

چک لیست کشوری دفاتر کار مامایی

نام و نام خانوادگی دارنده مجوز دفتر کار:

مدرک تحصیلی دارنده مجوز دفتر کار:

شماره عضویت سازمان نظام پزشکی :

کد ملی دارنده مجوز :

آدرس و منطقه شهرداری:

تلفن ثابت و همراه دارنده مجوز:

تاریخ و ساعت بازدید :

تاریخ اعتبار مجوز دفتر کار :

کارشناس

کارشناس ارشد

PHD پروانه دار

شماره مجوز :

ساعت و روزهای فعالیت :

محور	عنوان	شاخص اندازه گیری					روش ارزیابی	توضیحات
		۰	۱	۲	ضریب	امتیاز		
مجوز	مجوز کار معتبر وجود دارد				۴		مشاهده	
نیروی انسانی ، اطلاع رسانی و مدارک پزشکی	دفتر ثبت کلیه مراجعین با ذکر مشخصات کامل ایشان موجود می باشد.				۱		مشاهده و بررسی	
	تابلو با تعداد، عنوان و ابعاد استاندارد وجود دارد				۲		مشاهده	
	افراد فاقد صلاحیت در دفتر کار فعالیت نمی نمایند.				۳		مشاهده	
	عناوین مندرج در تابلو، سرنسخه و کارت ویزیت با این نام منطبق است				۱		مشاهده و بررسی	
	اخذ شرح حال و تکمیل پرونده کلیه بیماران در هر نوبت مراجعه صورت می گیرد				۳		مشاهده و بررسی	
پیشگیری و بهداشت	موازین بهداشتی، اصول کلی بهداشت و نظافت در فضای فیزیکی و تجهیزات رعایت می گردد.				۳		مشاهده	
	سطل زباله درب دار و پدال دار با کیسه زرد رنگ جهت زباله های عفونی وجود دارد				۲		مشاهده	
	از پگهای غیر استریل یا فاقد شرایط استاندارد استفاده نمی شود				۲		مشاهده و بررسی مستندات	

مستندات مصونیت بر علیه هیاتیت B برای کادر درمانی وجود دارد			۳		بررسی مستندات مربوط به مصونیت	مشاهده و بررسی مستندات
مدیریت پسماندهای نوک تیز و برنده (سفتی باکس) به شیوه صحیح انجام می پذیرد.			۲		مطابق آیین نامه پسماند	مشاهده
قرارداد حمل زباله عفونی با خدمات موتوری شهرداری وجود دارد			۲			مشاهده و بررسی مستندات
مشخصات مادران پرخطر شناسایی شده ، به ستاد شبکه بهداشت و درمان اعلام می شود.			۳		بررسی مستندات پرونده مادران پرخطر	مشاهده و بررسی مستندات
ارجاع مادران پرخطر نیازمند مراقبت ویژه و پیگیری آنها به موقع انجام می شود			۳		منطبق بر راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان (اداره سلامت مادران وزارت بهداشت ۱۳۹۶)	مشاهده و بررسی مستندات
فعالیت بدون مجوز در حوزه طب سنتی انجام نمی گردد			۳		مطابق با آخرین نامه ابلاغی (۹۷/۸/۸) و مشروط به گذراندن دوره مورد تایید وزارت متبوع تنها محور فعالیت مجاز برای مامای دوره دیده حوزه حفظ و صحه اعلام می باشد.	مشاهده
در فضای فیزیکی ، تغییری در مقایسه با پلان قبلی ایجاد نشده است.			۲		طبق آیین نامه	مشاهده
تجهیزات دفتر کار و اتاق معاینه کامل است			۳		حداقل: تخت معاینه، تخت ژینکولوژی ، اسپیکوم استریل، ترازوی بزرگسال ، فشارسنج ،گوشی ، چراغ قوه، ترمومتر ، گوشه مامایی یا سونی کیده، چراغ معاینه، پرده یا پاراوان، ملحفه و کاغذ گراف، دستکش یک بار مصرف استریل و غیر استریل مواد پاک کننده و ضد عفونی کننده جهت شستشوی دست ها و مواد ضد عفونی کننده سطوح و تجهیزات/ مطابق آخرین آیین نامه ابلاغی	مشاهده و بررسی مستندات
از دستگاه های غیر مجاز برای تشخیص و درمان استفاده نمی شود.			۳		کاربری تشخیصی یا درمانی وسایل برای اقدامات خارج از شرح وظایف دارنده ی مجوز لازم است مد نظر باشد	مشاهده
وسایل مورد نیاز جهت زایمان اورژانس ، با تاریخ استریلیتی وجود دارد.			۳		مطابق با آخرین دستورالعمل ابلاغی	مشاهده
ست استاندارد IUD با تاریخ استریلیتی وجود دارد .			۲			مشاهده

	مشاهده		۲				- فور (یا اتوکلاو) و تست فور (یا اتوکلاو) موجود است
	مشاهده		۲				وسایل استاندارد نمونه گیری (پاپ اسمیر) موجود است.
منطبق بر شرح وظایف دارنده مجوز و آیین نامه ابلاغی لیزر و مداخلات زیبایی، سونوگرافی، سقط غیر قانونی و ... مدنظر باشد.	مشاهده		۳				اقدامات غیرمجاز انجام نمی شود
مطابق آیین نامه تبلیغات نظام پزشکی	مشاهده		۲				تبلیغات غیرمجاز وجود ندارد
مشاهده 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 نصب پروانه ها در معرض دید مراجعین	مشاهده		۱				پروانه های معتبر و ساعت فعالیت، در معرض دید مراجعین نصب می باشند
مطابق دستورالعمل ابلاغی	مشاهده		۲				اصول محرمانگی، حریم خصوصی و الزامات طرح انطباق رعایت می گردد.
رؤیت نصب تعرفه ها در معرض دید مراجعین در سالن انتظار	مشاهده		۱				تعرفه های مصوب ابلاغی در معرض دید بیماران نصب است
بررسی مستندات (دفاتر پذیرش و...) مبنی بر رعایت تعرفه های مصوب ابلاغی	مشاهده و بررسی مستندات		۲				تعرفه های مصوب ابلاغی، رعایت می گردد.

**رعایت حقوق
گیرندگان خدمت**

تعرفه

ایرادات مشاهده شده :		نظریه کارشناسی
پیشنهاد اصلاحی و مداخلات قابل اجرا:		
ضمن دریافت یک رونوشت از گزارش متعهد می شوم ظرف مدتنواقص 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 .		
امضا و مهر	نام و نام خانوادگی بازدید شونده:	

توضیحات تکمیلی و نظریه کارشناسان :	
امضا (ها)	نام و نام خانوادگی کارشناسان بازدید کننده :

مهر و امضای مسئول دفتر کار

نام و نام خانوادگی و امضای کارشناسان: