

## چک لیست کشوری مطب پزشکان عمومی

نام و نام خانوادگی پزشک :

شماره نظام پزشکی :

شماره پروانه مطب :

ساعت و روزهای فعالیت:

شرایط خاص:

مجوزها (تاریخ اعتبار مجوز-مرجع صدور) \*\*\*

آدرس پستی و منطقه شهرداری:

تاریخ اعتبار پروانه مطب :

کد ملی دارنده پروانه :

تلفن ثابت و همراه :

شهرستان مجاز به فعالیت مندرج در پروانه:

رشته درج در پروانه\*\*

گرایشهای مندرج در تابلو:

تاریخ و ساعت بازدید :

| محور                              | عنوان                                                                                         | شاخص اندازه گیری |   |   |      |        | روش ارزیابی    | توضیحات                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---|---|------|--------|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                   |                                                                                               | ۰                | ۱ | ۲ | ضریب | امتیاز |                |                                                                                                                                                              |
| مجوز                              | پزشک دارای پروانه طبابت معتبر می باشد.                                                        |                  |   |   | ۴    |        | مشاهده         |                                                                                                                                                              |
|                                   | واحد تزریقات دارای مجوز می باشد                                                               |                  |   |   | ۳    |        | مشاهده         |                                                                                                                                                              |
| نیروی انسانی                      | متصدی تزریقات شرایط لازم جهت انجام تزریقات دارد.                                              |                  |   |   | ۲    |        | مشاهده مستندات | وجود پرستار ، بهیار ، پزشکیار و کاردان ها<br>کارشناسان گروه پیراپزشکی در واحد تزریقات<br>[مطابق با آیین نامه واحد تزریقات]                                   |
|                                   | افراد فاقد صلاحیت در مطب فعالیت نمی نمایند.                                                   |                  |   |   | ۳    |        | مشاهده مستندات | مشاهده فعالیت افراد بدون داشتن مدرک و<br>مجوزهای مرتبط در خصوص حجامت ، مراقبت<br>های پوستی ، بخیه و تزریقات                                                  |
| مراقبت و درمان                    | تزریقات ، سرم تراپی ، بخیه و پانسمان در مطب بدون داشتن واحد تزریقات انجام می شود.             |                  |   |   | ۱    |        | مشاهده مستندات |                                                                                                                                                              |
|                                   | اقدامات درمانی- تشخیصی غیر مجاز انجام نمی شود                                                 |                  |   |   | ۳    |        | مشاهده مستندات | مطابق دستورالعمل های ابلاغی وزارت بهداشت و<br>سایر مراجع ذی صلاح اقدام فاقد مجوز                                                                             |
| آموزش ، اطلاع رسانی و مدارک پزشکی | اندازه، تعداد و عناوین تابلو استاندارد می باشد.                                               |                  |   |   | ۳    |        | مشاهده مستندات | اندازه و تعداد تابلو مطابق با آیین نامه تابلو و<br>سرنسخه سازمان نظام پزشکی- درج حد اکثر ۳<br>عنوان در تابلو - عدم استفاده از عناوین مرکز و یا<br>پاراکلینیک |
|                                   | عناوین تابلو با سرنسخه و کارت ویزیت مطابقت دارد (سرنسخه ضمیمه گردد)                           |                  |   |   | ۲    |        | مشاهده مستندات | مشاهده همسان بودن عناوین تابلو و سرنسخه و<br>کارت ویزیت                                                                                                      |
|                                   | دفتر ثبت مشخصات جهت بیماران در واحد تزریقات وجود دارد                                         |                  |   |   | ۲    |        | مشاهده مستندات | ثبت نام و نام خانوادگی- سن- تاریخ و ساعت<br>مراجعه- نام آمپول یا سرم- نوع تزریق- نام مسئول<br>انجام تزریق- نام پزشک معالج - نرم افزار قابل<br>جایگزینی است   |
|                                   | برای کلیه مراجعین ، بخصوص بیماران مزمن (از جمله بیماران قلبی و فشار خون) پرونده تشکیل می شود. |                  |   |   | ۱    |        | مشاهده مستندات | ثبت نام و نام خانوادگی- سن- تاریخ و ساعت<br>وعلت مراجعه- اقدامات انجام شده- تشخیص<br>بیماری - نام و مهر پزشک در پرونده                                       |
| فضای فیزیکی                       | الزامات آیین نامه ضوابط و تسهیلات مطب در مرحله تاسیس رعایت گردیده است.                        |                  |   |   | ۲    |        | مشاهده مستندات | شرایط مطابق آیین نامه مذکور                                                                                                                                  |
|                                   | در فضای فیزیکی ، تغییری در مقایسه با پلان                                                     |                  |   |   | ۲    |        | مشاهده مستندات |                                                                                                                                                              |



|                                                               |  |  |  |   |  |                |                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------|--|--|--|---|--|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| موارد کنترل عفونت                                             |  |  |  |   |  |                |                                                                                                       |
| جهت استریل کردن وسایل از فور یا اتوکلاو کلاس B استفاده می شود |  |  |  | ۱ |  | مشاهده مستندات | وجود مستندات مربوط به کالیبراسیون فور یا اتوکلاو – وجود تست فور یا اتوکلاو                            |
| کپسول اطفاء حریق (با شارژ معتبر) وجود دارد                    |  |  |  | ۱ |  | مشاهده مستندات | وجود یک کپسول آتش نشانی ۴ کیلوگرمی با شارژ معتبر به ازاء هر ۵۰ متر مربع                               |
| پروانه مطب معتبر در معرض دید نصب می باشد                      |  |  |  | ۱ |  | مشاهده مستندات | مشاهده نصب پروانه در معرض دید مراجعین                                                                 |
| حفظ حریم خصوصی بیمار در زمان معاینه رعایت می شود.             |  |  |  | ۱ |  | مشاهده مستندات | عدم ویزیت همزمان چند بیمار – عدم وجود پارتیشن جهت جداسازی اتاقی معاینه – وجود پاراوان کنار تخت معاینه |
| تبلیغات غیر مجاز و یا همراه کننده وجود ندارد.                 |  |  |  | ۱ |  | مشاهده مستندات | انجام تبلیغات با اخذ مجوز لازم از سازمان نظام پزشکی – عدم وجود تبلیغات غیرمجاز و همراه کننده          |
| تعرفه های مصوب ابلاغی در معرض دید بیماران نصب است             |  |  |  | ۱ |  | مشاهده مستندات | رؤیت نصب تعرفه ها در معرض دید مراجعین در سالن انتظار                                                  |
| تعرفه های مصوب ابلاغی ، رعایت می گردد.                        |  |  |  | ۲ |  | مشاهده و بررسی | بررسی مستندات (دفاتر پذیرش و...) مبنی بر رعایت تعرفه های مصوب ابلاغی                                  |

|                                                                                                                                                                                                   |                                     |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------|
| <b>نظریه کارشناسی</b>                                                                                                                                                                             | ایرادات مشاهده شده :                |            |
|                                                                                                                                                                                                   | پیشنهاد اصلاحی و مداخلات قابل اجرا: |            |
| ضمن دریافت یک رونوشت از گزارش متعهد می شوم ظرف مدت ..... نواقص تذکر داده شده طبق مفاد چک لیست فوق را برطرف نموده و گزارش اقدامات اصلاحی را به صورت مکتوب به معاونت درمان دانشگاه ناظر تحویل دهم . |                                     |            |
| نام و نام خانوادگی بازدید شونده:                                                                                                                                                                  |                                     | امضا و مهر |
| نام و نام خانوادگی کارشناسان بازدید کننده :                                                                                                                                                       |                                     | امضا       |