چک لیست موسسه ارتوپدی فنی

22

 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 دارنده مجوز:

 تاریخ و ساعت بازدید :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  محور | عنوان | شاخص اندازه گیری | روش ارزیابی | توضیح |
| 0 | 1 | 2 | ضریب | امتیاز |
| مجوز  | کارشناس ارتوپد ی فنی دارای پروانه معتبر مسئول فنی می باشد. |  |  |  | **4** |  | مشاهده | پروانه معتبر کارشناس ارتوپد فنی |
| پروانه بهره برداری معتبر است. |  |  |  | 4 |  | مشاهده |  |
| نیروی انسانیآموزش ،اطلاع ر سانی  | مسئول فنی در زمان بازدید حضور دارد . |  |  |  | **3** |  | مشاهده | حضور مسئول فنی درزمان فعالیت موسسه |
| افراد فاقد صلاحیت در مرکز فعالیت نمی نمایند.  |  |  |  | 2 |  | مشاهده | مشاهده فعالیت افراد بدون داشتن مدرک مرتبط در خصوص ارتوپدی فنی |
| اندازه ، تعداد و عناوین تابلو استانداردمی باشد. |  |  |  | 2 |  | مشاهده | حداکثر 3 تابلو، اندازه تابلو حداکثر 70در100 با ذکر نام موسسه |
| اخذ شرح حال و تشکیل پرونده برای بیماران صورت می گیرد  |  |  |  | 2 |  | مشاهده | تشکیل پرونده برای مددجویان با مهر و امضای کارشناس ارتوپدی فنی |
| 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 مرکز |
| کف اتاق قالب گیری و کارگاه گچ دارای سیستم زهکشی مناسب است |  |  |  | 2 |  | مشاهده | وجود سیستم زهکشی مناسب در کف اتاق قالب گیری و کارگاه گچ |
| پیشگیری و بهداشت | وضعيت نور ، تهويه و سيستمهاي برودتي/حرارتي و نظافت موسسه، مناسب می باشد |  |  |  | 1 |  | مشاهده | وجود نور کافی و تهویه مطلوب در موسسه- وجود سیستم سرمایش و گرمایش مناسب  |
| پرسنل حین کار از روپوش مناسب و ماسک و عینک محافظ استفاده می کنند . |  |  |  | 2 |  | مشاهده |  |
| کپسول اطفاء حريق (با شارژ معتبر) وجود دارد |  |  |  | 2 |  | مشاهده و بررسی | وجود یک کپسول آتش نشانی 4 کیلوگرمی با شارژمعتبر به ازاء هر 50 متر مربع |
| دارو و تجهیزات | تجهیزات اتاق معاینه مطابق استاندارد است . |  |  |  | 2 |  | مشاهده | پارالل ، آینه قدی ، پله تمرینی ،جعبه کمک های اولیه ،تخت و صندلی ،روشویی و شیر آب ،پارافین ،ترازو ،متر نواری ،فرم ها و چارت های اندازه گیری بریس ،سطل آب و وسایل اندازه گیری ،تخته های اندازه گیری کوتاهی  |
| تجهیزات کارگاهی کارگاه گچ و قالب گیری مطابق استاندارد است . |  |  |  | 2 |  | مشاهده | شامل ظرف آب مناسب برای پر کردن قالب نگاتیو ، گچ ساب در اشکال مختلف ، توری فلزی ، اسپاچولا ، گیره قالبهای گچی، میله |
| دستگاه های سمباده مجهز به سیستم ساکشن می باشند |  |  |  | 2 |  | مشاهده | وجود ساکشن جهت دستگاههای سمباده |
| ابزار و تجهیزات کارگاه ارتز مطابق استاندارد است . |  |  |  | 2 |  | مشاهده | اره عمودبر ، دریل ، کوره ، دستگاه خلأ ، ابزارهای دستی شامل: انبرقفلی، آچار فرمان، چکش، انبردست، مته، پیچ و مهره و ... ، میز کار مناسب ، سشوار کارگاهی ، چرخ دور دوز |
| ابزار و تجهیزات کارگاه پروتز مطابق استاندارد است . |  |  |  | 2 |  | مشاهده | دستگاه ساکشن ، اتو ، مته بادی ، دستگاه الایمنت (تنظیم راستا) ، کوره مناسب ف مواد اولیه شامل: رنگ، رزین، سیلیکون، هاردینر و ...) |
| جعبه کمک های اولیه وجود دارد . |  |  |  | 2 |  | مشاهده | وجود جعبه کمکهای اولیه در داخل موسسه |
| رعایت حقوق گیرندگان خدمت | 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 |  |
|  اصول محرمانگی ، حریم خصوصی و الزامات طرح انطباق رعایت می گردد.  |  |  |  | 1 |  | مشاهده | مطابق دستورالعمل ابلاغی |
| اقدامات غیرمجاز در موسسه انجام نمی شود.  |  |  |  | 2 |  | مشاهده | عدم صدور گواهی استراحت –تجویز دارو و سایر خدمات پیراپزشکی نظیر آزمایش و رادیولوژی و ...  |
| تبليغات غير مجاز و يا گمراه كننده وجود ندارد. |  |  |  | 2 |  | مشاهده | انجام تبليغات با اخذ مجوز لازم از سازمان نظام پزشكي - عدم وجود تبلیغات غیرمجاز و گمراه کننده  |
| تعرفه | تعرفه های مصوب ابلاغی ، رعايت می گردد. |  |  |  | 2 |  | مشاهده و بررسی  | بررسی مستندات(دفاتر پذیرش و...) مبنی بر رعایت تعرفه های مصوب ابلاغی |
| تعرفه های مصوب ابلاغی در معرض ديد بيماران نصب است |  |  |  | 1 |  | مشاهده |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 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 بازدید کننده : |