

فرم بازدید از انبار تجهیزات پزشکی

شماره فرم:.....
تاریخ بازمینی:.....
دوره تکمیل:.....

نام بخش :		تاریخ تکمیل:	
ردیف	موارد مورد بازدید	بله	خیر
۱	آیا شرایط ورود و خروج تجهیزات به انبار مناسب می باشد؟ (شامل رمپ، ارتفاع و عرض مناسب ورودی و ...)		
۲	آیا ظرفیت انبار با میزان تجهیزات مورد نگهداری مطابقت دارد؟		
۳	آیا فاصله و چیدمان بین کالاها، بطوری که دسترسی آسان و سریع مقدور باشد، در واحد انبار رعایت شده است؟		
۴	آیا در صورت نگهداری سایر کالاها و مواد شیمیایی در انبار، تجهیزات دارای فضای جداگانه ای می باشند؟		
۵	آیا قفسه بندی و طبقه بندی مناسب، برای تجهیزات خاص (از جمله کاف، پوار و ...) در انبار تعبیه شده است؟		
۶	آیا شرایط نگهداشت با توجه به توصیه های کمپانی نظیر پایش دما و رطوبت و ... کنترل می شود؟		
۷	آیا در انبار روشنایی مناسبی پیش بینی شده است؟		
۸	آیا تهویه در انبار بخوبی صورت می گیرد؟		
۹	آیا کپسول آتش نشانی در انبار مرکزی موجود می باشد و پرسنل آموزش لازم را دیده اند و دارای گواهی میباشند؟		
۱۰	آیا علائم هشداردهنده (منع استعمال دخانیات، ورود افراد متفرقه ممنوع و خوردن و آشامیدن) در معرض دید وجود دارد؟		
۱۱	آیا لیست موجودی تجهیزات و لوازم جانبی در واحد تجهیزات / انبار موجود، بروز و با قابلیت گزارش گیری میباشد؟		
۱۲	آیا انباردار و پرسنل مرتبط آموزش های لازم را در خصوص انبارداری، ایمنی، ثبت و جابجایی، شناخت تجهیزات و عملکرد مناسب در حین بروز حوادث احتمالی را دیده اند؟		
۱۳	آیا نگهداشت دوره ای برای تجهیزات پزشکی و لوازم جانبی انجام شده است؟		
۱۴	آیا آزمونهای کنترل کیفی برای تجهیزات مشمول کالیبراسیون انجام شده و مورد قبول می باشد ؟		

نام و امضای فرد تکمیل کننده:

نام و امضای مسئول بخش: