چک لیست کشوری دفتر کار ارزیابی شنوایی

17

نام و نام خانوادگی دارنده مجوز دفتر کار: تاریخ اعتبار مجوز دفتر کار : مدرک تحصیلی دارنده مجوز دفتر کار: کارشناس  کارشناس ارشد  PHD  شماره عضویت سازمان نظام پزشکی :

 کد ملی دارنده مجوز : شماره مجوز : آدرس پستی و منطقه شهرداری: تلفن ثابت و همراه دارنده مجوز:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  محور | عنوان | شاخص اندازه گیری | روش ارزیابی | توضیحات |
| 0 | 1 | 2 | ضریب | امتیاز |
| مجوز | کارشناس شنوایی شناسی دارای پروانه معتبر مشغول به فعالیت می باشد. |  |  |  | 4 |  | مشاهده | پروانه دفتر کار معتبر کارشناس شنوایی شناسی |
| نیروی انسانی | افراد فاقد صلاحیت دردفترکار فعالیت نمی نمایند.  |  |  |  | 3 |  | مشاهده | فعالیت افراد بدون داشتن مدرک مرتبط در خصوص شنوایی شناسی |
| آموزش ،اطلاع ر سانی  | اندازه ، تعداد و عناوین تابلو استانداردمی باشد. |  |  |  | 2 |  | مشاهده | اندازه تابلو حداکثر 50\*70 با ذکر نام و نام خانوادگی شنوایی شناسی |
| عناوين تابلو با سرنسخه و کارت ویزیت مطابقت دارد (سرنسخه ضميمه گردد) |  |  |  | 1 |  | مشاهده و بررسی | همسان بودن عناوین تابلو و سرنسخه و کارت ویزیت  |
| فضای فیزیکی |  فضای فیزیکی مطابق با استاندارد است.  |  |  |  | 2 |  | مشاهده | حداقل 30 متر مربع شامل : اتاق ارزیابی مناسب- سالن انتظار متناسب - سرویس بهداشتی - کف و دیوار ها قابل شستشو – وجود روشویی . |
| پیشگیری و بهداشت | وضعيت نور ، تهويه و سيستمهاي برودتي/حرارتي و نظافت دفترکار، مناسب می باشد |  |  |  | 2 |  | مشاهده | وجود نور کافی و تهویه مطلوب در دفترکار- وجود سیستم سرمایش و گرمایش مناسب  |
| کپسول اطفاء حريق (با شارژ معتبر) وجود دارد |  |  |  | 2 |  | مشاهده | وجود یک کپسول آتش نشانی 4 کیلوگرمی با شارژمعتبر به ازاء هر 50 متر مربع |
| تجهیزات | تجهیزات اتاق معاینه کامل است . |  |  |  | 3 |  | مشاهده | اتاق اکوستیک با ابعاد5/1در5/1 متردارای چراغ ،هواكش ،كاشي اكوستيك، موكت در كف اتاق، تل ويبراتور و دكمه يا شاسي پاسخ بيمار ، دستگاه اديومتر ،دستگاه امپدانس و كاف مربوطه ،اتوسكوپ با اسپكولومهاي مختلف ،مجموعه دياپازون با فركانس حداقل500هرتز ،تمپانوگرام،وجود گالي پات دربدار ،رسيور و پنس ،وجود مواد ضدعفوني كننده مناسب، دفتر ثبت بيماران روزانه يا ثبت كامپيوتري ، برگه اديوگرام مناسب - دستگاه Hi-pro ( مطابق آخرین آیین نامه ابلاغی) |
| رعایت حقوق گیرندگان خدمت | پروانه دفتر کار معتبر در معرض ديد نصب مي باشد |  |  |  | 2 |  | مشاهده | مشاهده نصب پروانه در معرض دید مراجعین |
| حفظ حریم خصوصی بیمار و محرمانگی رعایت می شود. |  |  |  | 2 |  | مشاهده | عدم مشاوره و درمان هم زمان مراجعین  |
| اقدامات غیرمجاز در دفترکار انجام نمی شود.  |  |  |  | 2 |  | مشاهده | دخل و تصرف در نسخه و یا دستور پزشک معالج - تجویز دارو - درخواست رادیوگرافی و آزمایشات پاراکلینیکی و انجام شستشوی گوش  |
| تبليغات غير مجاز و يا گمراه كننده وجود ندارد. |  |  |  | 2 |  | مشاهده | انجام تبليغات با اخذ مجوز لازم از سازمان نظام پزشكي - عدم وجود تبلیغات غیرمجاز و گمراه کننده – الزام تهیه سمعک از برند خاص بدون احترام به حق بیمار  |
| تعرفه | تعرفه های مصوب در معرض ديد بيماران نصب است  |  |  |  | 1 |  | مشاهده | رؤیت نصب تعرفه ها در معرض دید مراجعین  |
| تعرفه های مصوب ابلاغی ، رعايت می گردد. |  |  |  | 2 |  | مشاهده و برسی | بررسی مستندات(دفاتر پذیرش و...)  |

|  |  |
| --- | --- |
| نظریه کارشناس | اشکالات مشاهده شده : |
| پیشنهادات اصلاحی و مداخلات قابل اجرا : |
| ضمن دریافت یک رونوشت از گزارش متعهد می شوم ظرف مدت ....... نواقص تذکر داده شده طبق مفاد چک لیست فوق را برطرف نموده و گزارش اقدامات اصلاحی را بصورت مکتوب به معاونت درمان دانشگاه ناظر تحویل دهم . |
| نام و نام خانوادگی بازدید شونده : | امضا و مهر |
| نام و نام خانوادگی کارشناسان بازدید کننده : | امضا (ها) |