چک لیست کشوری درمانگاه تخصصی غیرتهاجمی قلب و عروق

11

نام مؤسسه: تاریخ اعتبار پروانه بهره برداری:

نام و نام خانوادگی مسئول فنی: تلفن همراهمسئول فنی :

 تاریخ اعتبار پروانه مسئول فنی : بخشهای مندرج در پروانه\*

آدرس پستی و منطقه شهرداری:

 تاریخ و ساعت بازدید :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| محور | عنوان | شاخص اندازه گیری | روش ارزیابی | توضیحات |
| 0 | 1 | 2 | ضریب | امتیاز |
| مجوز | پروانه بهره برداری معتبر است. |  |  |  | 4 |  | مشاهده |  |
| پروانه مسئول فنی معتبر است. |  |  |  | 4 |  | مشاهده |  |
| پروانه مطب معتبر پزشكان و مجوز اشتغال ساير پرسنل فني وجود دارد |  |  |  | 2 |  | مشاهده و بررسی | وجود پروانه مطب معتبر کلیه پزشکان شاغل و مجوز فعالیت معتبرکلیه پرسنل پیراپزشکی  |
| در صورت وجود پزشکی هسته ای، داروخانه ،آزمايشگاه ، راديولوژی و يا ساير واحدهاي پاراكلينيك ، براي هر كدام پروانه مسئوليت فني معتبر وجود دارد.  |  |  |  | 2 |  | مشاهده | مشاهده پروانه معتبر مسئولین فنی بخش های پاراکلینیک  |
| نیروی انسانی ، قوانین و مستندات | مسئولین فني و یا جانشین معرفی شده حضور دارند. |  |  |  | 3 |  | مشاهده | حضور مستمر و دائم مسئولین فنی بر اساس پروانه صادره یا پزشك جانشین معرفی شده به معاونت درمان طبق آئين نامه |
| لیست پزشکان و پیراپزشکان فعال در درمانگاه به معاونت درمان ارسال می شود.  |  |  |  | 1 |  | مشاهده مستندات | بررسی مستندات مربوط به ارسال مدارک پزشکان و پیراپزشکان به معاونت درمان |
| کادر فنی درمانگاه طبق آیین نامه حضور دارند |  |  |  | 2 |  | مشاهده و بررسی | مطابق آیین نامه و قوانین  |
| افراد فاقد صلاحیت اعم از پزشک و پرسنل درمانی در مرکز فعالیت نمی نمایند |  |  |  | 2 |  | مشاهده و بررسی | پزشکان و پرسنل فنی بدون مجوز ، اعضا هیات علمی تمام وقت جغرافیایی ، دستیار- اعضاهیات علمی تماوقت و رسمی ارگانها در ساعات موظف  |
| مراقبت و درمان | خدمات تشخیصی درمانی تخصصی نظیر (اکوکاردیوگرافی ، استرس اکو و تست ورزش، هولتر مانیتورینگ و بررسی پیس میکر و...در درمانگاه مطابق استاندارد انجام می شود.  |  |  |  | 2 |  | مشاهده و بررسی | مطابق آیین نامه و قوانین |
| مشاوره های تخصصی بالینی و مشاوره های تغذیه و رژیم درمانی در درمانگاه مطابق استاندارد انجام می شود. |  |  |  | 1 |  | مشاهده و بررسی | وجود اتاق مناسب و مستقل با نور وتهویه مطلوب جهت هر یک از تخصص های موجود در درمانگاه و بخش تغذیه ورژیم درمانی، مستندات انجام مشاوره |
| بازتوانی بیماران قلبی و عروقی در درمانگاه انجام می شود.  |  |  |  | 1 |  | مشاهده و بررسی | وجود فضای با متراژ مناسب و مستقل با نورو تهویه مطلوب– وجود تجهیزات مورد نیاز بر اساس خدمات قابل ارائه  |
| آموزش ، اطلاع ر سانی و مدارک پزشکی | اندازه ، تعداد و عناوین تابلوي درمانگاه استاندارد می باشد. |  |  |  | 2 |  | مشاهده |  اندازه و تعداد تابلو مطابق با آئين نامه تابلو و سرنسخه سازمان نظام پزشكي- عناوين مندرج در تابلو مطابق با پروانه بهره برداري درمانگاه و عدم استفاده از عناوين كلينيك و يا پلي كلينيك |
| عناوين بخشها در تابلو و سرنسخه ، مطابق با بخشهاي موجود در پروانه تاسيس می باشد (سرنسخه ضميمه گردد) |  |  |  | 1 |  | مشاهده و بررسی | مشاهده عناوين مندرج در تابلو و سرنسخه مطابق با بخش های مندرج در پروانه تاسیس درمانگاه  |
| كليه بخشهاي موجود در پروانه تاسيس فعال می باشد (ذكر كليه بخشها و تخصصهاي فعال درمانگاه)  |  |  |  | 2 |  | مشاهده و بررسی | انطباق بخش های موجود و فعال در درمانگاه با بخش های موجود در پروانه تأسیس |
| بخش خارج از پروانه تاسيس فعال نمی باشد. |  |  |  | 2 |  | مشاهده و بررسی | عدم فعالیت بخش های خارج از پروانه تاسیس درمانگاه  |
| دفتر ثبت مشخصات جهت بیماران وجود دارد. |  |  |  | 2 |  | مشاهده | ثبت نام و نام خانوادگي- سن – تاريخ و ساعت مراجعه-نوع خدمت- نام پزشك/ نرم افزار مناسب قابل جایگزینی می باشد |
| برای کلیه بیماران قلب و عروق پرونده تشکیل می شود.  |  |  |  | 3 |  | مشاهده مستندات | ثبت نام و نام خانوادگي- سن- تاريخ و ساعت وعلت مراجعه- اقدامات انجام شده- تشخيص بيماري - نام و مهر پزشك |
| فضای فیزیکی | ساختار فيزيكيمنطبق بر آخرین پلان و تاييد شده توسط معاونت درمان دانشگاه می باشد |  |  |  | 1 |  | مشاهده و بررسی | مقایسه ساختار فیزیکی کنونی با نقشه تایید شده فضای فیزیکی در زمان تاسیس درمانگاه  |
| پیشگیری و بهداشت | سوابق مصونيت بر عليه هپاتيت Bجهت كليه كاركنان شاغل وجود دارد |  |  |  | 1 |  | مشاهده مستندات | بررسی مستندات مربوط به مصونیت بر علیه هپاتيت B |
| مدیریت پسماندهاي نوك تيز و برنده (سفتي باكس) طبق استاندارد صورت میگیرد. |  |  |  | 1 |  | مشاهده و بررسی |  تعويض به موقع safety box ( پس از پرشدن 4/3 safety box )- درج تاريخ شروع استفاده بر روي safety box - نحوه OUT نمودن safety box |
| قرارداد حمل زباله عفوني با خدمات موتوری شهرداري وجود دارد |  |  |  | 1 |  | مشاهده مستندات | وجود قرارداد دفع پسماند عفونی معتبر  |
| براي تميز كردن كف و سطوح از محلول ضدعفوني كننده مناسب استفاده می گردد |  |  |  | 1 |  | مشاهده و بررسی | وجود محلول های ضدعفوني سطوح کوچک و بزرگ - وجود محلول ضدعفوني سريع الاثر وسايل و تجهيزات - استفاده صحيح از محلولهاي ضدعفوني |
| از ملحفه و روانداز تميز و يكبار مصرف استفاده می شود |  |  |  | 1 |  | مشاهده | تميز بودن بالش و تشك تخت و ترجیحا استفاده از ملحفه و روبالشي يكبار مصرف جهت آن - تميز بودن روانداز و در اختيار قراردادن ملحفه جهت استفاده از روانداز(پتو) |
| سطل زباله درب دار و پدال دار با كيسه زباله زردرنگ جهت زباله هاي عفوني وجود دارد.  |  |  |  | 1 |  | مشاهده | وجود سطل های زباله درب دار پدالی به تعداد كافي - استفاده از كيسه زرد با آرم پرخطر جهت زباله هاي عفوني - استفاده از كيسه مشكي جهت زباله هاي غير عفوني - تخليه و شستشوي مرتب سطل هاي زباله |
| وضعيت نور ، تهويه و سيستمهاي برودتي/حرارتي و رعایت اصول بهداشتی، مناسب می باشد.  |  |  |  | 1 |  | مشاهده | وجود نور کافی و تهویه مطلوب در فضاهای مختلف درمانگاه - مناسب بودن سیستمهای روشنایی و عدم استفاده از لامپهای آویز - وجود سیستم سرمایش و گرمایش مناسب (غیر از بخاری گازسوز) |
| دارو و تجهیزات | ترالي کد اورژانس ، داروها و امكانات كامل احيا، دستگاه الكتروشوك و نوار قلب سالم و ساکشن سالم وجود دارد  |  |  |  | 3 |  | مشاهده و بررسی | وجود ترالی 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 ترالی و داروها در هر نوبت کاری / تائید 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 |
| دارو و يا وسايل مصرفي تاريخ گذشته ویا داروی غیراورژانس وجود ندارد |  |  |  | 2 |  | مشاهده و بررسی | عدم وجود دراوهای غیر اورژانسی و تاریخ گذشته در درمانگاه  |
| كپسول اكسيژن سالم و پر با مانومتر سالم و ماسك تميز وجود دارد |  |  |  | 2 |  | مشاهده و بررسی | وجود کپسول اکسیژن آماده و ایمن به همراه مانومتر و ماسک اکسیژن یکبار مصرف و رعایت موارد کنترل عفونت |
| درمانگاه داراي آمبولانس و يا قرارداد با مراكز آمبولانس خصوصي می باشد |  |  |  | 3 |  | مشاهده و بررسی | وجود آمبولانس یا قرارداد با مراکز آمبولانس خصوصی معتبر.( نام آمبولانس خصوصي طرف قرارداد ذكر شود ) |
| سيستم برق اضطراري و کپسول اطفاء حريق (با شارژ معتبر) وجود دارد |  |  |  | 2 |  | مشاهده و بررسی | وجود سیستم برق اضطراری كارآمد - وجود یک کپسول آتش نشانی 4 کیلوگرمی با شارژمعتبر به ازاء هر 50 متر مربعیا سیستم اطفاء حریق مرکزی در دسترس |
| پاراکلینیک | در صورت وجود داروخانه ،آزمايشگاه ، راديولوژی و يا ساير واحدهاي پاراكلينيك ، براي هر كدام پروانه مسئوليت فني معتبر وجود دارد.  |  |  |  | 3 |  | مشاهده و بررسی | مشاهده پروانه معتبر مسئولین فنی بخش های پاراکلینیک  |
| رعایت حقوق گیرندگان خدمت | پروانه هاي معتبر تاسيس و مسئول فني ، در معرض ديد مراجعين نصب می باشند |  |  |  | 2 |  | مشاهده | مشاهده نصب پروانه ها در معرض دید مراجعین |
| پرسنل پزشكي و پيراپزشكي داراي اتيكت شناسايي می باشند |  |  |  | 1 |  | مشاهده | رؤیت نصب اتیکت شناسایی شامل نام خانوادگی و سمت ، توسط کلیه کارکنان درمانگاه |
| مشخصات و تخصص كليه پزشكان شاغل در نوبتهاي مختلف ،در تابلوي اعلانات درج می باشد |  |  |  | 1 |  | مشاهده و بررسی | مشاهده نصب برنامه پزشکان در تابلو اعلانات  |
| دستورالعمل ممنوعیت استعمال دخانیات ، پوستر منشور حقوق بیمار و نحوه رسیدگی به شکایات نصب می باشد. |  |  |  | 1 |  | مشاهده | مشاهده نصب دستورالعمل ممنوعیت استعمال دخانیات ، پوستر منشور حقوق بیمار و نحوه رسیدگی به شکایات در معرض دید مراجعین |
| تبليغات غير مجاز و يا گمراه كننده وجود ندارد. |  |  |  | 2 |  | مشاهده و بررسی | انجام تبليغات با اخذ مجوز لازم از سازمان نظام پزشكي - عدم وجود تبلیغات غیرمجاز و گمراه کننده  |
| محرمانگی و حفظ حریم خصوصی رعایت می گردد.  |  |  |  | 2 |  | مشاهده | رعایت شئونات پزشکی و ضوابط اخلاقی و انسانی |
| خدمات تشخیصی –درمانی بصورت خدمات القائی (پکیج) ارائه نمی گردد |  |  |  | 2 |  | مشاهده |  |
| تعرفه | تعرفه های مصوب ابلاغی در معرض ديد بيماران نصب است  |  |  |  | 1 |  | مشاهده | رؤیت نصبتعرفه ها در معرض دید مراجعین در سالن انتظار  |
| تعرفه های مصوب ابلاغی ، رعايت می گردد. |  |  |  | 3 |  | 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 مفادچک 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 : |