



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی مراغه  
فرم بازدید و بازرسی از مراکز فیزیوتراپی

کد فرم:

نام و نام خانوادگی آقای/خانم.....تاریخ بازدید.....ساعت بازدید.....

آدرس.....تلفن.....ساعت حضور.....

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |     |     |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| ۱  | آیا پروانه مسئولین فنی در معرض دید مراجعین نصب شده است؟                                                                                                                                                                                                                                  | بلی | خیر |
| ۲  | آیا طرح انطباق با موازین شرعی رعایت شده است؟                                                                                                                                                                                                                                             |     |     |
| ۳  | آیا تعرفه های ابلاغی در مرکز و در معرض دید نصب شده است؟                                                                                                                                                                                                                                  |     |     |
| ۴  | آیا ساعات فعالیت واحد در معرض دید مراجعین نصب شده است و مطابق با پروانه تاسیس می باشد؟                                                                                                                                                                                                   |     |     |
| ۵  | آیا پرسنل مطابق با آئین نامه و بخشنامه های ابلاغی (حداقل یک نفر کارشناس فیزیوتراپی) در واحد حضور دارند؟                                                                                                                                                                                  |     |     |
| ۶  | آیا فعالیت پرسنل با رشته تحصیلی آنان مطابقت دارد؟                                                                                                                                                                                                                                        |     |     |
| ۷  | آیا مرکز به وسایل اجباری ذیل مجهز می باشد؟<br>-تجهیزات الکتروتراپی اجباری شامل؟هات بک ، مادون قرمز، مافوق صوت، تنس تحریک عصبی<br>- تجهیزات مکانوتراپی اجباری شامل: فریم، انواع فنرها و وزنه ها ، اسلینگ ها و ضمائم ، میز تقویت عضله چ هارسر، دوچرخه ثابت، چرخاننده شانه، وسایل ورزشی دست |     |     |
| ۸  | آیا دستگاههای موجود سالم و آماده ارائه خدمات بوده و گواهیهای تائید کالیبراسیون آنها موجود می باشد؟                                                                                                                                                                                       |     |     |
| ۹  | آیا مسایل ایمنی مرکز نظیر حفاظدار بودن پریزه ا و ارت دار بودن دستگاههای برقی رعایت می شود؟                                                                                                                                                                                               |     |     |
| ۱۰ | آیا سیستم اطلاعات و پذیرش ، وضعیت تشکیل پرونده بیماران و نحوه تکمیل و نگهداری آن مطابق آیین نامه می باشد؟                                                                                                                                                                                |     |     |
| ۱۱ | آیا تابلو ها ، سربرگها، و مهر با آیین نامه ها مطابقت دارد؟                                                                                                                                                                                                                               |     |     |
| ۱۲ | آیا وسایل اطفاء حریق در محل وجود دارد؟                                                                                                                                                                                                                                                   |     |     |
| ۱۳ | آیا مساحت ( حداقل ۶۰ متر مربع بدون هیدروتراپی) و فضای فیزیکی محل مناسب بوده و دارای حداقل سه کابین الکتروتراپی و یک کابین مکانوتراپی، سرویس های فرنگی ، بایگانی، اطلاعات و پذیرش می باشد؟                                                                                                |     |     |
| ۱۴ | آیا امکانه دارای شرایط بهداشتی نظیر مناسب بودن نور و تهویه مطلوب، صاف و مقاوم و قابل شستشو بودن دیوار، سقف و کف می باشد؟ (قرنیز ۱۰ سانتی اجباری است)                                                                                                                                     |     |     |
| ۱۵ | آیا سطلهای زباله دربار و به تعداد کافی موجود می باشد؟                                                                                                                                                                                                                                    |     |     |
| ۱۶ | آیا در و پنجره های مرکز سالم و رنگ آمیزی شده بوده و همچنین پنجره ها مجهز به توری ضد زنگ می باشند؟                                                                                                                                                                                        |     |     |
| ۱۷ | آیا مرکز دارای سرویسهای بهداشتی و روشویی مناسب می باشد؟                                                                                                                                                                                                                                  |     |     |
| ۱۸ | آیا موازین بهداشت و نظافت فردی پرسنل (نظیر پوشش مناسب) و عمومی محل و تجهیزات و ضدعفونی به موقع آنها رعایت می شود؟                                                                                                                                                                        |     |     |
| ۱۹ | آیا از ملحفه، روبالشی و روانداز تمیز و یکبار مصرف استفاده می شود؟                                                                                                                                                                                                                        |     |     |

نظریه کارشناس:

- ۱- پیشنهاد تشویق به کمیته نظارت □ ۲- تذکر شفاهی □ ۳- تذکر کتبی □ ۴- دعوت به مذاکره □ ۵- درج تخلف در پرونده □  
۶- ارجاع به تعزیرات □ ۷- ارجاع به نظام پزشکی □ ۸- لزوم پیگیری مجدد □ ۹- پلمپ و تعطیلی محل □  
توضیحات:

کارشناس درمان

متصدی محل