چک لیست کشوری درمانگاه تخصصی داخلی

8

نام مؤسسه: تاریخ اعتبار پروانه بهره برداری:

نام و نام خانوادگی مسئول فنی: تاریخ اعتبار پروانه مسئول فنی :

آدرس پستی و منطقه شهرداری: تلفن همراه مسئول فنی :

تلفن ثابت مرکز:

تاریخ و ساعت بازدید : بخشهای مندرج در پروانه\* :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| محور | عنوان | شاخص اندازه گیری | | | | | روش ارزیابی | توضیحات |
| 0 | 1 | 2 | ضریب | امتیاز |
| مجوز ها | پروانه بهره برداری معتبر است. |  |  |  | 4 |  | مشاهده |  |
| پروانه مسئول فنی معتبر است. |  |  |  | 4 |  | مشاهده |  |
| پروانه مطب معتبر پزشكان و مجوز اشتغال ساير پرسنل فني وجود دارد |  |  |  | 2 |  | مشاهده و بررسی | وجود پروانه مطب معتبر کلیه پزشکان شاغل و مجوز فعالیت معتبرکلیه پرسنل پیراپزشکی |
| در صورت وجود دیالیز، داروخانه ،آزمايشگاه ، راديولوژی و يا ساير واحدهاي پاراكلينيك ، براي هر كدام پروانه مسئوليت فني معتبر وجود دارد. |  |  |  | 2 |  | مشاهده | مشاهده پروانه معتبر مسئولین فنی بخش های پاراکلینیک |
| نیروی انسانی | مسئول فنی معرفی شده حضور دارند. |  |  |  | 3 |  | مشاهده | حضور مسئول فنی بر اساس پروانه صادره یا پزشك قائم مقام معرفی شده به معاونت درمان طبق آئين نامه |
| وضعیت فعالیت پزشکان و پیراپزشکان شاغل در درمانگاه ، طبق آیین نامه مربوطه می باشد. |  |  |  | 3 |  | مشاهده و بررسی | حضور حداقل یک نفر پزشک عمومی در هرنوبت کاری - حضور یک نفر متخصص داخلی و یک رشته تخصصی دیگر (اختیاری) حداقل در دو نوبت کاری در طول هفته- حداقل یک پرستار و یک بهیار در کلیه نوبتهای کاری - حداقل یک نفر پیراپزشک براساس رشته های ارائه شده |
| افراد فاقد صلاحیت اعم از پزشک و پرسنل درمانی در مرکز فعالیت نمی نمایند |  |  |  | 2 |  | مشاهده و بررسی | پزشکان و پرسنل فنی بدون مجوز ، اعضا هیات علمی تمام وقت جغرافیایی ، دستیار- اعضاهیات علمی تماوقت و رسمی ارگانها در ساعات موظف |
| مراقبت و درمان | آندوسکوپی ،رکتوسیگمویدوسکوپی و برونکوسکوپی توسط متخصصین ذیربط به شرط داشتن گواهی دوره مربوطه انجام می شود. |  |  |  | 2 |  | مشاهده و بررسی |  |
| تجهیزات و ملزومات دیالیز (در صورت داشتن ) و انجام آن تحت نظر متخصصین ذیربط انجام می شود. |  |  |  | 1 |  | مشاهده و بررسی | وجود اتاق با حداقل متراژ 20 متر مربع و به صورت مستقل - وجود رختكن بيماران - وجود تجهیزات و تاسيسات مربوطه( سيستم آب RO ، ستها و فيلترهاي مربوطه و ... ) ، تجهیزات ضروري جهت احیاء بیماران - داراي ديوار و كف قابل شستشو- دارابودن تهویه مطلوب و نور مناسب |
| خدمات مشاوره ای درمانی تخصصی مانند مشاوره متخصص قلب و عروق در درمانگاه انجام می شود. |  |  |  | 1 |  | مشاهده و بررسی | وجود فضای فیزیکی مناسب - وجود تجهیزات لازم و مربوط به انجام تستهاي تشخیصی درمانی با استاندارد لازم - دارابودن تهویه مطلوب و نور مناسب |
| نوار قلب ، اکو ، تست ورزش و اسپیرومتری در درمانگاه انجام می شود. |  |  |  | 1 |  | مشاهده و بررسی | وجود اتاق EKG، اتاق تست ورزش و اتاق اكوكارديوگرافي و اسپیرومتری به صورت مجزا يا مشترك - وجود تجهیزات لازم ، کپسول اكسيژن ، داروهاي اورژانسی و تجهیزات احیاء بیمار |
| مشاوره روان پزشکی و روان شناسی در مواقع ضروری در درمانگاه انجام می شود. |  |  |  | 1 |  | مشاهده و بررسی | وجود فضای فیزیکی با متراژ مناسب و مستقل با نورو تهویه مطلوب |
| آموزش ،  اطلاع ر سانی و مدارک پزشکی | اندازه ، تعداد و عناوین تابلوي درمانگاه استاندارد می باشد. |  |  |  | 2 |  | مشاهده و بررسی | اندازه و تعداد تابلو مطابق با آئين نامه تابلو و سرنسخه سازمان نظام پزشكي- عناوين مندرج در تابلو مطابق با پروانه بهره برداري درمانگاه و عدم استفاده از عناوين كلينيك و يا پلي كلينيك |
| عناوين بخشها در تابلو و سرنسخه ، مطابق با بخشهاي موجود در پروانه تاسيس می باشد (سرنسخه ضميمه گردد) |  |  |  | 2 |  | مشاهده و بررسی | عناوين مندرج در تابلو و سرنسخه مطابق با بخش های مندرج در پروانه بهره برداري درمانگاه |
| كليه بخشهاي موجود در پروانه تاسيس فعال می باشد (ذكر كليه بخشها و تخصصهاي فعال درمانگاه) |  |  |  | 1 |  | مشاهده و بررسی | انطباق بخش های موجود و فعال در درمانگاه با بخش های موجود در پروانه تأسیس |
| بخش خارج از پروانه تاسيس فعال نمی باشد. |  |  |  | 3 |  | مشاهده و بررسی | عدم فعالیت بخش های خارج از پروانه تاسیس درمانگاه |
| دفتر ثبت مشخصات جهت بیماران در واحد تزريقات و سرم تراپی وجود دارد. |  |  |  | 1 |  | مشاهده و بررسی | ثبت نام و نام خانوادگی بیمار ، سن ، تاریخ و ساعت مراجعه ، نام آمپول تزریقی و یا سرم ، نوع تزریق ، نام پزشک معالج ، نام پرستار تزریق کننده |
| برای تمامی بیماران پرونده تشکیل می شود. |  |  |  | 2 |  | مشاهده و بررسی | ثبت نام و نام خانوادگي- سن- تاريخ و ساعت وعلت مراجعه- اقدامات انجام شده- تشخيص بيماري - نام و مهر پزشك در پرونده بیمار- وجود برنامه نرم افزاری جایگزین |
| فضای فیزیکی | ساختار فيزيكي منطبق بر آخرین پلان و تاييد شده توسط معاونت درمان دانشگاه می باشد |  |  |  | 1 |  |  | مقایسه ساختار فیزیکی کنونی با نقشه تایید شده فضای فیزیکی در زمان تاسیس درمانگاه |
| فضاو تجهیزات انجام آندوسکوپی ، رکتوسیگمویدوسکوپی و برونکوسکوپی برابر دستورالعمل می باشد |  |  |  |  |  | مشاهده و بررسی | وجود اتاق با حداقل متراژ 12 متر مربع و به صورت مستقل - وجود رختكن بيماران - وجود تجهیزات لازم ، کپسول اكسيژن ، داروهاي اورژانسی و تجهیزات احیاء بیمار - داراي ديوار و كف قابل شستشو - دارابودن تهویه مطلوب و نور مناسب  - وجود فضاي مجزا جهت شستشوي و ضدعفوني وسايل (حتي الامكان در نزديكترين قسمت به اتاق آندوسكوپي) - استفاده از هود يا فن هاي قوي در محل شستشو و ضدعفوني |
| پیشگیری و بهداشت | سوابق مصونيت يا واكسيناسيون بر عليه هپاتيت Bجهت كليه كاركنان شاغل وجود دارد |  |  |  | 1 |  | مشاهده مستندات | بررسی مستندات مربوط به مصونیت یا واکسیناسیون بر علیه هپاتيت B |
| مدیریت پسماندهاي نوك تيز و برنده (سفتي باكس) بصورت صحیح انجام می گردد |  |  |  | 1 |  | مشاهده و بررسی | تعويض به موقع safety box ( پس از پرشدن 4/3 safety box )- درج تاريخ شروع استفاده بر روي safety box - نحوه OUT نمودن safety box |
| قرارداد حمل زباله عفوني با خدمات موتوری شهرداري وجود دارد |  |  |  | 1 |  | مشاهده مستندات | وجود قرارداد دفع پسماند عفونی معتبر |
| براي تميز كردن كف و سطوح از محلول ضدعفوني كننده مناسب استفاده می گردد |  |  |  | 1 |  | مشاهده و بررسی | وجود محلول های ضدعفوني سطوح کوچک و بزرگ - وجود محلول ضدعفوني سريع الاثر وسايل و تجهيزات - استفاده صحيح از محلولهاي ضدعفوني |
| از ملحفه و روانداز تميز و يكبار مصرف استفاده می شود |  |  |  | 1 |  | مشاهده و بررسی | تميز بودن بالش و تشك تخت و ترجیحا استفاده از ملحفه و روبالشي يكبار مصرف جهت آن - تميز بودن روانداز و در اختيار قراردادن ملحفه جهت استفاده از روانداز(پتو) |
| سطل زباله درب دار و پدال دار با كيسه زباله زردرنگ جهت زباله هاي عفوني وجود دارد |  |  |  | 1 |  | مشاهده | وجود سطل های زباله درب دار پدالی به تعداد كافي - استفاده از كيسه زرد با آرم پرخطر جهت زباله هاي عفوني - استفاده از كيسه مشكي جهت زباله هاي غير عفوني - تخليه و شستشوي مرتب سطل هاي زباله |
| شرايط استاندارد جهت ست ها و پگ هاي استريل رعايت می شود. |  |  |  | 1 |  | مشاهده و بررسی | پاکسازی وسایل ست ها با برس و دترجنت مناسب - وجود شان و وسایل ست سالم ( عدم وجود آثار لک روی شان ها و زنگ زدگی )- وجود تست اتوکلاو در هر ست و مستندسازی - - وجود چسب OK روی ست ها و درج تاریخ استریل روی آنها - رعایت مدت استریلیتی ستها و وسایل |
| وضعيت نور ، تهويه و سيستمهاي برودتي/حرارتي و رعایت اصول بهداشتی، مناسب می باشد |  |  |  | 1 |  | مشاهده و بررسی | وجود نور کافی و تهویه مطلوب در فضاهای مختلف درمانگاه - مناسب بودن سیستمهای روشنایی و عدم استفاده از لامپهای آویز - وجود سیستم سرمایش و گرمایش مناسب (غیر از بخاری گازسوز) |
| دستورالعمل بهداشت دست به طرز صحیح رعایت می شود . |  |  |  | 1 |  | مشاهده و بررسی | مطابق با دستورالعمل ابلاغی وزارت متبوع |
| دارو و تجهیزات | ترالي کد اورژانس ، داروها و امكانات كامل احيا وجود دارد |  |  |  | 2 |  | مشاهده و بررسی | وجود ترالی احیاء به صورت کامل و با چیدمان استاندارد مجهز به پریز برق - وجود داروهای اورژانس به طور کامل و با تاریخ معتبر - وجود چک لیست کنترل ترالی و داروها در هر نوبت کاری / دستورالعمل داروهای پرخطر |
| دارو و يا وسايل مصرفي تاريخ گذشته ویا داروی غیراورژانس وجود ندارد |  |  |  | 1 |  | مشاهده و بررسی | عدم وجود دراوهای غیر اورژانسی و تاریخ گذشته در درمانگاه |
| كپسول اكسيژن سالم و پر با مانومتر سالم و ماسك تميز وجود دارد |  |  |  | 1 |  | مشاهده و بررسی | وجود کپسول اکسیژن آماده و ایمن به همراه مانومتر و ماسک اکسیژن یکبار مصرف و رعایت موارد کنترل عفونت |
| دستگاه الكتروشوك و نوار قلب و ساکشن استاندارد وجود دارد |  |  |  | 1 |  | مشاهده و بررسی | تائید صحت عملکرد و امتحان دستگاه ( D/C شوک ، ECG ، ساکشن و ... ) و انجام کالیبراسیون دوره ای کلیه دستگاههای موجود و وجود لیبل یا گواهی های مربوطه |
| جهت استريل كردن وسايل از اتوكلاو استاندارد استفاده می شود |  |  |  | 1 |  | مشاهده و بررسی | وجود اتوکلاو استاندارد - وجود مستندات مربوط به کالیبراسیون اتوکلاو - وجود تست اسپور (هفتگی ) و بوویدیک ( روزانه ) و مستندسازی |
| حداقل تخت لازم برای تزريقات و سرم تراپی وجود دارد |  |  |  | 1 |  | مشاهده و بررسی | مطابق آیین نامه ابلاغی |
| درمانگاه داراي آمبولانس و يا قرارداد با مراكز آمبولانس خصوصي می باشد |  |  |  | 1 |  | مشاهده و بررسی | وجود آمبولانس یا قرارداد با مراکز آمبولانس خصوصی معتبر.( نام آمبولانس خصوصي طرف قرارداد در قسمت توضيحات ذكر شود ) |
| سيستم برق اضطراري و کپسول اطفاء حريق وجود دارد |  |  |  | 1 |  | مشاهده و بررسی | وجود سیستم برق اضطراری كارآمد - وجود یک کپسول آتش نشانی 4 کیلوگرمی با شارژمعتبر به ازاء هر 50 متر مربع یا سیستم اطفاء حریق مرکزی در دسترس |
| پاراکلینیک | دستگاه های بخش های دیالیز، داروخانه ،آزمايشگاه ، راديولوژی و يا ساير واحدهاي پاراكلينيك کالیبره می باشند |  |  |  | 2 |  | مشاهده و بررسی | وجود برچسب و مستندات شرکت انجام دهنده |
| رعایت حقوق گیرندگان خدمت | پروانه هاي معتبر تاسيس و مسئول فني ، در معرض ديد مراجعين نصب می باشند |  |  |  | 1 |  | مشاهده | مشاهده نصب پروانه ها در معرض دید مراجعین |
| پرسنل پزشكي و پيراپزشكي داراي اتيكت شناسايي می باشند |  |  |  | 1 |  | مشاهده | مشاهده نصب اتیکت شناسایی شامل نام خانوادگی و سمت ، توسط کلیه کارکنان درمانگاه |
| مشخصات و تخصص كليه پزشكان شاغل در نوبتهاي مختلف ،در تابلوي اعلانات درج می باشد |  |  |  | 1 |  | مشاهده | مشاهده نصب برنامه پزشکان در تابلو اعلانات |
| دستورالعمل ممنوعیت استعمال دخانیات ، پوستر منشور حقوق بیمار و نحوه رسیدگی به شکایات نصب می باشد. |  |  |  | 1 |  | مشاهده | مشاهده نصب دستورالعمل ممنوعیت استعمال دخانیات ، پوستر منشور حقوق بیمار و نحوه رسیدگی به شکایات در معرض دید مراجعین |
| 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 |
| حفظ اصول محرمانگی ، حریم خصوصی و الزامات طرح انطباق رعایت می گردد. |  |  |  | 2 |  | مشاهده | مطابق دستورالعمل ابلاغی |
| تعرفه | تعرفه های مصوب ابلاغی در معرض ديد بيماران نصب است |  |  |  | 1 |  | مشاهده | رؤیت نصب تعرفه ها در معرض دید مراجعین در سالن انتظار |
| تعرفه های مصوب ابلاغی ، رعايت می گردد. |  |  |  | 2 |  | مشاهده و بررسی | بررسی مستندات(دفاتر پذیرش و...) مبنی بر رعایت تعرفه های مصوب ابلاغی |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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) |