چک لیست کشوری **حرف وابسته به دندانپزشکی**

6

**(کمک دندانپزشک تجربی، بهدار تجربی دندان و دندانساز تجربی ( تبصره 5))**

**نام و نام خانوادگی : کمک دندانپزشک تجربی 🗆 بهدار تجربی دندان 🗆 دندانساز تجربی (تبصره 5) 🗆**

تاریخ تولد: تاریخ اعتبار پروانه دفترکار:

کد ملی دارنده مجوز فعالیت: شماره مجوز دفتر کار:

آدرس پستی و منطقه شهرداری: تلفن ثابت و همراه :

تاریخ و ساعت بازدید : ساعت و روزهای فعالیت :

شهرستان مجاز به فعالیت مندرج در مجوز : عنوان مندرج در تابلو :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| محور | عنوان | شاخص اندازه گیری | | | | | روش ارزیابی | توضیحات |
| 0 | 1 | 2 | ضریب | امتیاز |
| مجوز | پروانه دفتر کار معتبر است |  |  |  |  |  |  |  |
| آموزش ،  اطلاع  رسانی و مدارک پزشکی | اندازه و تعداد تابلو استاندارد (50 \*70 ) می باشد |  |  |  | 2 |  | مشاهده |  |
| مجوز در معرض دید نصب است. |  |  |  | 2 |  | مشاهده |  |
| عناوین مندرج در تابلو با مجوز فعالیت منطبق می باشد |  |  |  | 3 |  | مشاهده |  |
| فضای فیزیکی | در اتاق کار روشويي مناسب تعبيه شده است |  |  |  | 2 |  | مشاهده |  |
| کف و دیوار اتاق کار قابل شستشو می باشد |  |  |  | 2 |  | مشاهده |  |
| دفتر کار از نور و روشنایی و تهویه مناسب برخوردار می باشد |  |  |  | 2 |  | مشاهده |  |
| در دفتر کار سینک مخصوص شستشوی قالبها و ابزار و ... تعبیه شده است |  |  |  | 2 |  | مشاهده | لازم است این سینک از روشویی جدا باشد. |
| پیشگیری و بهداشت | هنگام کار از دستکش لاتکس ،روپوش تمیز، روکش یونیت ، پیش بند و وسایل حفاظت فردی مناسب استفاده می شود |  |  |  | 2 |  | مشاهده و مصاحبه | لیوان و سرساکشن یکبار مصرف علاوه بر موارد ذکر شده برای دفاترکمک دندانپزشکان تجربی و بهداران تجربی دندان چک شود. |
| میز کار و سطوح مربوطه و سینک با محلول ضد عفونی مورد تایید گند زدایی میشود |  |  |  | 2 |  | مشاهده و مصاحبه |  |
| در پایان روز کاری دستگاه تریمر و قالبها و ... ابتدا شستشو و سپس با محلول ضد عفونی مورد تایید گندزدایی میشود |  |  |  | 2 |  | مشاهده و مصاحبه |  |
| پروتزهای ساخته شده قبل از تحویل به بیمار بوسیله محلول ضد عفونی مورد تایید گند زدایی میشود |  |  |  | 2 |  | مشاهده و مصاحبه |  |
| مستندات مصونيت عليه هپاتيت B جهت كليه كاركنان شاغل در درمان وجود دارد |  |  |  | 1 |  | مشاهده مستندات | بررسی مستندات مربوط به مصونیت علیه هپاتيت B |
| مدیریت پسماند اجسام تیز و برنده و آمالگام ( برای گروه های مرتبط) انجام می شود. |  |  |  | 2 |  | مشاهده |  |
| پروتزها در بسته های جداگانه و در لفافه یکبار مصرف در دفتر کار نگهداری میشود |  |  |  | 2 |  | مشاهده و مصاحبه |  |
| دستورالعمل بهداشت دست به طرز صحیح رعایت می شود |  |  |  | 2 |  | مشاهده و مصاحبه |  |
| دارو و تجهیزات | وسایل و تجهیزات موجود و داروهای اورژانس (EMERGENCY BOX)  منطبق بر شرح وظایف موجود می باشد. |  |  |  | 3 |  | مشاهده | منطبق با شرح وظایف و دستورالعمل های ابلاغی مرتبط با مجوز های مربوطه/ ست معاینه ،درمان استریل و استاندارد و داروهای ضروری برای کمک دندانپزشک و بهداران تجربی چک شود. |
| کپسول اکسیژن پر با مانومتر سالم و ماسک تمیز وجود دارد. |  |  |  | 2 |  | مشاهده و بررسی |  |
| کپسول اطفا حریق با شارژ معتبر وجود دارد. |  |  |  | 1 |  | مشاهده و بررسی |  |
| اتو کلاو کلاس B در دفتر کارموجود و مورد استفاده می باشد |  |  |  | 3 |  | مشاهده مستندات کارکرد دستگاه | وجود مستندات و سوابق مربوط به کالیبراسیون اتوکلاو و تست اتوکلاو |
| سطل زباله دربدار ، پدالی با کیسه زباله زردرنگ در دفتر کار موجود می باشد |  |  |  | 2 |  | مشاهده |  |
| تعداد یونیت براساس حداکثر مجاز مصوب می باشد. |  |  |  | 3 |  | مشاهده |  |
| رعایت حقوق گیرندگان خدمت | پروانه هاي تاسيس و مسئول فني ، در معرض ديد مراجعين نصب می باشند |  |  |  | 1 |  | مشاهده |  |
| محرمانگی و حفظ حریم خصوصی مراجعین رعایت می شود. |  |  |  | 2 |  | مشاهده و مصاحبه |  |
| خدمات مازاد بر نیاز انجام نمی شود |  |  |  | 2 |  | مشاهده و مصاحبه |  |
| خدمات ارائه شده به بیمار منطبق بر شرح وظایف می باشد |  |  |  | 3 |  | مشاهده و مصاحبه |  |
| تبلیغات غیر مجاز و گمراه کننده وجود ندارد |  |  |  | 3 |  | مشاهده و بررسی |  |
| تعرفه | تعرفه مصوب رعایت می شود. |  |  |  | 2 |  | مشاهده و بررسی | رؤیت و بررسی دریافتی ها |
| تعرفه ها در معرض دید عموم نصب است. |  |  |  | 1 |  | مشاهده |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| نظریه کارشناس | اشکالات مشاهده شده : | |
| پیشنهادات 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 بصورت مکتوب به معاونت درمان دانشگاه ناظر تحویل دهم . | | |
| نام و نام خانوادگی بازدید شونده : | | امضا و مهر |
| نام و نام خانوادگی کارشناسان بازدید کننده : | | |