چک لیست کشوری موسسه فیزیوتراپی

18

نام مؤسسه: تاریخ اعتبار پروانه بهره برداری:

نام و نام خانوادگی مسئول فنی: تاریخ اعتبار پروانه مسئول فنی :

آدرس پستی و منطقه شهرداری: تلفن ثابت و همراه :

تاریخ و ساعت بازدید :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| محور | عنوان | شاخص اندازه گیری | | | | | روش ارزیابی | توضیح |
| 0 | 1 | 2 | ضریب | امتیاز |
| مجوز | پروانه بهره برداری معتبر است |  |  |  | 4 |  | مشاهده |  |
| پروانه مسئول فنی معتبر است |  |  |  | 4 |  | مشاهده |  |
| نیروی انسانی | مسئول فني حضور دارند. |  |  |  | 3 |  | مشاهده | حضور مستمر و دائم مسئول فنی بر اساس پروانه صادره |
| کارشناسان همکار به معاونت درمان معرفی شده ولیست آنها بروز رسانی گردیده است |  |  |  | 2 |  | مشاهده مستندات | بررسی مدارک تحصیلی و اعلام شروع به کار کارشناسان همکار به معاونت درمان |
| فعالیت افراد شاغل در موسسه ،طبق آیین نامه و مجوز صادره مربوطه می باشد. |  |  |  | 2 |  | مشاهده و بررسی | حداقل یک کارشناس یا کارشناس ارشد یا دکترای فیزیوتراپی در هر نوبت کاری – متصدی پذیرش و بایگانی- یک نفر دستیار با رعایت طرح انطباق |
| افراد فاقد صلاحیت در موسسه فعالیت نمی کنند. |  |  |  | 3 |  | مشاهده و بررسی | فعالیت افرادغیر مجاز یا بدون داشتن مدرک -افراد غیرفیزیوتراپ یا دستیارفقط باشرایط مندرج در آیین نامه و صرفا با حضور مسئول فنی فعالیت داشته باشد. |
| مراقبت و درمان | خدمات فیزیوتراپی بر حسب تجویز پزشک جهت بازتوانی بیماران و معلولین ارائه می شود. |  |  |  | 2 |  | مشاهده مستندات | استفاده از عوامل فیزیکی مانند گرما ، سرما ، آب ، امواج الکتروماگنتیک (نور ، امواج مادون قرمز ، ماورای بنفش ، لیزر کم توان و...) و حرکت درمانی |
| استانداردهای ابلاغی در خصوص خدمات فیزیوتراپی رعایت می شود. |  |  |  | 2 |  | مشاهده | اکستراکوپورال شاک ویو تراپی – مگنت تراپی - لیزرتراپی پرتوان – آبدرمانی /براساس آخرین دستورالعمل ابلاغی |
| آموزش ،  اطلاع  رسانی و مدارک پزشکی | اندازه ، تعداد و عناوین تابلوي موسسه استاندارد  می باشد. |  |  |  | 2 |  | مشاهده | اندازه و تعداد تابلو مطابق با آئين نامه نظام پزشکی - عناوين مندرج در تابلو مطابق با پروانه و عدم استفاده از عنوان كلينيك تخصصی |
| دفتر ثبت و پذیرش بیماران در موسسه جود دارد . |  |  |  | 2 |  | مشاهده | کنترل ثبت نام و نام خانوادگی بیمار ، سن ، تاریخ و ساعت مراجعه ، نوع خدمت ، نام پزشک معالج ، نام فیزیوتراپیست / نرم افزار مناسب جایگزین |
| برای کلیه مراجعین پرونده تشکیل می شود. |  |  |  | 2 |  | مشاهده مستندات | ثبت نام و نام خانوادگي- سن- تاريخ و ساعت وعلت مراجعه- اقدامات انجام شده - نام و مهر فیزیوتراپیست |
| فضای فیزیکی | ساختار فيزيكي منطبق بر آخرین پلان و تاييد شده توسط معاونت درمان دانشگاه می باشد |  |  |  | 1 |  | مشاهده | مقایسه ساختار فیزیکی کنونی با نقشه تایید شده فضای فیزیکی در زمان تاسیس موسسه |
| پیشگیری و بهداشت | 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 به فرم صحیح صورت می پذیرد. |  |  |  | 1 |  | مشاهده | مطابق آیین نامه مدیریت پسماند |
| قرارداد حمل زباله عفوني با خدمات موتوری شهرداري وجود دارد |  |  |  | 1 |  | مشاهده مستندات | وجود قرارداد دفع پسماند عفونی معتبر در صورت استفاده از سفتی باکس |
| براي تميز كردن كف و سطوح و تخت ها از محلول ضدعفوني كننده مناسب استفاده می گردد |  |  |  | 1 |  | مشاهده | وجود محلول های ضدعفوني سطوح - وجود محلول ضدعفوني سريع الاثر وسايل و تجهيزات - استفاده صحيح از محلولهاي ضدعفوني |
| از ملحفه تميز و يكبار مصرف استفاده می شود |  |  |  | 1 |  | مشاهده | تميز بودن بالش و سالم بودن تشك تخت و ترجیحا استفاده از ملحفه و روبالشي يكبار مصرف جهت آن |
| وضعيت نور ، تهويه و سيستمهاي برودتي/حرارتي و رعایت اصول بهداشتی، مناسب می باشد |  |  |  | 1 |  | مشاهده | وجود نور کافی و تهویه مطلوب - وجود سیستم سرمایش و گرمایش مناسب (غیر از بخاری گازسوز) |
| سيستم برق اضطراري سیم ارت و کپسول اطفاء حريق (با شارژ معتبر) وجود دارد |  |  |  | 1 |  | مشاهده | وجود سیستم برق اضطراری - وجود یک کپسول آتش نشانی 4 کیلوگرمی با شارژمعتبر به ازاء هر 50 متر مربع |
| دارو و تجهیزات | تجهیزات الکتروتراپی استاندارد موجود می باشد. |  |  |  | 2 |  | مشاهده | الزامات :هات پک ،حوله ، ملحفه ، پک الکترودها ، مادون قرمز ، استیمولاتور و TNS ، اینترفرنشیال ، دستگاه اولتراسوند ، دستگاه دیاترمی ، دستگاه لیزر کم توان |
| تجهیزات مکانوتراپی استاندارد موجود می باشد. |  |  |  | 2 |  | مشاهده و بررسی | الزامات:شولدر ویل ، Quads table ، FEPS ، فریم و متعلقات ، کشش مکانیکی یا الکتریکی ، ست وزنه ، دوچرخه ثابت |
| کالیبراسیون تجهیزات موجود طبق استاندارد انجام شده است. |  |  |  | 2 |  | مشاهده | مشاهده برچسب کالیبراسیون |
| كپسول اكسيژن سالم و پر با مانومتر سالم و ماسك تميز وجود دارد |  |  |  | 1 |  | مشاهده وبررسی | وجود کپسول اکسیژن آماده و ایمن به همراه مانومتر و ماسک اکسیژن یکبار مصرف و رعایت موارد کنترل عفونت |
| رعایت حقوق گیرندگان خدمت | پروانه هاي تاسيس و مسئول فني ، در معرض ديد مراجعين نصب می باشند |  |  |  | 1 |  | مشاهده |  |
| دستورالعمل ممنوعیت استعمال دخانیات ، پوستر منشور حقوق بیمار و نحوه رسیدگی به شکایات نصب می باشد. |  |  |  | 1 |  | مشاهده |  |
| تبليغات غير مجاز و يا گمراه كننده وجود ندارد. |  |  |  | 1 |  | مشاهده |  |
| اقدامات غیر مجاز در موسسه انجام نمی شود. |  |  |  | 2 |  | مشاهده | دخل و تصرف در نسخه یا دستور پزشک – تجویز دارو – صدور گواهی استراحت یا اقدامات درمانی خارج از شرح وظایف |
| حفظ اصول محرمانگی ، حریم خصوصی و الزامات طرح انطباق رعایت می گردد. |  |  |  | 2 |  | مشاهده | مطابق دستورالعمل ابلاغی |
| تعرفه | تعرفه های مصوب ابلاغی در معرض ديد نصب است |  |  |  | 1 |  | مشاهده | رؤیت نصب تعرفه ها در معرض دید مراجعین در سالن انتظار |
| تعرفه های مصوب ابلاغی ، رعايت می گردد. |  |  |  | 2 |  | مشاهده وبررسی | بررسی مستندات(دفاتر پذیرش و...) مبنی بر رعایت تعرفه های مصوب |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| نظریه کارشناس/  کارشناسان | 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 اصلاجی 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 : | | |