13

**چک لیست کشوری دفترکار تعذیه**

نام و نام خانوادگی دارنده مجوز دفتر کار: تاریخ اعتبار مجوز دفتر کار :

مدرک تحصیلی دارنده مجوز دفتر کار: کارشناس  کارشناس ارشد  PHD 

شماره عضویت سازمان نظام پزشکی : تلفن ثابت و همراه دارنده مجوز:

 کد ملی دارنده مجوز : شماره مجوز :

آدرس پستی و منطقه شهرداری:

تاریخ و ساعت بازدید : ساعت و روزهای فعالیت :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| محور | عنوان | شاخص اندازه گیری | روش ارزیابی | توضیحات |
| 0 | 1 | 2 | ضریب | امتیاز |
| مجوز | مجوز کار معتبر وجود دارد  |  |  |  | 4 |  | مشاهده |  |
| نیروی انسانی ، آموزش ،اطلاع ر سانی و مدارک پزشکی | فعالیت در محل مطابق با مجوز صادر شده می باشد |  |  |  | 2 |  | مشاهده | تعطیلی موقت یا جابجایی محل باید به مراجع مورد نظر اطلاع رسانی شود |
| تابلو با تعداد، عنوان و ابعاد استاندارد وجود دارد |  |  |  | 2 |  | مشاهده |  |
| عناوین مندرج در تابلو، سرنسخه و کارت ویزیت با ایین نامه منطبق است  |  |  |  | 1 |  | مشاهده وبررسی | قانون تبلیغات و تابلو ، سرنسخه نظام پزشکی  |
| افراد فاقد صلاحیت در دفترکار فعالیت نمی کنند |  |  |  | 3 |  | مشاهده |  |
| وجود چارت های WHO-NCHS |  |  |  |  |  | مشاهده |  |
| اخذ شرح حال و تکمیل پرونده کلیه بیماران در هر نوبت مراجعه صورت می گیرد |  |  |  | 3 |  | مشاهده مستندات |  |
| دفتر ثبت کلیه مراجعین با ذکر مشخصات کامل ایشان موجود می باشد. |  |  |  | 1 |  | مشاهده و بررسی | ثبت نام و نام خانوادگي- سن- تاريخ و ساعت وعلت مراجعه- اقدامات انجام شده- تشخيص بيماري - نام و مهرپزشك در پرونده ، برنامه نرم افزاری قابل جایگزین می باشد. |
| پیشگیری و بهداشت | موازین بهداشتی، اصول کلی بهداشت و نظافت در فضای فیزیکی و تجهیزات رعایت می گردد. |  |  |  | 3 |  | مشاهده وبررسی |  |
| دارو و تجهیزات | تجهیزات اتاق معاینه کامل است |  |  |  | 2 |  | مشاهده | حداقل: ترازوی اطفال و بزرگسال ، قدسنج اطفال و بزرگسال ، فشارسنج و گوشی ، |
| از دستگاه های غیر مجاز استفاده نمی شود. |  |  |  | 3 |  | مشاهده | دستگاه های مجاز: کاویتاسیون،RF، بادی آنالیزور |
| جهت استفاده از دستگاه های کمک لاغری مجاز گواهی نامه معتبر وجود دارد. |  |  |  | 2 |  | مشاهده | گواهی نامه انجمن یا سایر مراجع مورد تاییدوزارت بهداشت  |
| رعایت حقوق گیرندگان خدمت | اقدامات غیرمجازانجام نمی شود |  |  |  | 4 |  | مشاهده و بررسی | تجويز داروهای غیر از مکمل ها ، درخواست آزمايشات پاراكلينيكي بجز 36 مورد مجاز مطابق آیین نامه تاسیس دفاتر کار تغذیه و يا دخل و تصرف در نسخه پزشك |
| تبلیغات غیرمجاز وجود ندارد |  |  |  |  |  | مشاهده | مطابق آیین نامه نظام پزشکی – تبلیغات محیطی ، فیزیکی، فضای مجازی |
| 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 |
| پروانه هاي معتبر و ساعت فعالیت ، در معرض ديد مراجعين نصب می باشند |  |  |  | 1 |  | مشاهده | نصب پروانه ها در معرض دید مراجعین |
| حفظ اصول محرمانگی ، حریم خصوصی و الزامات طرح انطباق رعایت می گردد.  |  |  |  | 1 |  | مشاهده | مطابق دستورالعمل ابلاغی |
| تعرفه | تعرفه های مصوب ابلاغی در معرض ديد بيماران نصب اس |  |  |  | 1 |  | مشاهده | تعرفه های مصوب ابلاغی در معرض ديد بيماران نصب است  |
| تعرفه های مصوب ابلاغی ، رعايت می گردد. |  |  |  | 2 |  | مشاهده و بررسی | تعرفه های مصوب ابلاغی ، رعايت می گردد. |

|  |  |
| --- | --- |
| 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 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 بازدیدکننده: |