|  |
| --- |
| فرم بازدید مرکز مشاوره و ارائه خدمات پرستاری در منزل  مدیریت پرستاری دانشگاه علوم پزشکی سبزوار |

|  |
| --- |
| نام مرکز: |
| نام و نام خانوادگی مسئول فنی: |
| آدرس محل مرکز: |
| تاریخ و ساعت بازدید: |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **استاندارد** | **بلی** | **خیر** | **توضیحات** |
|  | **مجوز تاسیس معتبر در مرکز و در معرض دید نصب شده است.** |  |  |  |
|  | **عناوین تابلو مجاز می باشد.** |  |  |  |
|  | **مساحت فیزیکی مرکز استاندار است .(حداقل45 متر)** |  |  |  |
|  | **محل قرار گیری مرکز از نظر دسترسی آسان و آزاد عموم مردم مناسب می باشد.** |  |  |  |
|  | **مرکز دارای قسمت های ذیل می باشد:**  **سرویس بهداشتی□ سالن انتظار □ اتاق مشاوره /آموزش □** | . |  |  |
|  | **دفتری جهت ثبت مشخصات کامل بیماران و اقدامات انجام شده در مرکز موجود است؟** |  |  |  |
|  | **نرخ خدمات و مراقبت های ارائه شده طبق تعرفه مصوب شورایعالی بیمه، در محل مرکز نصب شده است.** |  |  |  |
|  | **قرارداد همکاری و پشتیبانی بیمارستان و مرکز مشاوره و ارائه مراقبت های پرستاری در منزل در مرکز موجود است.** |  |  |  |
|  | **قرارداد همکاری مرکز مشاوره و ارائه مراقبت های پرستاری در منزل و پزشک در مرکز موجود است؟** |  |  |  |
|  | **مکان مرکز از نظر نور، تهویه و رنگ آمیزی دیوارها مناسب است؟** |  |  |  |
|  | **مسئولین فنی مرکز بر اقدامات انجام شده جهت بیماران در منازل نظارت و کنترل دارند؟** |  |  |  |
|  | **هنگام ارائه خدمات از یونیفوم مناسب استفاده می شود .** |  |  |  |
|  | **مرکز دسورالعمل مدیریت و نگهداری مربوط به امکانات و تجهیزات را بطور صحیح و مطابق استانداردهای موجود رعایت می نماید؟** |  |  |  |
|  | **برنامه لازم جهت استرالیزاسیون و امحاء زباله در مرکز وجود دارد؟** |  |  |  |

|  |
| --- |
| فرم بازدید مرکز مشاوره و ارائه خدمات پرستاری در منزل  مدیریت پرستاری دانشگاه علوم پزشکی سبزوار |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **مرکز طرف قرارداد بیمارستان ، پس ازا تمام ارائه مراقبت در منزل ،گزارش آن را به واحد مراقبت در منزل مستقر در بیمارستان ارائه می نماید؟** |  |  |  |
|  | **گزارش عملکرد ماهیانه مراکز طرف قرارداد بیمارستان ، به مدیریت پرستاری بیمارستان و دانشگاه ارائه می شود؟** |  |  |  |
|  | **فرم شماره(2) ارجاع بیمار از واحد مراقبت در منزل مستقر در بیمارستان به مراکز مشاوره و ارائه مراقبت های پرستاری در منزل جهت ادامه مراحل درمان و مراقبت در مرکز موجود است؟** |  |  |  |
|  | **وضعیت امکانات، وسایل و تجهیزات اداری در مرکز:** |  |  |  |
|  | امکانات و تجهیزات پزشکی ذیل در مرکز وجود دارد؟   1. **کپسول اکسیژن، مانومتر و ملزومات آن □** 2. **دستگاه ساکشن و ملزومات آن□** 3. **کیف مراقبتی (حداقل یک عدد در مرکز و به تعداد مورد نیاز برای ارائه خدمات توسط کارکنان) شامل :**  * **دستگاه فشارسنج، گوشی پزشکی و ترمومتر** * **پالس اکسیمتری انگشتی و گلوکومتر** * **لارنگوسکوپ،آمبوبگ،لارنژیال ماسک، لوله تراشه، دهان بازکن، زبان گیر، و T.piece** * **انواع NGT، سوندفولی و نلاتون، کیسه ادراری و ژل لیدو کائین** * **آمپول هیدروکورتیزون ،آمینوفیلین،لازیکس و دیازپام** * **اسپری سالبو تامول و پرل و یا اسپری TNG** * **ویال دکستروز 20% و سرم نرمال سالین تزریقی** * **ست پانسمان ، گاز استریل،باند، چسب،تیغ بیستوری، پد الکلی ،دستکش استریل و لاتکس،آب مقطر و تبادین** * **انواع آنژیوکت ، سرنگ،اسکالپ وین،ست سرم،سر سوزن و تورنیکت** * **سفتی باکس،گان یکبار مصرف و محلول ضدعفونی کننده دست** |  |  |  |
| **نظریه کارشناس مسئول مراقبت در منزل دانشگاه:**  **نام و امضاء کارشناسان بازدید کننده :** | | | | |
| **مهر و امضای مسئول فنی مرکز:** | | | | |