

## چک لیست کشوری در مانگاه دندانپزشکی عمومی

نام مؤسسه:

تاریخ اعتبار پروانه بهره برداری:

نام و نام خانوادگی مسئول فنی:

تاریخ اعتبار پروانه مسئول فنی:

آدرس پستی و منطقه شهرداری:

مجوز خاص: \*

تاریخ و ساعت بازدید:

تلفن ثابت مرکز:

تلفن همراه مسئول فنی:

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
	لابراتوار (ها) پروتز دندانی همکار با درمانگاه دارای مجوز قانونی می باشد				۲		رویت تصویر پروانه مشاهده
	دندانپزشکان شاغل دارای پروانه مطب معتبر می باشند				۴		مشاهده
آموزش ، اطلاع رسانی و مدارک پزشکی ، نیروی انسانی	مسئول فنی و یا قائم مقام معرفی شده حضور دارند.				۳		مشاهده حضور مسئول فنی بر اساس پروانه صادره پزشک یا دندان پزشک قائم مقام معرفی شده به معاونت درمان طبق آئین نامه
	افراد فاقد صلاحیت در مطب فعالیت نمی نمایند.				۳		مشاهده و بررسی
	دستیار دندانپزشکی آموزش دیده با رعایت ضوابط و با حضور دندانپزشک فعالیت میکند				۲		مشاهده
	اندازه و تعداد تابلو و عناوین مندرج مطابق استاندارد میباشد				۱		مشاهده
	عناوین سرسنخه و تابلو و کارت ویزیت مطابق پروانه می باشد				۱		مشاهده
	برای هر بیمار پرونده با شرح حال کامل و رعایت اصول مستند سازی تشکیل میشود				۳		مشاهده اخذ براثت نامه و رضایت نامه ، طرح درمان و وجود امضا و مهر پزشک معالج در این سنجح در نظر گرفته می شود.
	برنامه ی کاری دندانپزشکان در معرض دید مراجعین موجود بوده و دندانپزشکان مطابق برنامه فعالیت دارند.				۲		مشاهده
	ساختار فیزیکی درمانگاه منطبق با ضوابط و الزامات تاسیس درمانگاه می باشد.				۲		مشاهده و بررسی شرایط مطابق با ضوابط می باشد
	وسایل آلوده دندانپزشکی پس از استفاده بلافاصله بوسیله آب شسته و سپس در محلول ضدعفونی (مورد تاییدوزارت بهداشت و درمان) غوطه ور میشود				۲		مشاهده و بررسی
	وسایل نگهداری شده در محلول ضد عفونی در پایان روز پس از برساژ مجددا با آب شسته ، خشک شده و در اتوکلاو استریل میشود				۳		مشاهده و بررسی اتوکلاو کلاس B با شرایط استاندارد
مدیریت پسماندهای نوک تیز و برنده (سفتی باکس) به شیوه صحیح انجام می پذیرد.				۲		مشاهده و بررسی تعویض به موقع safety box ( پس از پرشدن ۳/۴ safety box ) - درج	

**پیشگیری و  
بهداشت**

تاریخ شروع استفاده بر روی safety box - نحوه OUT نمودن safety box							
وجود قرارداد دفع پسماند عفونی معتبر	مشاهده مستندات	۱				قرارداد حمل زباله عفونی با خدمات موتوری شهرداری وجود دارد	
هند پیس شامل: سر توربین، آنگل، ایر موتور، قلم کویترون، هند پیس جراحی، روتاری و ... - مطابق با دستورالعمل کنترل عفونت در دندانپزشکی وزارت متبوع مشاهده	مشاهده و مصاحبه	۳				هندپیس های دندانپزشکی قبل از استفاده با شرایط استاندارد استریل می شود. (اتوکلاو Class B)	
پوار آب و هوا، کلیدهای یونیت، دسته چراغ، سر ساکشن و ...	مشاهده	۱				سینک روشویی از سینک شستشوی ابزار مجزا می باشد	
دستکش و پنبه و پیش بند مناسب	مشاهده	۲				از روکش یونیت، پیش بند، دستکش یکبار مصرف، ماسک، عینک محافظ و روپوش پزشکی مناسب استفاده می شود	
مطابق با دستورالعمل کنترل عفونت در دندانپزشکی وزارت متبوع	مشاهده و مصاحبه	۳				جهت شستشوی ابزار آلوده از وسایل حفاظت فردی استفاده می شود	
	مشاهده	۱				فرزها قبل از استفاده در اتوکلاو استریل میشود	
	مشاهده	۱				دندانپزشک و دستیاران روپوش تمیز پوشیده و در حین کار از ماسک و عینک محافظ استفاده می نمایند.	
	مشاهده	۱				صابون یا مایع دستشویی و دستمال کاغذی در روشویی موجود میباشد	
وجود سینک جدا گانه شستشوی ابزار کنترل شود						اتاق CSR استاندارد وجود دارد	
وجود سطل زباله دربدار با کیسه ی زرد رنگچک شود	مشاهده	۲				دستورالعمل کنترل عفونت دندانپزشکی در محور بهداشت دست، بهداشت عمومی و فردی رعایت می گردد.	
پیش بند، لیوان، روکش یونیت و اجزا، دستکش (جهت دندانپزشک و دستیار) - سر ساکشن	مشاهده	۱				برای بیماران از وسایل یک بار مصرف ضروری یکبار مصرف استفاده میشود	
	مشاهده و بررسی	۲				کلیه سطوح و کف درمانگاه و دیوارها مطابق دستورالعمل در پایان کار (روزانه/ هفتگی) توسط محلول مورد تایید وزارت متبوع ضد عفونی میشود	
	مشاهده و بررسی	۲				برای هر بیمار از یک کارپول مجزا استفاده شده و باقیمانده به طرز صحیح دفع شود.	
	مشاهده و بررسی	۲				در پایان شیفت کاری از ساکشن به مدت یک دقیقه محلول ضد عفونی عبور داده میشود	
نتیجه آزمایش و تیتراژ آنتی بادی - مطابق آخرین دستورالعمل ابلاغی	مشاهده	۳				مستندات مصونیت در برابر هیپاتیت B دندانپزشکان و دستیاران وجود دارد.	
مطابق دستورالعمل ابلاغی	مشاهده و بررسی	۲				آمالگام مازاد مصرف شده جمع آوری و سپس دفع میشود	
	مشاهده و بررسی	۲				تری های قالب گیری پلاستیکی و فلزی پس از شستشو و خشک شدن مطابق دستورالعمل ضد عفونی می شود.	

دستکش و پیش بند مناسب	مشاهده		۲			جهت شستشوی ابزار آلوده از وسایل حفاظت فردی استفاده می شود.	
	مشاهده و بررسی		۲			قالیها قبل از ارسال به لابراتوار یا محلول مورد تایید ضدعفونی می شود	
	مشاهده		۲			تعداد یونیت در درمانگاه منطبق بر این نامه است	<b>دارو و تجهیزات</b>
	مشاهده		۲			تعداد تجهیزات متناسب یا تعداد یونیت و بیماری باشد.	
	مشاهده و بررسی		۲			چیدمان وسایل استریل شده در کشوها مناسب می باشد	
عدم وجود داروهای غیر اورژانسی و تاریخ گذشته در درمانگاه	مشاهده و بررسی		۱			دارو و یا وسایل مصرفی تاریخ گذشته و یا داروی غیر اورژانس وجود ندارد	
پیش بند سربی، محافظ تیروئید در گروه های هدف	مشاهده و بررسی		۲			دستگاه رادیوگرافی پری اپیکال با رعایت اصول حفاظت از اشعه در درمانگاه موجود میباشد	
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 - رعایت دستورالعمل داروهای پرخطر	مشاهده و بررسی		۲			ترالی کد اورژانس ، داروها و امکانات کامل احیا وجود دارد	
	مشاهده و بررسی		۲			کپسول اطفاء حریق و برق اضطراری موجود است	
نصب دستورالعمل ممنوعیت استعمال دخانیات ، پوستر منشور حقوق بیمار و نحوه رسیدگی به شکایات در معرض دید مراجعین	مشاهده		۱			دستورالعمل ممنوعیت استعمال دخانیات ، پوستر منشور حقوق بیمار و نحوه رسیدگی به شکایات نصب می باشد.	
	مشاهده و مصاحبه		۲			حریم خصوصی و محرمانگی رعایت می شود	<b>رعایت حقوق گیرندگان خدمت</b>
مطابق دستورالعمل های ابلاغی وزارت متبوع و سایر مراجع ذی صلاح اقدام فاقد مجوز	مشاهده		۳			اقدامات درمانی - تشخیصی غیر مجاز انجام نمی شود	
	مشاهده		۲			تبلیغات غیر مجاز و اغوا کننده وجود ندارد	
	مشاهده و مصاحبه		۲			در صورت درخواست بیمار صورت حساب خدمات ارائه شده داده می شود.	
	مشاهده		۱			سیستم گرمایش و سرمایش و تهویه با وضعیت نور و نظافت مناسب موجود است	
	مشاهده		۱			تعرفه های مصوب وزارت متبوع در معرض دید عموم نصب شده است.	<b>تعرفه</b>
بررسی مستندات بر مبنای رعایت تعرفه های مصوب	مشاهده و بررسی		۲			تعرفه های مصوب ابلاغی وزارت متبوع رعایت می شود.	

ایرادات مشاهده شده :		<b>نظریه کارشناس</b>
پیشنهادات اصلاحی :		
<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 (ها)	نام و نام خانوادگی کارشناسان بازدید کننده :	