چک لیست کشوری دفتر کار گفتار درمانی

15

 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 | توضیح |
| 0 | 1 | 2 | ضریب | امتیاز |
| مجوز | گفتار درمانگر دارای مجوز دفتر کار معتبر است. |  |  |  | **4** |  | مشاهده | پروانه دفتر کار معتبر کارشناس گفتاردرمانی |
|  نیروی انسانی ، آموزش ،اطلاع ر سانی  | افراد فاقد صلاحیت در دفترکار فعالیت نمی نمایند.  |  |  |  | 3 |  | مشاهده | فعالیت افراد بدون داشتن مدرک مرتبط در خصوص گفتاردرمانی  |
| اندازه،تعدادوعناوین تابلو استانداردمی باشد. |  |  |  | 2 |  | مشاهده | حداکثر 3 تابلو، اندازه تابلو حداکثر 50\*70 با ذکر نام و نام خانوادگی آسیب شناس گفتار و زبان |
| عناوين تابلو با سرنسخه و کارت ویزیت مطابقت دارد (سرنسخه ضميمه گردد) |  |  |  | 1 |  | مشاهده و بررسی | مشاهده همسان بودن عناوین تابلو و سرنسخه و کارت ویزیت  |
| اخذ شرح حال و تشکیل پرونده برای بیماران صورت می گیرد   |  |  |  | 2 |  | مشاهده مستندات | تشکیل پرونده برای مددجویان با مهر و امضای کارشناس |
| فضای فیزیکی | فضای فیزیکی مطابق با استاندارد است. |  |  |  | 2 |  | مشاهده | حداقل 30 متر مربع شامل : اتاق درمان حدود 10 تا 12 متر مربع - سالن انتظار متناسب - سرویس بهداشتی - کف و دیوار ها قابل شستشو – وجود روشویی - سرو صدا در اتاق درمان نباشد  |
| پیشگیری و بهداشت | وضعيت نور ، تهويه و سيستم هاي 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 وبررسی | وجود یک کپسول آتش نشانی 4 کیلوگرمی با شارژمعتبر به ازاء هر 50 متر مربع |
| تجهیزات | تجهیزات اتاق معاینه کامل است . |  |  |  | 3 |  | مشاهده وبررسی | وسايل باز خورد بينايي و شنوايي ،وسايل كمك آموزشي (كارت تصوير ، كتابهاي آموزشي كودكان، لگو ، پازل و ...) - برگه هاي ارزيابي اختلالات گفتار و زبان - قاشقك ،گاز استريل ،الكل ،دستكش يكبار مصرف ،ني ،شمع ،چراغ قوه ،دستمال كاغذي ، وسايل صدا ساز ، ضبط صوت براي ثبت نمونه گفتار مراجعين ، آزمونهاي مناسب براي تعيين سطح گفتار/ مطابق آخرین آیین نامه ابلاغی |
| رعایت حقوق گیرندگان خدمت | پروانه دفتر کار معتبر در معرض ديد نصب مي باشد |  |  |  | 2 |  | مشاهده | نصب پروانه در معرض دید مراجعین |
| 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 |
| اصول محرمانگی ، حریم خصوصی و الزامات طرح انطباق رعایت می گردد.  |  |  |  | 1 |  | مشاهده وبررسی | مطابق دستورالعمل ابلاغی |
| اقدامات غیرمجاز در دفترکار انجام نمی شود.  |  |  |  | 3 |  | مشاهده وبررسی | دخل و تصرف در نسخه و یا دستور پزشک معالج - تجویز دارو - درخواست رادیوگرافی و آزمایشات پاراکلینیکی برای بیماران - انجام تزریقات و پانسمان  |
| تبليغات غير مجاز و يا گمراه كننده وجود ندارد. |  |  |  | 2 |  | مشاهده وبررسی | انجام تبليغات با اخذ مجوز لازم از سازمان نظام پزشكي - عدم وجود تبلیغات غیرمجاز و گمراه کننده  |
| 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 وبررسی | 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) |