



بسمه تعالی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی مراغه

فرم بازدید کارشناسان اداره امور درمان از مطب پزشکان

نام و نام خانوادگی پزشک: عمومی ☐ متخصص ☐ (نوع تخصص):

آدرس مطب: شماره تلفن: تاریخ بازدید:

۱- آیا پروانه مطب معتبر در محل الصاق گردیده است؟ ☐ بلی ☐ خیر

۲- آیا تعرفه های قانونی برای معاینه و انجام خدمات پزشکی رعایت می شود؟ ☐ بلی ☐ خیر

۳- آیا فضای فیزیکی مطب مناسب می باشد؟ ☐ بلی ☐ خیر

۴- فضای فیزیکی اتاق انتظار.....وجود صندلی کافی.....تأمین گرمایش و سرمایش.....

تهویه.....سرویس بهداشتی.....آب آشامیدنی.....سایر امکانات رفاهی بیماران مطلوب

می باشد؟ ☐ بلی ☐ خیر

۵- آیا از پاراوان و پرده مناسب در کنار تخت معاینه استفاده می شود؟ ☐ بلی ☐ خیر

۶- آیا پزشک از روپوش سفید و تمیز استفاده می نماید؟ ☐ بلی ☐ خیر

۷- آیا ست معاینه کامل وجود دارد؟ ☐ بلی ☐ خیر

۸- آیا برای معاینه و اقدامات تشخیصی از وسایل استریل و یا یکبار مصرف استفاده می شود؟ ☐ بلی ☐ خیر

۹- آیا کپسول اکسیژن با مانومتر سالم وجود دارد؟ ☐ بلی ☐ خیر

۱۰- آیا لوازم احیاء و داروهای اورژانس وجود دارد؟ ☐ بلی ☐ خیر

۱۱- آیا بهداشت و نظافت وسایل مورد استفاده و محیط کار رعایت می شود؟ ☐ بلی ☐ خیر

۱۲- آیا مطب دارای فور یا اتوکلاو می باشد؟ ☐ بلی ☐ خیر

۱۳- آیا تابلوهای مطب منطبق با قوانین و مقررات می باشد؟ ☐ بلی ☐ خیر

۱۴- آیا مطب دارای واحد تزریقات و پانسمان می باشد؟ ☐ بلی ☐ خیر

۱۵- آیا حداقل زمان لازم برای ویزیت بیمار و حفظ حرمت بیمار (عدم ویزیت همزمان چند بیمار) رعایت میشود

☐ بلی ☐ خیر

۱۶- آیا برای مادران باردار پرونده مراقبت دستی و یا الکترونیکی تشکیل می شود؟ ☐ بلی ☐ خیر

۱۷- رضایتمندی مراجعین از تعرفه.....برخورد پزشک.....برخورد کارکنان.....

ملاحظات: