

## چک لیست کشوری مطب پزشکان متخصص

نام و نام خانوادگی پزشک:

شماره نظام پزشکی : کد ملی دارنده پروانه :

آدرس پستی و منطقه شهرداری:

تاریخ و ساعت بازدید :

شهرستان مجاز به فعالیت مندرج در پروانه مطب :

رشته درج در پروانه\*\* :

گرایشهای مندرج در تابلو:

تاریخ اعتبار پروانه مطب :

شماره پروانه مطب :

تلفن ثابت و همراه :

ساعت و روزهای فعالیت :

شرایط خاص\*:

مجوزها (تاریخ اعتبار مجوز- مرجع صدور)\*\*\*

| محور                              | عنوان   | شاخص اندازه گیری |   |   |     |        | روش ارزیابی   | توضیحات |
|-----------------------------------|---|------------------|---|---|-----|--------|---|---------|
|                                   |   | ۰                | ۱ | ۲ | ضرب | امتیاز |   |         |
| مجوز                              | پزشک دارای پروانه طبابت معتبر می باشد.  |                  |   |   | ۴   |        | مشاهده پروانه مطب معتبر پزشک  |         |
|                                   | واحد تزریقات دارای مجوز می باشد   |                  |   |   | ۳   |        | مشاهده  |         |
| نیروی انسانی                      | متصدی تزریقات شرایط لازم جهت انجام تزریقات دارد.                                  |                  |   |   | ۲   |        | وجود پرستار ، بهیار ، پزشک یار و کاردان ها کارشناسان گروه پیراپزشکی در واحد تزریقات (مطابق با آیین نامه تزریقات)  |         |
|                                   | افراد فاقد صلاحیت در مطب فعالیت نمی نمایند.                                       |                  |   |   | ۳   |        | فعالیت افراد بدون داشتن مدرک و مجوز های مرتبط در خصوص حجامت ، مراقبت های پوستی ، بخیه و تزریقات                   |         |
| مراقبت و درمان                    | تزریقات ، سرم تراپی ، بخیه و پانسمان در مطب بدون داشتن واحد تزریقات انجام می شود. |                  |   |   | ۱   |        | مشاهده مستندات  |         |
|                                   | اقدامات درمانی- تشخیصی غیر مجاز انجام نمی شود                                     |                  |   |   | ۳   |        | مطابق دستورالعمل های ابلاغی وزارت بهداشت و سایر مراجع ذی صلاح اقدام فاقد مجوز                                     |         |
| آموزش ، اطلاع رسانی و مدارک پزشکی | اندازه ، تعداد و عناوین تابلو استاندارد می باشد.                                  |                  |   |   | ۳   |        | مشاهده  |         |
|                                   | عناوین تابلو با سرنسخه و کارت ویزیت مطابقت دارد (سرنسخه ضمیمه گردد)               |                  |   |   | ۲   |        | مشاهده و بررسی  |         |
|                                   | دفتر ثبت مشخصات جهت بیماران درواحد تزریقات وجود دارد                              |                  |   |   | ۲   |        | ثبت نام و نام خانوادگی-سن-تاریخ و ساعت مراجعه-نام آمپول یا سرم-نوع تزریق-نام مسئول انجام تزریق-نام پزشک معالج     |         |
|                                   | برای کلیه مراجعین پرونده تشکیل می شود.  |                  |   |   | ۱   |        | ثبت نام و نام خانوادگی- سن- تاریخ و ساعت و علت مراجعه- اقدامات انجام شده- تشخیص بیماری - نام و مهر پزشک در پرونده |         |
| فضای فیزیکی                       | الزامات آیین نامه ضوابط و تسهیلات مطب در مرحله تاسیس رعایت گردیده است.            |                  |   |   | ۲   |        | مشاهده مستندات  |         |

**پیشگیری و  
بهداشت**

|  |                |  |   |  |  |
|--|----------------|--|---|--|--|
|  | مشاهده مستندات |  | ۲ |  | در فضای فیزیکی ، تغییری در مقایسه با پلان قبلی ایجاد نشده است.   |
| شرایط: وجود اتاق با حداقل متراژ ۱۲ متر مربع و به صورت مستقل - وجود روشویی - دارابودن تهویه مطلوب و نور مناسب - دیوار و کف قابل شستشو - وجود حداقل دو تخت تزریقات                         | مشاهده مستندات |  | ۲ |  | در صورت داشتن واحد تزریقات فضای فیزیکی استاندارد لازم را دارد  |
| بررسی مستندات مربوط به مصونیت بر علیه هپاتیت B   | مشاهده مستندات |  | ۱ |  | سوابق مصونیت بر علیه هپاتیت B در مطبهایی که تزریقات ، پانسمان ، جراحی های سرپایی و یا معاینات زنان به عمل می آورند ، وجود دارد |
| تعویض به موقع safety box ( پس از پر شدن ۳/۴ safety box ) - درج تاریخ شروع استفاده بر روی safety box - نحوه OUT نمودن safety box  | مشاهده و بررسی |  | ۱ |  | ظروف جمع آوری پسماندهای نوک تیز و برنده (سفتی باکس) وجود دارد  |
| وجود قرارداد دفع پسماند عفونی معتبر  | مشاهده مستندات |  | ۱ |  | قرارداد حمل زباله عفونی با خدمات موتوری شهرداری وجود دارد  |
| وجود محلول های ضدعفونی سطوح کوچک و بزرگ - وجود محلول ضدعفونی سریع الاثر وسایل و تجهیزات - استفاده صحیح از محلولهای ضدعفونی   | مشاهده و بررسی |  | ۱ |  | برای تمیز کردن کف و سطوح از محلول ضدعفونی کننده مناسب استفاده می گردد.   |
| تمیز بودن بالش و تشک تخت و ترجیحا استفاده از ملحفه و روبالشی یکبار مصرف جهت آن - تمیز بودن روانداز و در اختیار قراردادن ملحفه جهت استفاده از روانداز(پتو)                                | مشاهده مستندات |  | ۱ |  | از ملحفه و روانداز تمیز و یکبار مصرف استفاده می شود  |
| وجود سطل های زباله درب دار پدالی به تعداد کافی - استفاده از کیسه زرد با آرم پرخطر جهت زباله های عفونی - استفاده از کیسه مشکی جهت زباله های غیر عفونی - تخلیه و شستشوی مرتب سطل های زباله | مشاهده         |  | ۱ |  | سطل زباله درب دار و پدال دار با کیسه زباله زرد رنگ جهت زباله های عفونی وجود دارد   |
| پاکسازی وسایل ست ها با برس و دترجنت مناسب - وجود شان و وسایل ست سالم ( عدم وجود آثار لک روی شان ها و زنگ زدگی) - درج تاریخ استریل روی ستها - رعایت مدت استریلیتی ستها و وسایل            | مشاهده مستندات |  | ۲ |  | از پگ های غیراستریل با فاقد شرایط استاندارد استفاده نمی شود  |
| وجود نور کافی و تهویه مطلوب در مطب - کف و دیوار ها قابل شستشو - وجود روشویی - وجود سیستم سرمایش و گرمایش مناسب (غیر از بخاری گازسوز)   | مشاهده         |  | ۱ |  | وضعیت نور ، تهویه و سیستمهای برودتی/حرارتی و نظافت مطب ، مناسب می باشد   |
| وجود تخت های سالم و ایمن و مقاوم در برابر زنگ زدگی - قابل شستشو بودن - وجود پاراوان یا پرده کنار تخت ها  | مشاهده و بررسی |  | ۱ |  | تخت های مناسب جهت معاینه و تزریقات وجود دارد.  |
| ست معاینه شامل: فشار سنج ، گوشی ، اتوسکوپ ، چراغ قوه ، آبلانگ و ترمومتر  | مشاهده         |  | ۲ |  | ست معاینه در مطب وجود دارد.  |

|   |                |   |  |  |  |                                     |
|---|----------------|---|--|--|--|-------------------------------------|
| از جمله : لارنگوسکوپ ، آمبویگ ، airway ،<br>لوله تراشه ، آنژیوکت ، آمبولهای<br>هیدروکورتیزون ، آدرنالین ، آتروپین و دیازپام ،<br>نالوکسان ، و پرل ( TNG ) | مشاهده و بررسی | ۲ |  |  | ست احیاء و داروهای اورژانس وجود دارد                             | <b>دارو و تجهیزات</b>               |
| این نامه ها و کوریکولوم آموزشی و ضوابط<br>وزارت و مراجع ذیصلاح  | مشاهده و بررسی | ۲ |  |  | تجهیزات تشخیصی و درمانی مرتبط با<br>تخصص مربوطه وجود دارد        |                                     |
| وجود کپسول اکسیژن آماده و ایمن به همراه<br>مانومتر و ماسک اکسیژن یکبار مصرف و<br>رعایت موارد کنترل عفونت  | مشاهده و بررسی | ۱ |  |  | کپسول اکسیژن سالم و پر با مانومتر سالم<br>و ماسک تمیز وجود دارد  |                                     |
| وجود مستندات مربوط به کالیبراسیون فور یا<br>اتوکلاو - وجود تست فور یا اتوکلاو   | مشاهده و بررسی | ۱ |  |  | جهت استریل کردن وسایل از فور<br>یا اتوکلاو کلاس B استفاده می شود |                                     |
| وجود یک کپسول آتش نشانی ۴ کیلوگرمی با<br>شارژمعتبر به ازاء هر ۵۰ متر مربع   | مشاهده و بررسی | ۲ |  |  | کپسول اطفاء حریق (با شارژ معتبر) وجود<br>دارد                    |                                     |
| مشاهده نصب پروانه در معرض دید مراجعین   | مشاهده و بررسی | ۲ |  |  | پروانه مطب معتبر در معرض دید نصب می<br>باشد                      |                                     |
| عدم ویزیت همزمان چند بیمار - عدم وجود<br>پارتیشن جهت جداسازی اتاق معاینه - وجود<br>پاراوان کنار تخت معاینه  | مشاهده و بررسی | ۲ |  |  | حفظ حریم خصوصی بیمار در زمان معاینه<br>رعایت می شود.             | <b>رعایت حقوق<br/>گیرندگان خدمت</b> |
| انجام تبلیغات با اخذ مجوز لازم از سازمان<br>نظام پزشکی - عدم وجود تبلیغات غیرمجاز و<br>گمراه کننده  | مشاهده و بررسی | ۲ |  |  | تبلیغات غیر مجاز و یا گمراه کننده وجود<br>ندارد.                 |                                     |
| رؤیت نصب تعرفه ها در معرض دید مراجعین<br>در سالن انتظار   | مشاهده         | ۱ |  |  | تعرفه های مصوب ابلاغی در معرض دید<br>بیماران نصب است             | <b>تعرفه</b>                        |
| بررسی مستندات (دفاتر پذیرش و...) مبنی بر<br>رعایت تعرفه های مصوب ابلاغی   | مشاهده و بررسی | ۲ |  |  | تعرفه های مصوب ابلاغی ، رعایت می<br>گردد.                        |                                     |

|  |            |                      |
|--|------------|----------------------|
| ایرادات مشاهده شده :   |            | <b>نظریه کارشناس</b> |
| 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 :  | امضا (ها)  |                      |