

نام مرکز:

تاریخ اعتبار پروانه بهره برداری:

نام و نام خانوادگی مسئول فنی:

تاریخ اعتبار پروانه مسئول فنی:

آدرس پستی و منطقه شهرداری:

تلفن همراه مسئول فنی:

تلفن ثابت مرکز:

بخش های مندرج در پروانه\*:

تاریخ و ساعت بازدید:

مخبر	عنوان	شاخص اندازه گیری					روش ارزیابی	توضیحات
		۰	۱	۲	ضرب	امتیاز		
مجوز	پروانه بهره برداری و مسئول فنی مرکز دارای تاریخ اعتبار است.				۴		مشاهده	
	کلیه پزشکان شاغل در مرکز دارای پروانه طبابت شهر مربوطه می باشند				۳		مشاهده	
نیروی انسانی، قوانین و مستندات	مسئول فنی یا قایم مقام وی در مرکز حضور داشته و بر امور نظارت می نماید.				۳		مشاهده	
	مسئول فنی آزمایشگاه در زمان فعالیت واحد حضور دارند				۳		مشاهده	
	وضعیت فعالیت پزشکان و پیراپزشکان شاغل در مرکز، طبق آیین نامه مربوطه می باشد.				۳		مشاهده و بررسی رویت پروانه مطب معتبر جهت پزشکان/ پایان طرح جهت پیراپزشکان	
	افراد فاقد صلاحیت اعم از پزشک و پرسنل درمانی در مرکز فعالیت نمی نمایند				۲		مشاهده و بررسی پزشکان و پرسنل فنی بدون مجوز، اعضا هیات علمی تمام وقت جغرافیایی، دستیار- اعضا هیات علمی تمام وقت و رسمی ارگانها در ساعات موظف	
	فعالیت کادر پزشکی و پرسنل فنی حداکثر در دو نوبت کاری می باشد.				۲		مشاهده	
	جهت کلیه پرسنل پرونده پرسنلی تشکیل شده است				۱		مشاهده	
	کلیه بخشهای موجود در پروانه تاسیس فعال می باشند.				۲		مشاهده	
	بخش فعال خارج از پروانه ندارد				۲		مشاهده	
	پرسنل و پزشکان مرکز بر اساس برنامه تنظیمی در بخش ها و واحدهای مرکز حضور دارند.				۱		مشاهده	
	بکارگیری نیروها در بخشها و واحدهای مرکز با نوع مدرک تحصیلی همخوانی داشته و استاندارد تعداد رعایت می شود.				۲		مشاهده	
پرسنل مرکز از لباس فرم و اتیکت مناسب استفاده				۱		مشاهده		

					می نمایند .	
	مشاهده		۱		مرکز در تمام شبانه روز فعال می باشد .	<b>مراقبت و درمان</b>
آیین نامه ابلاغی	مشاهده و بررسی		۳		اعمال جراحی مجاز طبق پروانه و آیین نامه ابلاغی انجام میشود	
	مشاهده مستندات		۲		مرکز با بیمارستان معین قرارداد دارد.	
وجود آمبولانس یا قرارداد با مراکز آمبولانس خصوصی معتبر. ( نام آمبولانس خصوصی طرف قرارداد ذکر شود )	مشاهده و بررسی		۲		مرکز دارای آمبولانس و یا قرارداد با مراکز آمبولانس خصوصی مجاز می باشد	
	مشاهده		۲		واحد اتاق عمل مرکز مجهز به دستگاه سی آرم رادیولوژی می باشد	
	مشاهده		۲		عدم پذیرش بیماران خارج از مرکز در واحد آزمایشگاه رعایت می شود.	
دستورالعمل و قوانین موجود	بررسی مستندات		۲		مشاوره های تخصصی بالینی و مستند سازی دقیق آنها از نظر ثبت دقیق زمان و تاریخ و ارسال به موقع انجام می شود	
مطابق دستورالعمل ایمنی بیمار	مشاهده و بررسی		۲		دستورالعمل داروهای مشابه و پرخطر و تاریخ انقضای کلیه داروها رعایت می شود.	
مطابق دستورالعمل ایمنی بیمار	مشاهده و بررسی		۳		پروتکل شناسایی بیمار توسط کادر درمانی بخوبی رعایت می گردد	
مطابق دستورالعمل ایمنی بیمار	مشاهده و بررسی		۲		دستورالعمل اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها رعایت می گردد.	
	مشاهده		۱		عنوان تابلو و سرنسوخه با عنوان درج شده در پروانه تاسیس مرکز مطابقت دارد.	<b>آموزش ، اطلاع رسانی و مدارک پزشکی</b>
	مشاهده و بررسی		۳		اصول مستند سازی اوراق پرونده بیماران رعایت می شود .	
	مشاهده		۲		از عناوین غیر مجاز شامل موسسه -کلینیک-پلی کلینیک استفاده نشده است.	
	مشاهده		۱		تعداد و ابعاد تابلو مطابق آیین نامه می باشد.	
ساختار فیزیکی منطبق بر آخرین پلان و تایید شده توسط معاونت درمان دانشگاه می باشد	مشاهده و بررسی		۱		ساختار فیزیکی منطبق بر آخرین پلان و تایید شده توسط معاونت درمان دانشگاه می باشد	<b>فضای فیزیکی</b>
	مشاهده		۲		آسانسور استاندارد بیماربر در مرکز وجود دارد .	
	مشاهده		۲		اتاق عمل کف پوش آنتی استاتیک و مجهز به سیستم ارت می باشد	
	مشاهده		۱		فضاهای جراحی به سه منطقه استریل ، تمیز ، حفاظت شده کاملا تفکیک شده است.	
	مشاهده		۱		اتاق استریل فرعی در اتاق عمل وجود دارد.	
	مشاهده		۱		اتاق کثیف در اتاق عمل وجود دارد .	
	مشاهده		۱		اتاق استراحت پزشک و پرسنل به تفکیک آقا/ خانم وجود دارد .	
	مشاهده		۱		انبار دارو ، تجهیزات و ملزومات وجود دارد .	

	مشاهده		۱			سینک اسکراب اتاق عمل به تفکیک خانم و آقا وجود دارد	<b>پیشگیری و بهداشت</b>
	مشاهده		۱			اتاق تی شور استاندارد وجود دارد	
	مشاهده		۱			سرویس بهداشتی به تفکیک خانم و آقا وجود دارد	
	مشاهده		۲			ارتباط مناسب بین اتاق عمل و CSR وجود دارد.	
	مشاهده		۱			اتاق نگهداری پسماند وجود دارد.	
برنامه واشینگ مطابق دستورالعمل انجام میگیرد	مشاهده و بررسی		۲			از محلول های ضد عفونی کننده مناسب جهت کف، دیوار و سطوح استفاده می شود.	
	بررسی مستندات		۲			کشت واحدهای مختلف براساس دستورالعمل های کنترل عفونت انجام میگیرد	
هندوآش، هندراب و اسکراب جراحی	مشاهده		۳			بهداشت دست مطابق دستورالعمل رعایت میگردد	
وجود تراسی احیاء به صورت کامل و با چیدمان استاندارد مجهز به پریز برق - وجود داروهای اورژانس به طور کامل و با تاریخ معتبر - وجود چک لیست کنترل تراسی و داروها در هر نوبت کاری / تأیید صحت عملکرد و امتحان دستگاه ( D/C شوک ، ECG ، ساکشن و ... ) و انجام کالیبراسیون دوره ای کلیه دستگاههای موجود و وجود لیبل یا گواهی های مربوطه	مشاهده و بررسی		۳			ترالی کد اورژانس ، داروها و امکانات کامل احیاء، الکتروشوک، ساکشن و الکتروکاردیوگرام وجود دارد	<b>دارو و تجهیزات</b>
	مشاهده		۱			سیستم احضار پرستار نصب شده و عملکرد سیستم مورد تایید است	
	مشاهده		۲			اتاق درمان با تجهیزات و دارو های مناسب در بخش وجود دارد.	
	مشاهده					تعداد تخت های ریکاوری مطابق استاندارد می باشد.	
	مشاهده		۱			تعداد تختهای بستری موجود در مرکز مطابق استاندارد می باشد.	
	مشاهده		۱			کپسول اکسیژن به تعداد کافی در مرکز وجود دارد.	
مطابق دستورالعمل	مشاهده و بررسی		۲			استانداردهای گازهای طبی رعایت می گردد	
مطابق دستورالعمل	مشاهده و بررسی		۳			ابزار و تجهیزات اتاق عمل و ریکاوری سالم و کالیبره می باشد	
	مشاهده		۳			ست های جراحی مناسب ، سالم و مطابق استاندارد استریل می شوند	
	مشاهده		۲			یخچال نگهداری خون و فرآورده های خونی و cold box در مرکز وجود دارد	
	مشاهده		۱			کپسول اطفاء حریق با شارژ معتبر در مرکز وجود دارد.	
	مشاهده		۲			طرح تکریم و رضایتمندی بیماران اجرا می شود.	
	مشاهده		۲			حفظ محرمانگی و حریم خصوصی بیماران و طرح انطباق رعایت میگردد.	

دستورالعمل ممنوعیت استعمال دخانیات ، پوستر منشور حقوق بیمار و نحوه رسیدگی به شکایات رعایت می گردد.	مشاهده	۱					
تعرفه خدمات درمانی رعایت می شود	مشاهده و بررسی	۳					<b>تعرفه</b>
تعرفه خدمات درمانی سال جاری مصوب وزارت بهداشت و درمان در پذیرش مرکز نصب است	مشاهده	۱					
صورتحساب مالی به بیماران ارائه می گردد.	مشاهده	۲					
نصب دستورالعمل ممنوعیت استعمال دخانیات ، پوستر منشور حقوق بیمار و نحوه رسیدگی به شکایات در معرض دید مراجعین	مشاهده	۱					
بررسی حداقل ۵ صورتحساب	مشاهده	۳					

ایرادات مشاهده شده :		<b>نظریه کارشناس</b>
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 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 کارشناس بازدید کننده :	امضا (ها)	