



نوبت بازدید: اول  دوم  سوم

## چک لیست مطب پزشکان

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 اعتبار پرونده: تاریخ صدور پروانه:

عمومی  تخصصی  فوق تخصصی  زمان فعالیت: صبح  عصر  صبح و عصر

نشانی مطب: تلفن مطب:

تعداد تابلو: اندازه تابلو: عناوین تابلو:

محل فعالیت: دولتی  خصوصی

دفتر ثبت بیماران:  دارد  مشخصات کامل و خوانا ثبت:  می شود  نمی شود  بیماری دارای پرونده جداگانه ثبت:  می گردد  ندارد  نمی گردد

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

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

رعایت حریم خصوصی بیماران در زمان معاینه: رعایت می گردد  رعایت نمی گردد

استفاده از تبلیغات و عناوین غیر مجاز: انجام می گیرد  حجامت  طب سوزنی  ترک اعتیاد  رژیم درمانی  سایر: انجام نمی گیرد

استفاده از سربرگهای تبلیغاتی (آزمایشگاه، رادیولوژی، .....): می شود  نمی شود

ویزیت دریافتی از بیماران: آزاد  ریال  بیمه  ریال  موارد خاص

هزینه های پاراکلینیک:

سرویس بهداشتی در اتاق انتظار بیماران:  دارد  قابل استفاده می باشد   ندارد  غیر قابل استفاده می باشد

روشویی در اتاق معاینه:  دارد  ندارد  صابون مایع:  دارد  ندارد

قابل شستشو بودن کف و دیوارهای مطب:  بله  خیر  وضعیت نظافت مطب: مطلوب می باشد  مطلوب نمی باشد

از مواد ضد عفونی کننده مناسب جهت ضد عفونی وسایل و سطوح استفاده: می شود  استفاده نمی شود  نوع مواد مصرفی:

سطل زباله درب دار:  دارد  ندارد  کیسه زباله استفاده می گردد  نمی گردد

واکسیناسیون HBV : پزشک : دارد  ندارد  منشی مطب دارد  ندارد

نور کافی : دارد  ندارد  تهویه مناسب : دارد  ندارد

سیستم گرمایشی : دارد  ندارد  سیستم سرمایشی : دارد  ندارد

کیسول آتش نشانی : دارد  شارژ دارد  شارژ ندارد  ندارد

روپوش سالم و تمیز : : پزشک : دارد  ندارد  منشی مطب : دارد  ندارد

داروهای اورژانسی:	آمپول آمینوفیلین	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>
آدرنالین :	آمپول فوزماید	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>
دیازپام	آمپول هیدورکورتیزون :	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>
آتروپین	اسپیدی	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  ندارد

توضیحات: \_\_\_\_\_

تجهیزات موجود در مطب : \_\_\_\_\_

وسایل کامل معاینه : اتوکلاو  آفتالوسکوپ  آبسلانگ  فشارسنج  گوشی معاینه  سایر : \_\_\_\_\_

وسایل احیاء : کیسول اکسیژن با مانومتر  آمبوگ  لارنسکوپ  لوله تراش  ایروی  سایر : \_\_\_\_\_

تجهیزات مرتبط با تخصص : \_\_\_\_\_

وضعیت سالن انتظار : صندلی مناسب : دارد  ندارد  نور کافی : دارد  ندارد

سیستم گرمایش : دارد  ندارد  سرمایش دارد  ندارد

منشور حقوق بیمار در محل مناسب نصب : شده است  نشده است  آب سرد کن : دارد  ندارد  تلویزیون : دارد  ندارد

نحوه برخورد پزشک و سایر 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