



وزارت بهداشت؛ درمان و آموزش پزشکی  
دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی مراغه (معاونت درمان)  
فرم بازدید و بازرسی از واحد تزریقات و پانسمان

نام و نام خانوادگی: متصدی محل ..... پزشک مسئول ..... ساعت حضور .....  
آدرس ..... تلفن ..... ساعت بازدید ..... تاریخ بازدید .....

| الف - محور کنترل عفونت و ضوابط بهداشتی                                             |  | بلی                      | خیر                      |
|------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| ۱- آیا در محل اتو کلاو استاندارد وجود دارد و نکات استریل رعایت می شود؟             |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ۲- آیا کف قابل شستشو و دیوارها و سقف مطابق آیین نامه و دفع زباله بهداشتی می باشد؟  |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ۳- آیا از ملافه های یکبار مصرف، روپوش تمیز، ماسک، دستکش، عینک محافظ استفاده میشود؟ |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ۴- آیا متصدی محل دارای کارت واکسیناسیون هپاتیت B می باشد؟                          |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ۵- آیا داروهای غیر مجاز بمنظور خرید و فروش در محل وجود دارد؟                       |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ۶- آیا بیکس گاز، سطل زباله دربدار در محل وجود دارد؟                                |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ۷- آیا سینک دو لگنه در محل کار وجود دارد؟                                          |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ۸- آیا چراغ پایه دار وجود دارد؟                                                    |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ب - محورها ضوابط و مقررات

|                                                                                                                                     |  |                          |                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| ۹- آیا تعرفه های ابلاغی در محل نصب شده و طبق بخشنامه ها اجرا می شود؟                                                                |  |                          |                          |
| ۱۰- عضلانی <input type="checkbox"/> وریدی <input type="checkbox"/> وصل سرم <input type="checkbox"/> بلندآژ <input type="checkbox"/> |  |                          |                          |
| ۱۱- آیا مساحت و فضای فیزیکی محل از نظر نورتهویه مناسب بوده وسایل اطفاء حریق در محل وجود دارد؟                                       |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ۱۲- آیا تجهیزات کافی، کپسول اکسیژن و ست احیاء و داروهای اورژانس در محل وجود دارد؟                                                   |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ۱۳- آیا واحد تحت نظر پزشک مسئول فنی بوده و در زمان فعالیت واحد حضور دارد ؟                                                          |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ۱۴- آیا محل دارای اطاق انتظار جداگانه و سرویس بهداشتی می باشد؟                                                                      |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ۱۵- آیا تابلو های محل کار با آیین نامه ۱۰ مطابقت دارد؟                                                                              |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ۱۶- آیا حداقل دو تخت معاینه برای تزریقات که به نحو مطلوب مجزا شده وجود دارد؟                                                        |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

توضیحات:

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 ☐

متصدی محل کار

پزشک مسئول فنی

کارشناسان درمان

امضا

مهر و امضا

-۲-

- ۱ -