



چک لیست دندانپزشکان

نوبت بازدید: اول دوم سوم

نام و نام خانوادگی: شماره نظام پزشکی: کد ملی: تلفن همراه: Email :@..... com

اصل پروانه مطب در معرض دید قرار دارد: بله خیر شماره پروانه مطب: تاریخ صدور پروانه: تاریخ اعتبار پرونده:

آخرین مدرک تحصیلی: محل اخذ مدرک: زمان فعالیت: صبح عصر صبح و عصر

نشانی مطب: تلفن مطب:

تعداد تابلو: اندازه تابلو: عنوان تابلو:

محل فعالیت: دولتی خصوصی

دفتر ثبت بیماران: دارد ندارد } مشخصات کامل و خوانا ثبت: میشود نمیشود } بیماری دارای پرونده جداگانه ثبت: میگردد نمی گردد

وضعیت قرارداد با بیمه ها: تامین اجتماعی خدمات درمانی نیروهای مسلح سایر:

استفاده از سربرگهای تبلیغاتی (آزمایشگاه، رادیولوژی،): میشود نمیشود

ویزیت دریافتی از بیماران: آزاد: ریال بیمه: ریال موارد خاص:

نحوه حضور بیماران در اتاق معاینه: فردی گروهی متوسط تعداد بیماران در روز:

رعایت حریم خصوصی بیماران در زمان معاینه: رعایت میگردد رعایت نمیکردد

سرویس بهداشتی در اتاق انتظار بیماران: دارد ندارد

روشویی در اتاق معاینه: دارد ندارد

قابل شستشو بودن کف و دیوارهای مطب: بله خیر

فضای فیزیکی مطب مناسب: می باشد نمی باشد

نور کافی وجود: دارد ندارد

تهویه هوا مناسب: می باشد نمی باشد

از مواد ضد عفونی کننده مناسب جهت ضد عفونی وسایل و سطوح استفاده: میشود استفاده نمیشود نوع موادمصرفی:

سطل زباله دریدار: دارد ندارد کیسه زباله استفاده: میگردد نمیکردد

تجهیزات:

اتوکلاو: دارد ندارد نوع دستگاه: تعداد یونیت دندانپزشکی:

فور: دارد ندارد نوع دستگاه:

دستگاه جرم گیر اولتراسونگ (CAVITRON) : دارد ندارد تعداد انکل : _____

دستگاه رادیوگرافی : دارد ندارد تعداد سرنگ تزریق : _____

دستگاه لایت کامپوزیت : دارد ندارد تعداد سرتوربین : _____

آمالگاماتور (ترکیب مواد قالب گیری دندانپزشکی) : دارد ندارد تجهیزات مرتبط با تخصص : _____

محلول دکونکس : دارد ندارد ساون : دارد ندارد

داروهای اورژانسی: آدرنالین : دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> دیازپام : دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> آتروپین : دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> Citanest (بیماران قلبی): دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	آمپول آمینوفیلین : دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> آمپول فوزماید : دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> آمپول هیدورگورتیزون : دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> کاپتوپریل : دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> پرل TNG : دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	داروهای مرتبط با تخصص : _____ _____ _____ داروهای تاریخ اعتبار : دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> توضیحات: _____ _____
	داروهای مرتبط با تخصص : _____ _____ داروهای تاریخ اعتبار : دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> توضیحات: _____ _____	

وسایل احیاء : کپسول اکسیژن بامانومتر آمبویک لارنسکوپ لوله تراش ایروی سایر : _____

وضعیت سائل انتظار : صندلی مناسب : دارد ندارد نورکافی : دارد ندارد

سیستم گرمایش : دارد ندارد سرمایش دارد ندارد

منشور حقوق بیمار در محل مناسب نصب : شده است نشده است آبرسدکن : دارد ندارد تلویزیون : دارد ندارد

موازین بهداشتی در زمان کار جهت بیمار و پزشک

دستکش جراحی : می شود نمی شود ماسک : می شود نمی شود

شان پرفوره : می شود نمی شود سرساکشن یگبار مصرف : می شود نمی شود

دستکش لاتکس : می شود نمی شود دستمال کاغذی : می شود نمی شود

پیش بند بیمار : می شود نمی شود شستشو وسایل با برس انجام : می شود نمی شود

نحوه برخورد پزشک وسایر افراد شاغل با بازرسین مناسب : می باشد نمی باشد

آیا دوربین مدار بسته : دارد ندارد تعداد دوربین : _____ مکان دوربینها : _____

توضیحات:

مهرو امضای پزشک

امضای کارشناس

امضا کارشناس