چک لیست نظارت بر دفتر کار بینایی سنجی

12

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 : تلفن ثابت و همراه دارنده مجوز :

آدرس پستی و منطقه شهرداری:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| محور | عنوان | شاخص اندازه گیری | | | | | روش ارزیابی |  |
| 0 | 1 | 2 | ضریب | امتیاز |
| مجوز | بینایی سنج دارای مجوز معتبر است. |  |  |  | 4 |  | مشاهده |  |
| نیروی انسانی | افراد فاقد صلاحیت در دفتر کار فعالیت نمی کنند |  |  |  | 3 |  | مشاهده | فعالیت افراد بدون داشتن مدرک مرتبط |
| اطلاع رسانی و مدارک پزشکی | اندازه ، تعداد و عناوین تابلواستاندارد می باشد. |  |  |  | 2 |  | مشاهده | حداکثر 3 تابلو، اندازه و تعداد تابلو (حداکثر 50\*70) با ذکر نام و نام خانوادگی کارشناس بینایی سنجی |
| اخذ شرح حال و تشکیل پرونده جهت بیماران انجام می شود |  |  |  | 2 |  | مشاهده و بررسی |  |
| در صورت تجویز و ساخت عینک طبی پروانه موسسه ساخت و فروش عینک طبی وجود دارد. |  |  |  | 4 |  | مشاهده و بررسی | پروانه بهره برداری و پروانه مسئول فنی موسسه عینک طبی |
| مراقبت و درمان | بینایی سنج طبق شرح وظایف ابلاغی عمل می نماید. |  |  |  | 3 |  | مشاهده و بررسی | شامل : تعیین عیوب انکساری چشم-درمان با عینک-ساخت و ارائه انواع عینک و لنز تماسی-تعمیر و تنظیم عینک-درمان کم بینایی توسط وسایل کمک بینایی غیر اپتیکی، اپتیکی،تلسکوپ و سیستم های عدسی مرکب-ویژن تراپی / درمان بینایی-معاینه عمومی بینایی سنجی- درمان با لنزهای تماسی/ مطابق آخرین آیین نامه ابلاغی استانداردهای اپتومتری |
| فضای فیزیکی | فضای فیزیکی دفتر کار مطابق استاندارد است |  |  |  | 2 |  | مشاهده | حداقل30 متر مربع شامل : بخش پذیرش و سالن انتظار مناسب-دارای روشویی و سرویس بهداشتی |
| تجهیزات | تجهیزات اتاق معاینه مطابق استاندارد است |  |  |  | 2 |  | مشاهده و بررسی | مشتمل بر : رتینوسکوپ، افتالموسکوپ،جعبه عینک با فریم آزمایشی،پروژکتور، تابلوی دید نزدیک، لنزومتر، تست رنگ، چراغ قوه، آینه |
| پیشگیری  و بهداشت | وضعيت نور ، تهويه و سيستمهاي برودتي/حرارتي و رعایت اصول بهداشتی، مناسب می باشد |  |  |  | 1 |  | مشاهده | وجود نور کافی و تهویه مطلوب در فضای دفترکار - مناسب بودن سیستمهای روشنایی و عدم استفاده از لامپهای آویز - وجود سیستم سرمایش و گرمایش مناسب |
| کپسول اطفاء حریق وجود دارد |  |  |  | 2 |  | مشاهده و بررسی | به ازای هر 50 متر مربع 1 کپسول 4 کیلوگرمی با تاریخ اعتبار معتبر |
| رعایت حقوق گیرندگان خدمت | تبليغات غير مجاز و يا گمراه كننده وجود ندارد. |  |  |  | 2 |  | مشاهده و بررسی | انجام تبليغات با اخذ مجوز لازم از سازمان نظام پزشكي - عدم وجود تبلیغات غیرمجاز و گمراه کننده |
| اقدامات غیرمجاز انجام نمی شود |  |  |  | 2 |  | مشاهده | دخل و تصرف در نسخه یا دستور پزشک معالج، تجویز دارو ،درخواست رادیوگرافی و آزمایشات پاراکلینیکی برای مراجعین |
| دستورالعمل ممنوعیت استعمال دخانیات ، پوستر منشور حقوق بیمار و نحوه رسیدگی به شکایات نصب می باشد. |  |  |  | 1 |  | مشاهده |  |
| مجوز کار معتبر و ساعت فعالیت ، در معرض ديد مراجعين نصب می باشند |  |  |  | 1 |  | مشاهده |  |
| اصول محرمانگی ، حریم خصوصی و الزامات طرح انطباق رعایت می گردد. |  |  |  | 1 |  | مشاهده | مطابق دستورالعمل ابلاغی |
| تعرفه | تعرفه های مصوب ابلاغی نصب شده است |  |  |  | 1 |  | مشاهده |  |
| تعرفه های مصوب رعایت می گردد. |  |  |  | 2 |  | مشاهده و بررسی | مشاهده فعالیت افراد بدون داشتن مدرک مرتبط |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| نظریه کارشناس | ایرادات مشاهده شده : | |
| پیشنهاد 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 به صورت 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) |