



چک لیست کشوری دفاتر کار مامایی

14

نام و نام خانوادگی دارنده مجوز دفتر کار:

مدرک تحصیلی دارنده مجوز دفتر کار:

شماره عضویت سازمان نظام پزشکی :

کد ملی دارنده مجوز :

آدرس و منطقه شهرداری:

تلفن ثابت و همراه دارنده مجوز:

تاریخ و ساعت بازدید :

تاریخ اعتبار مجوز دفتر کار :

کارشناس

کارشناس ارشد

PHD پروانه دار

شماره مجوز :

ساعت و روزهای فعالیت :

| محور | عنوان | شاخص اندازه گیری | | | | | روش ارزیابی | توضیحات |
|--|---|------------------|---|---|------|--------|---|---------|
| | | ۰ | ۱ | ۲ | ضریب | امتیاز | | |
| مجاز | مجاز کار معتبر وجود دارد | | | | ۴ | | مشاهده | |
| | دفتر ثبت کلیه مراجعین با ذکر مشخصات کامل ایشان موجود می باشد. | | | | ۱ | | مشاهده و بررسی ثبت نام و نام خانوادگی - سن - تاریخ و ساعت و علت مراجعه - اقدامات انجام شده - تشخیص بیماری - نام و مهر ماما در پرونده - برنامه نرم افزاری قابل جایگزینی می باشد | |
| | تابلو با تعداد، عنوان و ابعاد استاندارد وجود دارد | | | | ۲ | | مشاهده مطابق با آئین نامه تابلو و سرنسخه سازمان نظام پزشکی (حداکثر ۳ تابلو در اندازه ۷۰ در ۵۰) | |
| | افراد فاقد صلاحیت در دفتر کار فعالیت نمی نمایند. | | | | ۳ | | مشاهده فعالیت افراد بدون داشتن مدرک مرتبط در خصوص گفتاردرمانی | |
| | عناوین مندرج در تابلو، سرنسخه و کارت ویزیت با آیین نامه منطبق است | | | | ۱ | | مشاهده و بررسی | |
| | اخذ شرح حال و تکمیل پرونده کلیه بیماران در هر نوبت مراجعه صورت می گیرد | | | | ۳ | | مشاهده و بررسی پرونده مطابق با راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان ۱۳۹۶، | |
| نیروی انسانی ، اطلاع رسانی و مدارک پزشکی | موازین بهداشتی، اصول کلی بهداشت و نظافت در فضای فیزیکی و تجهیزات رعایت می گردد. | | | | ۳ | | مشاهده استفاده از روپوش سفید و تمیز، رعایت دستورالعمل بهداشت دست، استفاده از ملحفه و روانداز تمیز و یک بار مصرف ، استفاده از وسایل حفاظتی (گان، ماسک، دستکش استریل و عینک جهت گذاردن IUD و موارد ضروری). | |
| | سطل زباله درب دار و پدال دار با کیسه زرد رنگ جهت زباله های عفونی وجود دارد | | | | ۲ | | مشاهده | |
| | از پگهای غیر استریل یا فاقد شرایط استاندارد استفاده نمی شود | | | | ۲ | | مشاهده و بررسی مستندات | |
| | مستندات مصونیت بر علیه هپاتیت B برای کادر درمانی وجود دارد | | | | ۳ | | مشاهده و بررسی مستندات | |

| | | | | | | |
|---|--|--|--|---|------------------------|--|
| مدیریت پسماندهای نوک تیز و برنده(سفتی باکس) به شیوه صحیح انجام می پذیرد. | | | | ۲ | مشاهده | مطابق آیین نامه پسماند |
| قرارداد حمل زباله عفونی با خدمات موتوری شهرداری وجود دارد | | | | ۲ | مشاهده و بررسی مستندات | |
| مشخصات مادران پرخطر شناسایی شده ، به ستاد شبکه بهداشت و درمان اعلام می شود. | | | | ۳ | مشاهده و بررسی مستندات | بررسی مستندات پرونده مادران پرخطر |
| ارجاع مادران پرخطر نیازمند مراقبت ویژه و پیگیری آنها به موقع انجام می شود | | | | ۳ | مشاهده و بررسی مستندات | منطبق بر راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان (اداره سلامت مادران وزارت بهداشت۱۳۹۶) |
| فعالیت بدون مجوز در حوزه طب سنتی انجام نمی گردد | | | | ۳ | مشاهده | مطابق با آخرین نامه ابلاغی(۹۷/۸/۸) و مشروط به گذراندن دوره مورد تایید وزارت متبوع تنها محورفعالیت مجاز برای مامای دوره دیده حوزه حفظ و صحه اعلام می باشد. |
| در فضای فیزیکی ، تغییری در مقایسه با پلان قبلی ایجاد نشده است. | | | | ۲ | مشاهده | طبق آیین نامه |
| تجهیزات دفتر کار و اتاق معاینه کامل است | | | | ۳ | مشاهده و بررسی مستندات | حداقل: تخت معاینه، تخت ژینکولوژی ، اسپیکلوم استریل، ترازوی بزرگسال ، فشارسنج ،گوشی ، چراغ قوه، ترمومتر ، گوشه مامایی یا سونی کید، چراغ معاینه، پرده یا پاراوان، ملحفه و کاغذ گراف، دستکش یک بار مصرف استریل و غیر استریل مواد پاک کننده و ضدعفونی کننده جهت شستشوی دست هاو مواد ضدعفونی کننده سطوح و تجهیزات/ مطابق آخرین آیین نامه ابلاغی |
| از دستگاه های غیر مجاز برای تشخیص و درمان استفاده نمی شود. | | | | ۳ | مشاهده | کاربری تشخیصی یا درمانی وسایل برای اقدامات خارج از شرح وظایف دارنده ی مجوز لازم است مد نظر باشد |
| وسایل مورد نیاز جهت زایمان اورژانس ، با تاریخ استریلیتی وجود دارد. | | | | ۳ | مشاهده | مطابق با آخرین دستورالعمل ابلاغی |
| ست استاندارد IUD با تاریخ استریلیتی وجود دارد | | | | ۲ | مشاهده | |
| - فور (یا اتوکلاو) و تست فور (یا اتوکلاو) موجود است | | | | ۲ | مشاهده | |
| وسایل استاندارد نمونه گیری (پاپ اسمیر) موجود است. | | | | ۲ | مشاهده | |
| اقدامات غیرمجازانجام نمی شود | | | | ۳ | مشاهده | منطبق بر شرح وظایف دارنده مجوز و آیین نامه ابلاغی لیزر و مداخلات زیبایی، سونوگرافی، سقط غیر قانونی و ... مدنظر باشد. |

| | | | | | | | | |
|---------------|--|------------------------|---|--|--|--|------------------------|--|
| گیرندگان خدمت | تبلیغات غیرمجاز وجود ندارد | | ۲ | | | | مشاهده | مطابق آیین نامه تبلیغات نظام پزشکی |
| | دستورالعمل ممنوعیت استعمال دخانیات ، پوستر منشور حقوق بیمار و نحوه رسیدگی به شکایات نصب می باشد. | مشاهده | ۱ | | | | مشاهده | مشاهده نصب دستورالعمل ممنوعیت استعمال دخانیات ، پوستر منشور حقوق بیمار و نحوه رسیدگی به شکایات در معرض دید مراجعین |
| | پروانه های معتبر و ساعت فعالیت ، در معرض دید مراجعین نصب می باشند | مشاهده | ۱ | | | | مشاهده | مشاهده نصب پروانه ها در معرض دید مراجعین |
| | اصول محرمانگی ، حریم خصوصی و الزامات طرح انطباق رعایت می گردد. | مشاهده | ۲ | | | | مشاهده | مطابق دستورالعمل ابلاغی |
| تعرفه | تعرفه های مصوب ابلاغی در معرض دید بیماران نصب است | مشاهده | ۱ | | | | مشاهده | رؤیت نصب تعرفه ها در معرض دید مراجعین در سالن انتظار |
| | تعرفه های مصوب ابلاغی ، رعایت می گردد. | مشاهده و بررسی مستندات | ۲ | | | | مشاهده و بررسی مستندات | 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 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) |

آدرس سایت معاونت درمان : darman.abzums.ac.ir

جهت دریافت شیوه نامه وقایع نافوخته درمانی از آدرس فوق به قسمت مدیریت نظارت ، اعتباربخشی و صدور پروانه - امور مطبوعا ، درمانگاهها و دفاتر کار قسمت آئین نامه ها، بخشنامه ها و دستورالعمل ها مراجعه نمایند.

در ضمن نسبت به تکمیل و بروزرسانی اطلاعات مرکز در سامانه صدور پروانه ها اقدام نمایند.