

## چک لیست کشوری مطب پزشکان عمومی

۱

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:

شهرستان مجاز به فعالیت مندرج در پروانه:

ساعت و روزهای فعالیت:

شرایط خاص:\*

رشته درج در پروانه\*\*

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

گرایشهای مندرج در تابلو:

تاریخ و ساعت بازدید :

محور	عنوان	شاخص اندازه گیری					روش ارزیابی	توضیحات
		۰	۱	۲	ضریب	امتیاز		
مجوز	پزشک دارای پروانه طبابت معتبر می باشد.				۴		مشاهده	
	واحد تزریقات دارای مجوز می باشد				۳		مشاهده	
نیروی انسانی	متصدی تزریقات شرایط لازم جهت انجام تزریقات دارد.				۲		مشاهده مستندات وجود پرستار ، بهیار ، پزشکیار و کاردان ها کارشناسان گروه پیراپزشکی در واحد تزریقات {مطابق با آیین نامه واحد تزریقات}	
	افراد فاقد صلاحیت در مطب فعالیت نمی نمایند.				۳		مشاهده مستندات مشاهده فعالیت افراد بدون داشتن مدرک و مجوزهای 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 مستندات اندازه و تعداد تابلو مطابق با آیین 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 مستندات مشاهده همسان بودن عناوین تابلو و سرنسخه و کارت ویزیت	
	دفتر ثبت مشخصات جهت بیماران در واحد 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 - نرم افزار قابل جایگزینی است	
	برای کلیه مراجعین ، بخصوص بیماران مزمن (از جمله بیماران قلبی و فشار خون) پرونده تشکیل می شود.				۱		مشاهده مستندات ثبت نام و نام خانوادگی- سن- تاریخ و ساعت وعلت مراجعه- اقدامات انجام شده- تشخیص بیماری - نام و مهر پزشک در پرونده	

شرایط مطابق آیین نامه مذکور	مشاهده مستندات		۲			الزامات ایمن نامه ضوابط و تسهیلات مطب در مرحله تاسیس رعایت گردیده است.	<b>فضای فیزیکی</b>
	مشاهده مستندات		۲			در فضای فیزیکی ، تغییر 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 هیاتیت B	مشاهده مستندات		۱			سوابق مصونیت بر علیه هیاتیت B در مطب هایی که تزریقات، بانسمان، جراحی های سرپایی و یا معاینات زنان به عمل می آورند، وجود دارد	<b>پیشگیری و بهداشت</b>
تعویض به موقع safety box ( پس از پرشدن safety box ۳/۴ -) درج تاریخ شروع استفاده بر روی safety box - نحوه OUT نمودن safety box	مشاهده مستندات		۱			مدیریت پسماندهای نوک تیز و برنده(سفتی باکس) به شیوه صحیح انجام می پذیرد.	
وجود قرارداد دفع پسماند عفونی معتبر	مشاهده مستندات		۱			قرارداد حمل زباله عفونی با خدمات موتوری شهرداری وجود دارد	
وجود محلول های ضدعفونی سطوح کوچک و بزرگ - وجود محلول ضدعفونی سریع الاثر وسایل و تجهیزات - استفاده صحیح از محلولهای ضدعفونی	مشاهده مستندات		۱			برای تمیز کردن کف و سطوح از محلول ضدعفونی 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	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 مستندات		۲			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 غیراستریل یا 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 گازسوز)	مشاهده مستندات		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 مستندات		۲			ست معاینه در مطب وجود دارد.	
از جمله : لارنگوسکوپ ، آمبوبگ ، airway ، لوله تراشه ، آنژیوکت ، آمپولهای هیدروکورتیزون	مشاهده مستندات		۲			ست احیاء و داروهای اورژانس ( emergency box) وجود دارد	

دارو و تجهیزات							آدرنالین، آتروپین و دیازپام، نالوکسان، و پرل TNG
	کپسول اکسیژن سالم و پر با مانومتر سالم و ماسک تمیز وجود دارد	۱				مشاهده مستندات	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 اتوکلاو کلاس B استفاده می شود	۱				مشاهده مستندات	وجود مستندات مربوط به کالیبراسیون فور یا اتوکلاو - وجود تست فور یا اتوکلاو
	کپسول اطفاء حریق (با شارژ معتبر) وجود دارد	۱				مشاهده مستندات	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	۱				مشاهده مستندات	مشاهده نصب پروانه در معرض دید مراجعین
	حفظ حریم خصوصی بیمار در زمان معاینه رعایت می شود.	۱				مشاهده مستندات	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.	۱				مشاهده مستندات	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 مستندات	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 کارشناس	ایرادات مشاهده شده :
	پیشنهاد اصلاحی و مداخلات قابل اجرا:
ضمن دریافت یک رونوشت از گزارش متعهد می شوم ظرف مدت .....نواقص تذکر داده شده طبق مفاد چک لیست فوق را بر طرف 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 کارشناس بازدید کننده :	امضا (ها)