



چک لیست واحد تزریقات و پانسمان

تاریخ بازدید: / /

نوبت بازدید:

اول دوم سوم

آقای/خانم دکتر: _____ با شماره نظام پزشکی _____

عمومی متخصص فوق تخصص

آدرس مطب: _____ تلفن مطب: _____

زمان فعالیت: صبح عصر صبح و عصر

تزریقات توسط پزشک انجام می گیرد: صبح: بلی خیر عصر: بلی خیر

مشخصات متصدی تزریقات:

نوبت کاری	نام و نام خانوادگی	مدرک تحصیلی	تاریخ اعتبار مجوز تزریقات	نام پزشک مسئول فنی
صبح				
عصر				

عناوین تابلو تزریقات:

اندازه و تعداد تابلو: (40×60cm و حداکثر 1 تابلو): رعایت می گردد رعایت نمی گردد

رعایت عنوان تابلو: (پانسمان و تزریقات زیر نظر پزشک): صورت می گیرد صورت نمی گیرد

مجوز متصدی تزریقات و پانسمان معتبر: می باشد نمی باشد در معرض دید بیماران نصب شده نشده

دفتر ثبت تزریقات و پانسمان: دارد مشخصات بطور کامل در دفتر ثبت: می گردد نمی گردد

تعرفه های مصوب اعلام شده: ندارد رعایت می گردد رعایت نمی گردد

ساعات شروع و خاتمه کار پزشک با متصدی تزریقات هماهنگ: است نیست توضیحات _____

اتاق تزریقات فاقد داروهای اضافی (غیر اورژانس): می باشد نمی باشد توضیحات _____

رعایت موازین شرعی در زمان انجام تزریقات: صورت می گیرد صورت نمی گیرد

وسایل احیاء (آمبوگ ماسک و کپسول اکسیژن با مانومتر سالم و تمیز وجود: دارد ندارد

فضای فیزیکی تزریقات واجد شرایط بهداشتی: می باشد نمی باشد توضیحات _____

جهت رفع سرنگ از نیدل کاتر یا سفتی باکس استفاده می شود نمی شود توضیحات _____

استفاده از روپوش سفید و تمیز متصدی تزریقات: انجام می گیرد نمی گیرد توضیحات _____

روشویی در اتاق تزریقات وجود: دارد ندارد توضیحات _____

صابون مایع در اتاق تزریقات وجود: دارد ندارد توضیحات _____

تخت تزریقات و پانسمان مناسب و پوشیده با ملحفه سفید تمیز وجود: دارد ندارد

تخت تزریقات و پانسمان دارای پاراوان شمعی سفید: می باشد نمی باشد

سطل زباله درب دار کیسه زباله دارد ندارد

تهویه مناسب: دارد ندارد سیستم: سرمایشی گرمایشی دارد ندارد

دستگاه فور اتوکلاو وجود دارد ندارد توضیحات

کارت انجام واکسیناسیون HBV وجود دارد ندارد توضیحات

دیوارها تا ارتفاع 1/8 متر قابل شستشو می باشد نمی باشد توضیحات

نوع مواد ضد عفونی مورد استفاده :

زباله های عفونی تفکیک می گردد نمی گردد توضیحات

پانسمان انجام می گیرد نمی گیرد

وضعیت ستها و وسایل پانسمان از نظر استریل بودن :

توضیحات:

امضاء متصدی تزریقات و پانسمان

امضاء پزشک

امضاء کارشناس

امضاء کارشناس