باکس) به شیوه صحیح انجام می پذیرد.                                |  |  |  |  | ۲ | مشاهده و بررسی | تعیین به موقع safety box ( پس از پرسیدن safety box ۳/۴ ) - درج تاریخ شروع استفاده بر روی safety box - نحوه OUT نمودن safety box  |
| قرارداد حمل زباله عفونی با خدمات موتوری شهرداری وجود دارد  |  |  |  |  | ۱ | مشاهده مستندات | وجود قرارداد دفع پسماند عفونی معتبر  |
| برای تمیز کردن کف و سطوح از محلول ضدعفونی کننده مناسب استفاده می گردد.                                   |  |  |  |  | ۱ | مشاهده         | وجود محلول های ضدعفونی سطوح کوچک و بزرگ - وجود محلول ضدعفونی سریع الاثر - استفاده صحیح از محلولهای ضدعفونی   |
| ضدعفونی ساکشن یونیت و اجزای مربوطه ، تری های قالب گیری و قالب ها قبل از ارسال انجام می گردد              |  |  |  |  | ۲ | مشاهده         | مشاهده   |
| سینک روشویی از سینک شستشوی ابزار مجزا می باشد  |  |  |  |  | ۲ | مشاهده         | مشاهده   |
| از روکش یونیت، پیش بند، دستکش یکبار مصرف، ماسک، عینک محافظ و روپوش پزشکی مناسب استفاده می شود            |  |  |  |  | ۱ | مشاهده         | پوار آب و هوا، کلیدهای یونیت، دسته چراغ، سر ساکشن و ...  |
| جهت شستشوی ابزار آلوده از وسایل حفاظت فردی استفاده می شود  |  |  |  |  | ۲ | مشاهده         | دستکش و پنبه و پیش بند مناسب   |
| دفع صحیح و اصولی آمالگام مازاد بر مصرف انجام می گردد   |  |  |  |  | ۱ | مشاهده         | مطابق دستورالعمل های ابلاغی  |
| اصول بهداشت دست رعایت می گردد  |  |  |  |  | ۲ | مشاهده         | مشاهده   |
| برساز ابزار و وسایل قبل از ضدعفونی و استریلیزاسیون آنها بصورت صحیح انجام می شود.                         |  |  |  |  | ۲ | مشاهده         | مطابق دستورالعمل ابلاغی  |
| سطل زباله درب دار و یا پدال دار با کیسه زباله زرد رنگ جهت زباله های عفونی وجود دارد                      |  |  |  |  | ۱ | مشاهده         | 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 |
| وضعیت نور ، تهویه و سیستمهای برودتی/حرارتی و نظافت مطب ، مناسب می باشد                                   |  |  |  |  | ۱ | مشاهده         | 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 گازسوز)   |
| دستگاه رادیوگرافی پری اپیکال استاندارد با رعایت دستور العمل های مربوطه موجود و مورد استفاده قرار می گیرد |  |  |  |  | ۲ | مشاهده         | با رعایت استانداردهای مربوطه   |
| تعداد یونیت بر اساس حداکثر مجاز مصوب می باشد   |  |  |  |  | ۲ | مشاهده         | مطابق استاندارد  |

**پیشگیری و بهداشت**

**دارو و تجهیزات**

|  |                |  |   |  |  |  |                                     |
|--|----------------|--|---|--|--|--|-------------------------------------|
| مطابق استاندارد  | مشاهده         |  | ۲ |  |  | ست معاینه استریل در مطب وجود دارد. ( به تعداد کافی )               |                                     |
| شامل سر توربین، انگل، ایرموتور، هندپیس جراحی ، قلم کویترون ، ترمیمی، درمان ریشه و ...  | مشاهده         |  | ۲ |  |  | ست درمان استاندارد به تعداد بیماران یک شیفت موجود می باشد          |                                     |
| از جمله : لارنگوسکوپ ، آمبویگ ، airway ، لوله تراشه ، آنژیوکت ، آمپولهای هیدروکورتیزون ، آدرنالین ، آتروپین و دیازپام ، نالوکسان ، و پرل ( TNG ) و ... | مشاهده و بررسی |  | ۲ |  |  | ست احیاء و داروهای اورژانس ( emergency box ) وجود دارد             |                                     |
| وجود کپسول اکسیژن آماده و ایمن به همراه مانومتر و ماسک اکسیژن یکبار مصرف و رعایت موارد کنترل عفونت   | مشاهده و بررسی |  | ۲ |  |  | کپسول اکسیژن سالم و پر با مانومتر سالم و ماسک تمیز وجود دارد       |                                     |
| وجود مستندات و سوابق مربوط به کالیبراسیون اتوکلاو و تست اتوکلاو معتبر  | مشاهده و بررسی |  | ۳ |  |  | جهت استریل کردن وسایل صرفاً از اتوکلاو کلاس B استفاده می شود       |                                     |
| وجود یک کپسول آتش نشانی ۴ کیلوگرمی با شارژ معتبر به ازاء هر ۵۰ متر مربع  | مشاهده و بررسی |  | ۱ |  |  | کپسول اطفاء حریق (با شارژ معتبر) وجود دارد                         |                                     |
| مشاهده نصب پروانه در معرض دید مراجعین  | مشاهده         |  | ۱ |  |  | پروانه مطب معتبر در معرض دید نصب می باشد                           | <b>رعایت حقوق<br/>گیرندگان خدمت</b> |
| مطابق دستورالعمل ابلاغی  | مشاهده         |  | ۱ |  |  | حفظ اصول محرمانگی ، حریم خصوصی و الزامات طرح انطباق رعایت می گردد. |                                     |
| انجام تبلیغات با اخذ مجوز لازم از سازمان نظام پزشکی - عدم وجود تبلیغات غیرمجاز و گمراه کننده   | مشاهده و بررسی |  | ۲ |  |  | تبلیغات غیر مجاز و یا گمراه کننده وجود ندارد.                      |                                     |
| مطابق دستورالعمل های ابلاغی وزارت متبوع و سایر مراجع ذی صلاح اقدام فاقد مجوز یا فرد فاقد صلاحیت  | مشاهده         |  | ۳ |  |  | اقدامات درمانی - تشخیصی غیر مجاز انجام نمی شود                     | <b>تعرفه</b>                        |
| رؤیت نصب تعرفه ها در معرض دید مراجعین در سالن انتظار   | مشاهده         |  | ۱ |  |  | تعرفه های مصوب ابلاغی در معرض دید بیماران نصب است                  |                                     |
| بررسی مستندات (دفاتر پذیرش و ...) مبنی بر رعایت تعرفه های مصوب ابلاغی و وزارت متبوع  | مشاهده و بررسی |  | ۳ |  |  | تعرفه های مصوب ابلاغی وزارت متبوع ، رعایت می گردد.                 |                                     |

|  |   |                       |
|--|---|-----------------------|
| اشکالات مشاهده شده :   |   | <b>نظریه کارشناسی</b> |
| پیشنهادات اصلاحی :   |   |                       |
| <p>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 .</p> |   |                       |
| امضا و مهر و تاریخ :   | نام و نام خانوادگی بازدید شونده :           |                       |
| امضا (ها)  | نام و نام خانوادگی کارشناسان بازدید کننده : |                       |