

چک لیست بازدید از مطب دندانپزشک عمومی / متخصص

۵

شماره پرونده:

رشته مندرج در پروانه:

عمومی متخصص

تاریخ و ساعت بازدید:
 کد ملی دارنده پروانه:
 تاریخ اعتبار پروانه مطب:
 تلفن ثابت و همراه:

نام و نام خانوادگی پزشک:
 شماره نظام پزشکی:
 شماره پروانه مطب:
 شهرستان مجاز به فعالیت مندرج در پروانه:
 ساعت و روزهای فعالیت:
 شرایط خاص:
 مجوزها (تاریخ اعتبار مجوز - مرجع صدور):
 منطقه شهرداری / آدرس پستی:

گرایشهای مندرج در تابلو:

در صورتیکه بیش از یک مطب دارد، آدرس و زمان فعالیت در مطب دوم قید گردد:

مخبر	عنوان	شاخص اندازه گیری					روش ارزیابی	توضیحات
		۰	۱	۲	ضریب	امتیاز*		
مجوز	۱-دندانپزشک دارای پروانه مطب معتبر مشغول به فعالیت می باشد.				۴		مشاهده	
	۲-لابراتوار (ها) پروتز دندانی همکار مطب دارای مجوز قانونی می باشد				۲		مشاهده رویت تصویر پروانه	
نیروی انسانی	۳-افراد فاقد صلاحیت در مطب فعالیت نمی نمایند.				۳		مشاهده و بررسی	
	۴-دستیار دندانپزشکی آموزش دیده با رعایت ضوابط و با حضور دندانپزشک فعالیت میکند				۲		مشاهده	
اطلاع رسانی و مدارک پزشکی	۵-اندازه، تعداد و عناوین تابلو استاندارد می باشد.				۲		مشاهده اندازه و تعداد تابلو مطابق با آیین نامه تابلو و سرنسخه سازمان نظام پزشکی - درج حد اکثر ۳ عنوان در تابلو - عدم استفاده از عناوین مرکز و یا پاراکلینیک - عدم درج زیبایی	
	۶-عناوین سرنسخه و کارت ویزیت مطابق پروانه می باشد (سرنسخه ضمیمه گردد)				۲		مشاهده و بررسی	
	۷-دفتر ثبت مشخصات جهت بیماران وجود دارد				۲		مشاهده * نرم افزار قابل جایگزینی است	
فضای فیزیکی	۸-برای تمامی مراجعین پرونده (الکترونیکی و یا فیزیکی) تشکیل می شود.				۲		مشاهده مستندات ثبت نام و نام خانوادگی - سن - تاریخ و ساعت و علت مراجعه - اقدامات انجام شده - تشخیص بیماری و طرح درمان - درج نام و مهر دندانپزشک و تعرفه در پرونده	
	۹-الزامات آیین نامه ضوابط و تسهیلات مطب در مرحله تاسیس رعایت گردیده است.				۲		مشاهده و بررسی شرایط مطابق آیین نامه مذکور	

مخبر	عنوان	شاخص اندازه گیری				روش ارزیابی	توضیحات
		۰	۱	۲	ضریب		
پیشگیری و بهداشت	۱۰-سوابق مصونیت بر علیه هیپاتیت B برای کادر درمانی وجود دارد				۳	مشاهده مستندات	بررسی مستندات مربوط به مصونیت بر علیه هیپاتیت B
	۱۱-مدیریت پسماندهای نوک تیز و برنده (سفتی باکس) به شیوه صحیح انجام می پذیرد.				۲	مشاهده و بررسی	تعویض به موقع safety box (پس از پر شدن ۳/۴ safety box) - درج تاریخ شروع استفاده بر روی safety box - نحوه OUT نمودن safety box
	۱۲-قرارداد حمل زباله عفونی با خدمات موتوری شهرداری وجود دارد				۱	مشاهده مستندات	وجود قرارداد دفع پسماند عفونی معتبر
	۱۳-برای تمیز کردن کف و سطوح از محلول ضدعفونی کننده مناسب استفاده می گردد.				۱	مشاهده	وجود محلول های ضدعفونی سطوح کوچک و بزرگ - وجود محلول ضدعفونی سریع الابر - استفاده صحیح از محلولهای ضدعفونی
	۱۴-ضدعفونی ساکشن یونیت و اجزای مربوطه ، تری های قالب گیری و قالب ها قبل از ارسال انجام می گردد				۲	مشاهده	مشاهده
	۱۵-سینک روشویی از سینک شستشوی ابزار مجزا می باشد				۲	مشاهده	مشاهده
	۱۶-از روکش یونیت، پیش بند، دستکش یکبار مصرف، ماسک، عینک محافظ و روپوش پزشکی مناسب استفاده می شود				۱	مشاهده	پوار آب و هوا، کلیدهای یونیت، دسته چراغ، سر ساکشن و ...
	۱۷-جهت شستشوی ابزار آلوده از وسایل حفاظت فردی استفاده می شود				۲	مشاهده	دستکش و پیش بند مناسب
	۱۸-دفع صحیح و اصولی آمالگام مازاد بر مصرف انجام می گردد				۱	مشاهده	مطابق دستورالعمل های ابلاغی
	۱۹-اصول بهداشت دست رعایت می گردد				۲	مشاهده	مشاهده
دارو و تجهیزات	۲۰-برساز ابزار و وسایل قبل از ضدعفونی و استریلیزاسیون آنها بصورت صحیح انجام می شود.				۲	مشاهده	مطابق دستورالعمل ابلاغی
	۲۱-سطل زباله درب دار و یا پدال دار با کیسه زباله زردرنگ جهت زباله های عفونی وجود دارد				۱	مشاهده	وجود سطل های زباله درب دار پدالی به تعداد کافی - استفاده از کیسه زرد با آرم پرخطر جهت زباله های عفونی - استفاده از کیسه مشکی جهت زباله های غیر عفونی - تخلیه و شستشوی مرتب سطل های زباله
	۲۲-وضعیت نور ، تهویه و سیستمهای برودتی/حرارتی و نظافت مطب ، مناسب می باشد				۱	مشاهده	وجود نور کافی و تهویه مطلوب در مطب - کف و دیوار ها قابل شستشو - وجود روشویی - وجود سیستم سرمایش و گرمایش مناسب (غیر از بخاری گازسوز)
	۲۳-ست احیاء و داروهای اورژانس (emergency box) وجود دارد				۲	مشاهده و بررسی	از جمله : لارنگوسکوپ ، آمبویگ ، airway ، لوله تراشه ، آنژیوکت ، آمپولهای هیدروکورتیزون ، آدرنالین ، آتروپین و دیازپام ، نالوکسان ، و پرل (TNG) و ...
	۲۴-کپسول اکسیژن سالم و پر با مانومتر سالم و ماسک تمیز وجود دارد				۲	مشاهده و بررسی	وجود کپسول اکسیژن آماده و ایمن به همراه مانومتر و ماسک اکسیژن یکبار مصرف و رعایت موارد کنترل عفونت
	۲۵-جهت استریل کردن وسایل صرفاً از اتوکلاو کلاس B استفاده می شود				۳	مشاهده و بررسی	وجود مستندات و سوابق مربوط به کالیبراسیون اتوکلاو و تست اتوکلاو معتبر
	۲۶-دستگاه رادیوگرافی پری اپیکال استاندارد با رعایت دستور العمل های مربوطه موجود و مورد استفاده قرار می گیرد				۲	مشاهده	پیش بند سربی - محافظ تیروئید در گروه های هدف
	۲۷-تعداد یونیت بر اساس حداکثر مجاز مصوب می باشد				۲	مشاهده	حداکثر ۲ عدد
	۲۸-ست معاینه استریل در مطب وجود دارد. (به تعداد کافی)				۲	مشاهده	سوند - پنس - آینه - سینی
	۲۹-ست درمان استاندارد به تعداد بیماران یک شیفت موجود می باشد				۲	مشاهده	شامل سر توربین، آنگل، ایرموتور، هندپیس جراحی ، قلم کویترون ، ترمیمی، درمان ریشه و ...

محور	عنوان	شاخص اندازه گیری					روش ارزیابی	توضیحات
		امتیاز*	ضریب	۲	۱	۰		
رعایت حقوق گیرندگان خدمت	۳۰- کپسول اطفاء حریق (با شارژ معتبر) وجود دارد		۱				مشاهده و بررسی وجود یک کپسول آتش نشانی ۴ کیلوگرمی با شارژ معتبر به ازاء هر ۵۰ متر مربع	
	۳۱- پروانه مطب معتبر در معرض دید نصب می باشد		۱				مشاهده مشاهده نصب پروانه در معرض دید مراجعین	
	۳۲- حفظ اصول محرمانگی ، حریم خصوصی و الزامات طرح انطباق رعایت می گردد.		۱				مشاهده عدم ویزیت همزمان چند بیمار - وجود پارتیشن مناسب	
	۳۳- تبلیغات غیر مجاز و یا گمراه کننده وجود ندارد.		۲				مشاهده و بررسی انجام تبلیغات با اخذ مجوز لازم از سازمان نظام پزشکی - عدم وجود تبلیغات غیرمجاز و گمراه کننده	
	۳۴- اقدامات درمانی - تشخیصی غیر مجاز انجام نمی شود		۳				مشاهده مطابق دستورالعمل های ابلاغی وزارت متبوع و سایر مراجع ذی صلاح اقدام فاقد مجوز یا فرد فاقد صلاحیت	
تعرفه	۳۵- تعرفه های مصوب ابلاغی در معرض دید بیماران نصب است		۱				مشاهده رؤیت نصب تعرفه ها در معرض دید مراجعین در سالن انتظار	
	۳۶- تعرفه های مصوب ابلاغی وزارت متبوع، رعایت می گردد.	طبق نظر معاونت	۳	*	*	*	مشاهده و بررسی مستندات (دفاتر پذیرش و ...) مبنی بر رعایت تعرفه های مصوب ابلاغی و وزارت متبوع	
جمع امتیاز کسب شده :							جمع امتیاز مطلوب : ۱۱۴	

*در مواردی که طبق نظر کارشناس، غیر قابل ارزیابی می باشد (عدم وجود اندیکاسیون جهت بررسی)، مورد به صورت ستاره دار لحاظ شده و از جمع امتیاز مطلوب کسر گردد

	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 واحد نظارت بر درمان مرکز بهداشت جنوب تهران به آدرس ذیل تحویل دهم .	
مهر و امضا بازدید شونده :	

نام و نام خانوادگی و امضاء کارشناسان :

خیابان انقلاب، خیابان وصال شیرازی، پایبندر از طالقانی، کوچه شهید عباس شفیعی، مرکز بهداشت جنوب تهران، پلاک ۲، طبقه دوم، واحد درمان
 (فکس ۶۶۹۷۴۵۸۶) تلفن مستقیم ۶۶۴۸۰۱۶۳ * (۴-۰۱-۶۶۹۷۸۲۰۱ داخلی ۱۱۲، ۱۱۱) * ۶۶۹۵۰۰۶۹
 درگاه میز خدمت الکترونیک دانشگاه [Http://Mizekhedmat.tums.ac.ir](http://Mizekhedmat.tums.ac.ir)