



معاونت درمان

بسمه تعالی

فرم بازدید از درمانگاه های دندانپزشکی

مدیریت نظارت و اعتبار بخشی معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی سبزوار

تاریخ بازدید:

تاریخ بازدید قبلی:

❖ مشخصات مسئولین فنی:

نام: آقا/خانم..... نام خانوادگی:..... نام پدر:..... کد ملی:.....
شماره نظام پزشکی: تلفن همراه:.....
عنوان تخصص: دندانپزشک عمومی متخصص رشته:.....

❖ مشخصات درمانگاه:

نوع پروانه: پروانه بهره برداری موافقت اصولی
آیا اصل مجوز تاسیس درمانگاه نصب شده است؟ بلی خیر ندارد
تاریخ افتتاح:
ساعات فعالیت درمانگاه: صبح عصر شب شبانه روزی روزهای هفته:.....
بیمه های طرف قرارداد:
خدمات درمانی ارتش بانک ها تامین اجتماعی کمیته امداد هیچکدام

❖ تعرفه خدمات:

ویزیت آزاد:.....ریال ویزیت بیمه:.....ریال
❖ آیا فرم تعرفه خدمات درمانی سال جاری مصوب وزارت بهداشت و درمان رعایت می شود؟
❖ آیا فرم تعرفه خدمات درمانی سال جاری مصوب وزارت بهداشت و درمان در پذیرش درمانگاه نصب است؟

❖ مشخصات تابلو درمانگاه - سرنسخه:

- آیا عنوان تابلو با عنوان درج شده در پروانه درمانگاه مطابقت دارد؟ بلی خیر
- از عناوین غیر مجاز شامل موسسه-مرکز-کلینیک-پلی کلینیک استفاده شده است؟ بلی خیر
- اندازه تابلو (حداکثر ۷۰ × ۵۰) رعایت شده است؟ بلی خیر
- حداکثر ۲ تابلو رعایت شده است؟ بلی خیر
- اندازه سرنسخه (حداکثر ۲۵ × ۱۵) میباشد؟ بلی خیر
- عناوین ذکر شده در نسخه :
- عناوین تابلوها (ذکر معالجه بیماری خاص ممنوع است)
- عنوان سرنسخه تطابق دارد؟ بلی خیر

❖ فضای فیزیکی درمانگاه:

تعداد اتاقها:..... اتاق معاینه و سایر خدمات:..... مساحت کل:.....

خیر	بلی	
		آیا نور کافی در درمانگاه وجود دارد ؟
		آیا سرویس بهداشتی در درمانگاه وجود دارد ؟
		آیا وسیله خنک کننده و گرما زا در درمانگاه وجود دارد ؟
		آیا پنجره ها مجهز به تور سیمی یا پارچه ای هستند ؟
		آیا سالن انتظار دارای صندلی های راحت و مناسب می باشد ؟
		آیا پوشش کابینت (قابلیت شستشو) وجود دارد؟
		آگهی ، پوستر و سرنسخه تبلیغاتی از اشخاص و مراکز دیگر در درمانگاه وجود دارد ؟
		آیا آب سردکن مناسب بدون استفاده از لیوان عمومی موجود می باشد ؟
		ایمنی و ارتفاع مناسب سقف رعایت شده است؟
		آیا وضعیت نظافت مناسب است؟
		آیا جنس کف (قابل شستشو) وجود دارد؟
		آیا کپسول اطفای حریق در مطب وجود دارد؟
		آیا اصول استاندارد راه پله یا ورودی ساختمان رعایت شده است؟

		❖ رعایت مقررات بهداشتی:
		آیا لامپ اولتراویوله در اتاق پزشک موجود می باشد ؟
		سطل زباله درب دار و مجهز به کیسه زباله موجود می باشد ؟
		آیا زباله های عفونی و خطرناک به طریقه مناسب (درون کیسه های زرد) تفکیک می گردند؟
		جمع آوری و تخلیه وسایل یکبار مصرف پس از ساعات کار انجام می گیرد ؟
		آیا واکسیناسون هپاتیت برای پزشکان و دستیاران انجام شده است؟
		آیا وسایل یک بار مصرف برای بیماران استفاده می گردد؟
		آیا از وسایل حفاظتی ذیل استفاده می شود ؟ روپوش تمیز و مرتب ماسک عینک دستکش یکبار مصرف
		آیا اتوکلاو سالم و مناسب جهت استریلیزاسیون موجود است ؟
		❖ تجهیزات ، اصول ایمنی و داروهای موجود در درمانگاه:
		فاصله یونیت تا دیوار مناسب می باشد (۱/۲ متر) ؟
		کمپرسور خارج از محل کار می باشد ؟
		پرونده دسته بندی شده بیماران موجود می باشد ؟
		ست معاینه (شامل آینه – سوند) سالم و استریل ، حداقل به تعداد ۱۰ بیمار موجود می باشد ؟
		ست ترمیمی (حداقل ۵ عدد) سالم و استریل موجود می باشد ؟
		ست جراحی به صورت پک بسته بندی و شان استریل موجود می باشد ؟
		ست کشیدن (حداقل ۲ ست) استریل و پک شده موجود می باشد؟
		ست پروتز ، تری به اندازه کافی موجود بوده و در ساو لن قرار می گیرد؟
		ست جرم گیری استریل حداقل ۲ ست موجود است؟
		ست درمان ریشه (ست فایل / جای فایل / اندوریل / اسپیریدر موجود می باشد (حداقل ۵ ست) ؟
		آیا دستگاه رادیوگرافی در محل وجود دارد ؟
		دستگاه رادیوگرافی سالم و تاییدیه انرژی اتمی را دارد ؟
		فردی که با دستگاه کار می کند دارای افشاگر میزان تشعشع می باشد ؟

بلی خیر

❖ تشکیل پرونده و شرح حال بیمار:

		آیا برای بیمار تشکیل پرونده انجام میشود؟
		آیا شرح حال توسط پزشک انجام میشود؟
		تعداد متوسط مراجعین روزانه؟
		آیا مشخصات بیمار در هر روز ثبت دستی یا مکانیزه میشود؟

❖ مشخصات منشی های درمانگاه:

(۱) نام و نام خانوادگی:..... مدرک تحصیلی:.....

(۲) نام و نام خانوادگی:..... مدرک تحصیلی:.....

(۳) نام و نام خانوادگی:..... مدرک تحصیلی:.....

❖ نظریه کارشناس ناظر همراه با قید موارد غیر مجاز و ممنوع با توضیحات:

.....
.....
.....
.....

❖ توضیحات مسئول فنی در صورت نیاز:

.....
.....

نام و نام خانوادگی مهر و امضا مسئول فنی	نام و نام خانوادگی و امضا کارشناسان نظارت
--	---