



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی مراغه  
فوم بازدید دفاتر تغذیه و رژیم درمانی

مشخصات مرکز : تاریخ بازدید.....

نام و نام خانوادگی موسس:..... نام و نام خانوادگی مسئول فنی مرکز:.....

شماره پروانه و تاریخ اعتبار آن : .....نشانی محل کار و شماره تلفن : .....

نوع و محل استقرار مرکز : ☐ استیجاری ☐ شخصی

متراژ .....

زیر زمین ☐ هم کف ☐ طبقه ☐ مشترک ☐ مستقل

۱- نحوه مراجعه بیماران به چه صورت می باشد؟ ☐ مستقیم ☐ غیر مستقیم ( ارجاعی )

۲- آیا نسبت به تشکیل پرونده بیمار ( مشخصات ، روند درمانی ) و بایگانی آن اقدام شده است ☐ بلی ☐ خیر

۳- آیا غیر از مکمل ها ( ویتامین و املاح ) داروهای دیگری تجویز می گردد؟ ☐ بلی ☐ خیر

۴- آیا غیر از مشاوره چهره به چهره از ابزار دیگری نظیر نرم افزار CD و کتاب و.... استفاده می شود؟ ☐ بلی ☐ خیر

۵- آیا تعرفه های قانونی رعایت می شود؟ ☐ بلی ☐ خیر

۶- آیا غیر از مسئول فنی دفتر افراد دیگری در امر مشاوره دخالت دارند؟ ☐ بلی ☐ خیر

۷- آیا استاندارد تابلوها از نظر ابعاد و درج عناوین رعایت شده است؟ ☐ بلی ☐ خیر

۸- فضای فیزیکی اتاق مشاوره از نظر ابعاد و اصول بهداشتی مناسب می باشد؟ ☐ بلی ☐ خیر

۹- آیا محل از وسایل گرما زا و خنک کننده مناسب برخوردار می باشد؟ ☐ بلی ☐ خیر

۱۰- آیا فضای فیزیکی سالن انتظار از نظر ابعاد ، اصول بهداشتی و رفاه مراجعین مناسب می باشد؟ ☐ بلی ☐ خیر

۱۱- آیا حداقل تجهیزات تشخیصی و معاینه فراهم شده است ؟ ☐ بلی ☐ خیر

۱۲- آیا همکاری مطلوب با کارشناس نظارت بعمل می آید؟ ☐ بلی ☐ خیر

توضیحات و نظر نهایی کارشناس بازدید کننده :

نام و امضاء مسئول فنی مرکز

نام و امضاء کارشناس امور درمان