



## معاونت درمان

### فرم بازدید واحد تزریقات و پانسمان

نام و نام خانوادگی پزشک:

تاریخ و ساعت بازدید:

نام و نام خانوادگی متصدی تزریقات:

مدرک تحصیلی:

شماره تلفن همراه:

ردیف	وضعیت استاندارد	بلی	خیر	توضیحات درج موارد مغایر با استاندارد
۱	مجوز معتبر تاسیس واحد تزریقات و پانسمان از معاونت درمان دانشگاه اخذ شده است			
۲	سابقه مصونیت یا واکسیناسیون بر علیه هپاتیت B برای متصدی تزریقات وجود دارد			
۳	تابلو با عنوان تزریقات در خارج از ساختمان نصب می باشد			
۴	برای جمع آوری زباله های نوک تیز و برنده از سیفتی باکس و بطور مناسب استفاده می شود			
۵	تعداد مناسب تخت تزریقات به تفکیک زنان و مردان وجود دارد			
۶	دفتر ثبت اسامی بیماران موجود است (با ذکر نام و نام خانوادگی، سن، تاریخ و ساعت مراجعه، نام آمپول یا سرم، نوع تزریق، نام مسئول انجام تزریق، نام پزشک)			
۷	متصدی تزریقات، روپوش سفید و تمیز با نصب اتیکت به تن دارد			
۸	از پگ های استریل با لحاظ کردن شرایط استاندارد استفاده می شود			
۹	قرارداد حمل زباله عفونی، با سازمان خدمات موتوری شهرداری وجود دارد			
۱۰	شرایط اتاق تزریقات (از جمله نور، تهویه، سرمایش، گرمایش) و رعایت مقررات بهداشتی مناسب می باشد			
۱۱	دیوارهای اتاق تزریقات تا ارتفاع ۱۸۰ سانتیمتر با سرامیک یا سنگ و یا کلیه وجوه با رنگ قابل شستشو پوشیده شده است			
۱۲	روشویی همراه با صابون مایع، در واحد تزریقات وجود دارد			
۱۳	سطل زباله درب دار و پدال دار با کیسه زباله زرد استاندارد وجود دارد			
۱۴	در صورت انجام حجامت، گواهی دوره حجامت وجود دارد			
۱۵	تجهیزات مورد نیاز: کپسول اکسیژن با مانومتر و ماسک، لارنگوسکوپ، لوله تراشه، airway، آمبوبگ، چراغ قوه، گوشی و فشارسنج، سوندنلاتون، ست سرم، آنژیوکت، پگ پانسمان استریل، سرنگ و سر سوزن			مواردی که موجود نیست:
۱۶	داروهای مورد نیاز: بتادین، الکل ۷۰، آمپول هیدروکورتیزون، آمپول آدرنالین، آمپول آتروپین، آمپول کلسیم، آمپول آمینوفیلین، آمپول دیازپام، آمپول پرومتازین، آمپول متوکلوپرامید، آمپول فورزماید، آمپول بی پریدین، آمپول نالوکسان، آب مقطر، پرل TNG، سرم قندی ۲ عدد، سرم رینگر ۲ عدد، سرم قندی و نمکی ۲ عدد، نرمال سالین ۲ عدد، ویال گلوکز هیپرتونیک			مواردی که موجود نیست:

میزان تعرفه دریافتی (ریال) جهت ارائه خدمات تزریق سرم..... تزریق عضلانی..... تزریق  
وریدی.....

توضیحات تکمیلی و نظریه کارشناسان :

به خانم/آقای..... به دلیل.....  
تذکر شفاهی داده شد و مقرر گردید ایشان نسبت به رفع کلیه اشکالات موجود سرعاً اقدام و نتیجه اقدامات اصلاحی را به معاونت  
درمان دانشگاه کتبا اعلام نمایند

امضای متصدی تزریقات

مهر و امضای پزشک

نام و نام خانوادگی و امضای کارشناسان: