چک لیست کشوری مرکز تخصصی طب کار

21

نام مرکز: تاریخ اعتبار پروانه بهره برداری:

نام و نام خانوادگی مسئول فنی: تاریخ اعتبار پروانه مسئول فنی :

آدرس پستی منطقه شهرداری:

تلفن ثابت و همراه :

تاریخ و ساعت بازدید :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| محور | عنوان | شاخص اندازه گیری | | | | | روش ارزیابی | |
| 0 | 1 | 2 | ضریب | امتیاز |
| مجوز | پروانه بهره برداری معتبر می باشد. |  |  |  | 4 |  | مشاهده |  |
| پزشک مسئول فنی دارای پروانه معتبر است.. |  |  |  | 4 |  | مشاهده |  |
| نیروی انسانی و  آموزش ،  اطلاع ر سانی و مدارک پزشکی | مسئول فنی حضور دارد. |  |  |  | 2 |  | مشاهده | حضور دائمی پزشک متخصص طب کار به عنوان مسئول فنی با پروانه معتبر |
| حداقل پرسنل مورد نیاز مرکز علاوه بر پزشک متخصص طب کار در مرکز شاغل هستند . |  |  |  | 2 |  | مشاهده | بررسی مستندات مربوط به پزشک عمومی با حداقل 25امتیاز باز آموزی مدون طب کار – کارشناس بهداشت حرفه ای – کارشناس شنوایی شناسی - منشی |
| اندازه ، تعداد و عناوین تابلو استانداردمی باشد. |  |  |  | 4 |  | مشاهده و  بررسی | حداکثر3 تابلو، اندازه تابلو حداکثر 50 در 70 با ذکر نام موسسه |
| عناوين تابلو با سرنسخه و کارت ویزیت مطابقت دارد (سرنسخه ضميمه گردد) |  |  |  | 2 |  | مشاهده و بررسی | همسان بودن عناوین تابلو و سربنسخه و کارت ویزیت |
| اخذ شرح حال و تشکیل پرونده برای بیماران صورت می گیرد |  |  |  | 2 |  | مشاهده مستندات | تشکیل پرونده برای بیماران با مهر و امضای پزشک |
| فضای فیزیکی | ساختار فيزيكي منطبق بر آخرین پلان و تاييد شده توسط معاونت درمان دانشگاه می باشد |  |  |  | 2 |  | مشاهده و  بررسی | مقایسه ساختار فیزیکی کنونی با نقشه تایید شده فضای فیزیکی در زمان تاسیس مرکز |
| پیشگیری و بهداشت | وضعيت نور ، تهويه و سيستمهاي برودتي/حرارتي و نظافت مرکز، مطابق استاندارد می باشد |  |  |  | 3 |  | مشاهده | وجود نور کافی و تهویه مطلوب در مرکز- وجود سیستم سرمایش و گرمایش مناسب |
| کپسول اطفاء حريق (با شارژ معتبر) وجود دارد |  |  |  | 2 |  | مشاهده و  بررسی | وجود یک کپسول آتش نشانی 4 کیلوگرمی با شارژمعتبر به ازاء هر 50 متر مربع |
| قرارداد حمل زباله عفوني با خدمات موتوری شهرداري وجود دارد |  |  |  | 2 |  | مشاهده مستندات | وجود قرارداد دفع پسماند عفونی معتبر |
| تجهیزات | تجهیزات مرکز تخصصی طب کار مطابق استاندارد است . |  |  |  | 3 |  | مشاهده و بررسی | وجود یک اطاقک اکوستیک به ابعاد 150 در 150 – دستگاه اودیومتری – اسپیرومتری دارای استاندارد ATS – دستگاه نوارقلب–چارت دید -کامپیوتر با تجهیزات جانبی–تخت و وسایل معاینه–پاراوان و سایر تجهیزات و ملزومات اداری |
| پارا کلینیک | تست های پارا کلینیکی مجاز در رشته تخصصی ( اودیولوژی – اسپیرومتری – سنجش بینایی و ....) انجام می شود. |  |  |  | 2 |  | مشاهده مستندات | مشاهده قرارداد منعقده جهت انجام تست های رادیوگرافی – آزمایش های تشخیص طبی با موسسات دارای مجوز در خارج از مرکز |
| رعایت حقوق گیرندگان خدمت | دستورالعمل ممنوعیت استعمال دخانیات ، پوستر منشور حقوق بیمار و نحوه رسیدگی به شکایات نصب می باشد. |  |  |  | 1 |  | مشاهده | مشاهده نصب دستورالعمل ممنوعیت استعمال دخانیات ، پوستر منشور حقوق بیمار و نحوه رسیدگی به شکایات در معرض دید مراجعین |
| پروانه هاي معتبر و ساعت فعالیت ، در معرض ديد مراجعين نصب می باشند |  |  |  | 1 |  | مشاهده |  |
| اصول محرمانگی ، حریم خصوصی والزامات طرح انطباق رعایت می گردد. |  |  |  | 1 |  | مشاهده | مطابق دستورالعمل ابلاغی |
| تبليغات غير مجاز و يا گمراه كننده وجود ندارد. |  |  |  | 1 |  | مشاهده | عدم وجود تبلیغات غیرمجاز و گمراه کننده |
| تعرفه | تعرفه های مصوب ابلاغی ، رعايت می گردد. |  |  |  | 2 |  | مشاهده و برزسی |  |
| تعرفه مصوب در معرض دید مراجعین نصب است. |  |  |  | 1 |  | مشاهده |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| نظریه کارشناس | 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 (ها) |