

نام و نام خانوادگی : متصدی محل تاریخ بازدید ساعت بازدید

آدرس تلفن ساعت حضور

بلی خیر

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| ☐ | ☐ | ۱- آیا تهویه محل مناسب می باشد |
| ☐ | ☐ | ۲- آیا متصدی محل از روپوش تمیز استفاده می کند؟ |
| ☐ | ☐ | ۳- آیا مواد قالب گیری کافی به نسبت بیماران روزانه در محل وجود دارد؟ |
| ☐ | ☐ | ۴- آیا قالبهای پروتز قبل از گچ ریزی بدرستی ضد عفونی می شوند ؟ |
| ☐ | ☐ | ۵- آیا سطل زباله بهداشتی دربار و کیسه زباله در محل وجود دارد؟ |
| ☐ | ☐ | ۶- آیا وضعیت بهداشتی کف ، کراشوار ، یونیت و محل مناسب است؟ |
| ☐ | ☐ | ۷- آیا متصدی محل در هنگام معاینه بیماران از ماسک و دستکش استفاده می کند؟ |
| ☐ | ☐ | ۸- آیا وسایل یکبار مصرف بقدر کافی در محل وجود دارد ؟ |
| ☐ | ☐ | ۹- آیا متصدی محل دارای کارت واکسیناسیون هپاتیت B می باشد؟ |
| ☐ | ☐ | ۱۰- آیا سینکهای شستشو و سرویس بهداشتی و محلولهای ضد عفونی مناسب وجود دارد؟ |

□ □

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| ☐ | ☐ | ۲- آیا تعرفه های ابلاغی در محل نصب شده است ؟ |
| ☐ | ☐ | ۳- آیا مساحت و فضای فیزیکی محل مناسب است؟ |
| ☐ | ☐ | ۴- آیا وسایل اطفاء حریق در محل وجود دارد؟ |
| ☐ | ☐ | ۵- آیا تابلوها ، سربرگها ، و مهر با آیین نامه ها مطابقت دارد؟ |
| ☐ | ☐ | ۶- آیا مواردی از دخالت غیرمجاز یا وسایل غیرمجاز یا افراد غیرمجاز در محل وجود دارد؟ |
| ☐ | ☐ | ۷- آیا قالبها و سفارشات لابراتوار از بیرون پذیرفته می شود؟ |
| ☐ | ☐ | ۸- آیا برای تمام بیماران پرونده و سوابق بایگانی می گردد؟ |

۱- به نامبرده در خصوص اصلاح موارد فوق الذکر به مدت... روز مهلت داده میشود تا پس از اصلاح موارد کتباً به اداره درمان اعلام نماید 0

- ۲- با توجه به سوابق قبلی مراتب جهت رسیدگی به مراجع ذیصلاح قضایی منعکس گردد 0
- ۳- با توجه به سوابق و تکرار تخلفات محل لاک و مهر و تعطیل گردید. ۴۰- صورجلسه لاک و مهر ضمیمه می باشد 0

۱. کارشناس نظارت بر درمان