

چک لیست کشوری درمانگاه تخصصی دیابت

نام مؤسسه:

تاریخ اعتبار پروانه بهره برداری:

نام و نام خانوادگی مسئول فنی:

تاریخ اعتبار پروانه مسئول فنی:

تلفن همراه مسئول فنی:

تلفن ثابت مرکز:

بخشهای مندرج در پروانه*

آدرس پستی و منطقه شهرداری:

تاریخ و ساعت بازدید:

| محور | عنوان | شاخص اندازه گیری | | | | روش ارزیابی | توضیحات |
|----------------|--|------------------|---|---|------|----------------|---|
| | | ۰ | ۱ | ۲ | ضریب | | |
| مجوز | پروانه بهره برداری معتبر است. | | | | ۴ | مشاهده | |
| | پروانه مسئول فنی معتبر است. | | | | ۴ | مشاهده | |
| | پروانه مطب معتبر پزشکان و مجوز اشتغال سایر پرسنل فنی وجود دارد | | | | ۲ | مشاهده و بررسی | وجود پروانه مطب معتبر کلیه پزشکان شاغل و مجوز فعالیت معتبر کلیه پرسنل پیراپزشکی |
| نیروی انسانی | در صورت وجود داروخانه، آزمایشگاه، رادیولوژی و یا سایر واحدهای پاراکلینیک، برای هر کدام پروانه مسئولیت فنی معتبر وجود دارد. | | | | ۲ | مشاهده | مشاهده پروانه معتبر مسئولین فنی بخش های پاراکلینیک |
| | مسئول فنی و یا جانشین معرفی شده حضور دارند. | | | | ۳ | مشاهده | حضور دائم مسئول فنی یا پزشک جانشین بر اساس پروانه صادره طبق آئین نامه |
| | لیست پزشکان و پیراپزشکان شاغل در درمانگاه به معاونت درمان ارسال می شود. | | | | ۱ | مشاهده مستندات | بررسی مستندات مربوط به ارسال لیست پزشکان و پیراپزشکان به معاونت درمان |
| مراقبت و درمان | وضعیت فعالیت پزشکان و پیراپزشکان شاغل در درمانگاه، طبق آیین نامه مربوطه می باشد | | | | ۲ | مشاهده و بررسی | مطابق آیین نامه |
| | افراد فاقد صلاحیت اعم از پزشک و پرسنل درمانی در مرکز فعالیت نمی نمایند | | | | ۲ | مشاهده و بررسی | پزشکان و پرسنل فنی بدون مجوز، اعضا هیات علمی تمام وقت جغرافیایی، دستیار- اعضا هیات علمی تماوقت و رسمی ارگانها در ساعات موظف |
| | شستشو و پانسمان و درمان زخم پای دیابتی در درمانگاه انجام می شود. | | | | ۲ | مشاهده و بررسی | مطابق آیین نامه |
| مراقبت و درمان | مشاوره های تخصصی و مشاوره تغذیه و رژیم درمانی در درمانگاه انجام می شود. | | | | ۲ | مشاهده و بررسی | وجود اتاق مناسب و مستقل با نور و تهویه مطلوب جهت هر یک از تخصص های موجود در درمانگاه و بخش تغذیه و رژیم درمانی |
| | خدمات پزشکی غیرمجاز و خارج از وظایف مرکز ارائه نمی گردد | | | | ۲ | مشاهده و بررسی | برابر آیین نامه |
| | خدمات تشخیصی-درمانی بصورت خدمات القائی (پکیج) ارائه نمی گردد | | | | ۲ | مشاهده و بررسی | |
| | اندازه، تعداد و عناوین تابلوی درمانگاه استاندارد می باشد. | | | | ۲ | مشاهده | اندازه و تعداد تابلو مطابق با آیین نامه تابلو و سرنسخه سازمان نظام پزشکی- عناوین مندرج در تابلو مطابق با پروانه بهره برداری درمانگاه و عدم استفاده از عناوین کلینیک و یا پلی کلینیک |

| | | | | | | | | | |
|--|----------------|---|--|--|--|--|--|--|--|
| عناوین بخشها در تابلو و سرنسخه ، مطابق با بخشهای موجود در پروانه تاسیس می باشد (سرنسخه ضمیمه گردد) | مشاهده و بررسی | ۲ | | | | | | | آموزش ، اطلاع رسانی و مدارک پزشکی |
| کلیه بخشهای موجود در پروانه تاسیس فعال می باشد | مشاهده و بررسی | ۲ | | | | | | | |
| بخش خارج از پروانه تاسیس فعال نمی باشد. | مشاهده | ۲ | | | | | | | |
| دفتر ثبت مشخصات جهت بیماران وجود دارد | مشاهده و بررسی | ۱ | | | | | | | |
| برای کلیه بیماران دیابتی پرونده تشکیل می شود. | مشاهده و بررسی | ۲ | | | | | | | |
| در صورت تغییر در ساختار فیزیکی ، این امر با ارائه پلان و تایید معاونت درمان دانشگاه صورت گرفته است | مشاهده و بررسی | ۱ | | | | | | | فضای فیزیکی |
| سوابق مصونیت یا واکسیناسیون بر علیه هیپاتیت B جهت کلیه کارکنان شاغل وجود دارد | مشاهده مستندات | ۲ | | | | | | | |
| مدیریت پسماندهای نوک تیز و برنده (سفتی باکس) طبق استاندارد انجام میگردد | مشاهده و بررسی | ۲ | | | | | | | پیشگیری و بهداشت |
| قرارداد حمل زباله عفونی با خدمات موتوری شهرداری وجود دارد | مشاهده مستندات | ۱ | | | | | | | |
| برای تمیز کردن کف و سطوح از محلول ضدعفونی کننده مناسب استفاده می گردد | مشاهده و بررسی | ۱ | | | | | | | |
| از ملحفه و روانداز تمیز و یکبار مصرف استفاده می شود | مشاهده | ۱ | | | | | | | |
| سطح زباله درب دار و پدال دار با کیسه زباله زردرنگ جهت زباله های عفونی وجود دارد | مشاهده | ۱ | | | | | | | |
| شرایط استاندارد جهت ست ها و پگ های استریل رعایت می شود(درج تاریخ- استفاده از تست اندیکاتور) | مشاهده و بررسی | ۲ | | | | | | | |
| وضعیت نور ، تهویه و سیستمهای برودتی/حرارتی و رعایت اصول بهداشتی، مناسب می باشد | مشاهده | ۱ | | | | | | | |
| ترالی کد اورژانس ، داروها و امکانات کامل احیا، دستگاه الکتروشوک و نوار قلب سالم و ساکشن سالم وجود دارد | مشاهده و بررسی | ۲ | | | | | | | |
| وجود ترالی احیاء به صورت کامل و با چیدمان استاندارد مجهز به پرز برق - وجود داروهای اورژانس به طور کامل و با تاریخ معتبر - وجود چک لیست کنترل ترالی و داروها در هر نوبت | مشاهده و بررسی | ۲ | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|---|---------------------------------|-------------------|
| کار / تأیید صحت عملکرد و امتحان دستگاه (D/C شوک ، ECG ، ساکشن و ...) و انجام کالیبراسیون دوره ای کلیه دستگاههای موجود و وجود لیبیل یا گواهی های مربوطه | | | | | | | |
| مشاهده و بررسی | ۲ | | | | دارو و یا وسایل مصرفی تاریخ گذشته و یا داروی غیراورژانس وجود ندارد | دارو و تجهیزات | |
| مشاهده و بررسی | ۲ | | | | کپسول اکسیژن سالم و پر یا مانومتر سالم و ماسک تمیز وجود دارد | | |
| مشاهده و بررسی | ۲ | | | | جهت استریل کردن وسایل از اتوکلاو استفاده می شود | | |
| مشاهده مستندات | ۱ | | | | درمانگاه دارای آمبولانس و یا قرارداد با مراکز آمبولانس خصوصی می باشد | | |
| مشاهده و بررسی | ۲ | | | | سیستم برق اضطراری و کپسول اطفاء حریق (با شارژ معتبر) وجود دارد | | |
| مشاهده و بررسی | | | | | دستگاه های بخش های داروخانه ، آزمایشگاه ، رادیولوژی و یا سایر واحدهای پاراکلینیک کالیبره می باشند | | پاراکلینیک |
| مشاهده | ۱ | | | | پروانه های معتبر تاسیس و مسئول فنی ، در معرض دید مراجعین نصب می باشند | رعایت حقوق گیرندگان خدمت | |
| مشاهده | ۱ | | | | پرسنل پزشکی و پیراپزشکی دارای اتیکت شناسایی می باشند | | |
| مشاهده | ۱ | | | | مشخصات و تخصص کلیه پزشکان شاغل در نوبتهای مختلف ، در تابلوی اعلانات درج می باشد | | |
| مشاهده | ۱ | | | | دستورالعمل ممنوعیت دخانیات ، پوستر منشور حقوق بیمار و نحوه رسیدگی به شکایات نصب می باشد. | | |
| مشاهده | ۱ | | | | تبلیغات غیر مجاز و یا گمراه کننده وجود ندارد. | | |
| مشاهده و بررسی | ۲ | | | | محرماتگی و حفظ حریم خصوصی رعایت می گردد. | | |
| مشاهده و بررسی | ۱ | | | | تعرفه های مصوب ابلاغی در معرض دید بیماران نصب است | تعرفه | |
| مشاهده و بررسی | ۲ | | | | تعرفه های مصوب ابلاغی ، رعایت می گردد. | | |

| | |
|----------------------|----------------------|
| نظریه کارشناس | ایرادات مشاهده شده : |
|----------------------|----------------------|

| | | |
|--|----------------------------------|---|
| | | |
| | | پیشنهاد اصلاحی و مداخلات قابل اجرا: |
| <p>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 .</p> | | |
| امضا و مهر | نام و نام خانوادگی بازدید شونده: | |
| امضا | امضا | نام و نام خانوادگی کارشناسان بازدید کننده : |