چک لیست کشوری مرکز تصویربرداری

25

 نام مؤسسه: تاریخ اعتبار پروانه بهره برداری:

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

نام و نام خانوادگی مسئول فیزیک بهداشت: تاریخ اعتبار تائیدیه مجوز کار با اشعه:

آدرس پستی و منطقه شهرداری: تلفن همراه مسئول فنی : تلفن ثابت مرکز:

 تاریخ و ساعت بازدید : **تجهیزات / نوع /تعداد**

رادیوگرافی آنالوگ🗆/DDR/DR/CR 🗆 ماموگرافی آنالوگ🗆 DR/CR 🗆 سنجش تراکم استخوان پری اپیکال🗆 پانورکس آنالوگ🗆 DR/CR 🗆 سونوگرافی🗆 سی تی اسکن مولتی اسلایس🗆 ام آرآی 🗆

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| محور | عنوان | شاخص اندازه گیری | روش ارزیابی | توضیحات |
| 0 | 1 | 2 | ضریب | امتیاز |
| مجوز | مرکز دارای پروانه معتبر می باشد |  |  |  | 4 |  | مشاهده |  |
| مسئولین فنی دارای پروانه معتبر می باشند. |  |  |  | 3 |  | مشاهده |  |
| نیروی انسانی ، قوانین و مستندات  | مسئول فیزیک بهداشت حداقل در یک شیفت کاری حضور دارد. |  |  |  | 2 |  | مشاهده |  |
| در مرکز تصویربرداری، مسئول فنی درتمام ساعات فعالیت بخش طبق پروانه حضور دارد. |  |  |  | 3 |  | مشاهده | حضور مسئول فنی بر اساس پروانه صادره یا پزشك جانشین معرفی شده به معاونت درمان طبق آئين نامه  |
| لیست پرتوپزشکان و پرتوکاران مطابق با اسامی اعلامی به معاونت درمان و مجوز کار با اشعه می باشد |  |  |  | 1 |  | مشاهده | بررسی مستندات مربوط به ارسال لیست پزشکان و پیراپزشکان به معاونت درمان و طبق مجوز کاربااشعه |
| پرتوکاران بخش ،فارغ التحصيل رشته تحصیلی مرتبط بانوع فعالیت خودمی باشند. |  |  |  | 2 |  | مشاهده | مطابق آیین نامه |
| مقررات ویژه پرتوکاران موضوع مفاد 20 از فصل پنجم قانون حفاظت در برابر اشعه رعایت می شود. |  |  |  | 2 |  | مشاهده | مطابق قانون حفاظت در برابر اشعه |
| مراقبت و درمان | فعالیت مرکز مطابق پروانه بهره برداری می باشد.. |  |  |  | 2 |  | مشاهده | شواهد و مستندات و در موارد مورد نیاز بازدید شب  |
| مشخصات دموگرافیک بیمار و مارکر مناسب با نوع خدمت در کلیشه ثبت میگردد. |  |  |  | 2 |  | مشاهده | نام و نام خانوادگی بیمار سن بیمار نام مرکز –تاریخ -استفاده از کد پرسنلی-مارکر (ماموگرافی: از nipple مارکر برای کلیه بیماران ،mole مارکر وscareمارکر در مواقع ضروری ولازم استفاده میشود.) - |
| بخشنامه پذیرش بیماران بالای 100 کیلوگرم رعایت می شود. |  |  |  | 2 |  | مشاهده | بخشنامه شماره 16198/400 مورخ 30/05/95 |
| کلیه اقدامات تشخیصی (اودژانس و غیر اورژانسی ) مرتبط با دستگاه های موجود انجام می پذیرد.  |  |  |  | 3 |  | مشاهده مستندات |  |
| ارزیابی کیفیت تصاویر توسط مسئول فنی انجام شده و اقدامات اصلاحی انجام میشود. |  |  |  | 1 |  | مشاهده مستندات | پزشک متخصص در بازه های زمانی مشخص کلیشه های تصویربرداری را ارزیابی کیفی نماید |
| اصول گزارش نویسی رعایت میشود. |  |  |  | 2 |  | مشاهده مستندات | شامل ثبت تاریخ و ساعت گرافی و گزارش –مشخصات بیمار-شرح حال بیمار-روش و نحوه پروسیجر –نام پزشک درخواست کننده و... |
| ارائه گزارش اورژانسی به فوریت و ارائه گزارش غیر اورژانسی حداکثر ظرف 48 ساعت برنامه ریزی و اجرا می شود. |  |  |  | 2 |  | مشاهده مستندات | مشاهده |
| سیستم PACS فعال در مرکز وجود دارد.  |  |  |  | 1 |  | مشاهده مستندات |  |
| کلیشه ی اقدام تشخیصی به صورت فیزیکی در اختیار بیمار قرار می گیرد.  |  |  |  | 2 |  | مشاهده مستندات | سی دی به همراه گزارش یا پرینت کلیشه کفایت می کند. |
| فرآیند تعيین دوز دارویی، محاسبه، و تجویز و تزریق داروها انجام، ثبت و توسط پزشک نظارت میشود. |  |  |  | 3 |  | مشاهده مستندات | تعیین دز ماده حاجب /دارو توسط پزشک متخصص صورت پذیرد و تزریق طبق شرح وظایف  |
| اقدامات تشخیصی درمانی مداخله ای با رعایت استاندارد انجام می پذیرد. |  |  |  | 3 |  | مشاهده مستندات | مطابق آیین نامه و قوانین/ الزامات کنترل عفونت ، رضایت آگاهانه و .... |
| ارائه خدمات نیازمند بیهوشی با حضور متخصص بیهوشی و در شرایط استاندارد ریکاوری و با تجهیزات استاندارد صورت می پذیرد. |  |  |  | 2 |  | مشاهده و بررسی | مشاهده و یا مستندات حضور و عملکرد پزشک بیهوشی |
| در سیستم پذیرش بیمار تمامی اطلاعات لازم ثبت می گردد. |  |  |  | 1 |  | مشاهده مستندات | ثبت نام و نام خانوادگی بیمار ، سن ، تاریخ و ساعت پذیرش و انجام خدمت ، نوع درخواست ، نام پزشک درخواست کننده ، نام کارشناس و پزشک  |
| شرح حال کامل از بیمار با توجه به نوع خدمت اخذ و ثبت و مورد استفاده قرار میگیرد . |  |  |  | 2 |  | مشاهده مستندات | علت مراجعه- سوابق درمانی و اقدامات انجام شده- تشخيص بيماري - نام و امضا بیمار و شرح حال گیرنده  |
| اطمینان از انجام آزمایشات و آمادگی های پزشکی لازم قبل از انجام خدمت حاصل می شود. |  |  |  | 3 |  | مشاهده مستندات |  Bun وCr در بیماران سی تی اسکن با ماده حاجب قبل از آزمون چک میشود. GFR بیمار توسط پزشک/ بخش درخواست کننده محاسبه میشود . |
| فضای فیزیکی | ساختار فيزيكي منطبق بر آخرین پلان 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 یا تمدید مجوز کاربا اشعه  |
| پیشگیری و بهداشت  | از لباس ، ملحفه و روانداز تميز و يكبار مصرف استفاده می شود |  |  |  | 1 |  | مشاهده | تميز بودن تخت استفاده از ملحفه و روبالشي يكبار مصرف جهت آن - تميز بودن روانداز و در اختيار قراردادن ملحفه جهت استفاده از روانداز(پتو) |
| معاینات دوره ای پرتوکاران انجام می شود.  |  |  |  | 2 |  | مشاهده مستندات |  |
| وضعيت نور ، تهويه و سيستمهاي برودتي/حرارتي و رعایت اصول بهداشتی، مناسب می باشد |  |  |  | 1 |  | مشاهده | وجود نور کافی و تهویه مطلوب در فضاهای مختلف - وجود سیستم سرمایش و گرمایش مناسب (غیر از بخاری گازسوز) –تهویه مناسب درصورت وجود تاریکخانه –مکندگی مناسب تهویه جهت خروج هوای یونیزه از اتاق های پرتوزا  |
| دارو و تجهیزات  | تجهیزات پرتویی موجود با مجوز کار با اشعه و پروانه مطابقت دارد  |  |  |  | 3 |  | مشاهده |  |
| ترالی اورژانس در قسمتهای مختلف مرکز تصویربرداری به طور جداگانه با تجهیزات کامل در دسترس مي باشد. |  |  |  | 2 |  | مشاهدهو بررسی | وجود ترالی احیاء به صورت کامل و با چیدمان استاندارد مجهز به پریز برق - وجود داروهای اورژانس به طور کامل و با تاریخ معتبر - وجود چک لیست کنترل ترالی و داروها در هر نوبت کاری تائید صحت عملکرد و امتحان دستگاه ( D/C شوک ، ECG ، ساکشن و ... ) و انجام کالیبراسیون دوره ای کلیه دستگاههای موجود و وجود لیبل یا گواهی های مربوطه /وجود کپسول اکسیژن آماده و ایمن به همراه مانومتر و ماسک اکسیژن یکبار مصرف و رعایت موارد کنترل عفونت/ عدم وجود داروهای غیر اورژانسی و تاریخ گذشته / امکانات و تجهیزات احیاء متناسب با بخش M R I موجود باشد  |
| فروش دارو و تجهیزات در مرکز انجام نمی گیرد. |  |  |  | 2 |  | مشاهده |  |
| نگاتوسکوپ سالم به تعداد کافی در محل های مناسب نصب گردیده باشد. |  |  |  | 1 |  | مشاهده |  |
| سيستم برق اضطراري و کپسول اطفاء حريق (با شارژ معتبر) وجود دارد |  |  |  | 2 |  | مشاهده | وجود سیستم برق اضطراری كارآمد - وجود یک کپسول آتش نشانی 4 کیلوگرمی با شارژمعتبر به ازاء هر 50 متر مربع یا سیستم اطفاء حریق مرکزی در دسترس |
| کلیه اتاقهای تصویربرداری مربوطه هر 6 ماه یکبار توسط مسئول فیزیک بهداشت از نظر دزیمتری بررسی مي شود. |  |  |  | 1 |  | مشاهده مستندات |  |
| وسایل حفاظتی از جمله شیلدهای مختلف و روپوش سربی در بخشهای مربوطه و تک تك اتاقهای گرافی موجود میباشد و کارکنان برای بیماران از آن استفاده می کنند |  |  |  | 2 |  | مشاهده |  |
| چراغ هشداردهنده هماهنگ بااکسپوز بر درب های اتاق های پرتوزانصب شده است. |  |  |  | 2 |  | مشاهده |  |
| دستورالعملهای حفاظتی مربوط به کارکنان ، مراجعین،زنان باردار و کودکان درموسسه نصب شده است. |  |  |  | 1 |  | مشاهده |  |
| گزارشات دوره ای فیلم بج موجود بوده و با پرسنل فعال مطابقت داشته و بررسی میشود. |  |  |  | 2 |  | مشاهده مستندات |  |
| رعایت حقوق گیرندگان خدمت | محرمانگی و حفظ حریم خصوصی انجام می شود. |  |  |  | 2 |  | مشاهده |  |
| 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 |
| سرویس بهداشتی با روشویی مناسب و رعایت ضوابط بهداشتی وجود دارد. |  |  |  | 2 |  | مشاهده |  |
| آب سردکن همرا با لیوان یکبار مصرف وجود دارد. |  |  |  | 2 |  | مشاهده |  |
| آموزش و آمادگی های لازم جهت خدمت تصویربرداری به بیمار داده میشود. |  |  |  | 2 |  | مشاهده | وجودبرگه های آموزشی و مصاحبه با بیمار |
| اتیکتهای خوانا همراه با اسم ومشخصات کلیه کارکنان و فیلم بچ پرتوکاران نصب می باشند |  |  |  | 1 |  | مشاهده | مشاهده نصب اتیکت شناسایی شامل نام خانوادگی و سمت ، توسط کلیه کارکنان  |
| تعرفه | تعرفه مصوب در معرض دید نصب شده است.  |  |  |  | 1 |  | مشاهده | مشاهده |
| تعرفه مصوب رعایت می شود. |  |  |  | 2 |  | مشاهده و بررسی | بررسی دریافتی ها  |
| مبلغ دریافتی در مرکز ثبت شده و رسید به بیمار تحویل داده میشود. |  |  |  | 2 |  | مشاهده | بررسی مستندات(دفاتر پذیرش و...) مبنی بر رعایت تعرفه های مصوب ابلاغی |

|  |  |
| --- | --- |
| 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) |