چک لیست کشوری مطب دندانپزشک عمومی / متخصص

5

 نام و نام خانوادگی دندانپزشک : تاریخ اعتبار پروانه مطب :

شماره نظام پزشکی (مندرج در پروانه) : ملی دارنده پروانه :

شماره و تاریخ اعتبار پروانه مطب : رشته مندرج در پروانه\*\*:

آدرس پستی و منطقه شهرداری: تلفن ثابت و همراه :

تاریخ و ساعت بازدید : ساعت و روزهای فعالیت :

شهرستان مجاز به فعالیت مندرج در پروانه مطب :

شرایط خاص \*: گرایش های مندرج در تابلو:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| محور | عنوان | شاخص اندازه گیری | روش ارزیابی | توضیحات |
| 0 | 1 | 2 | ضریب | امتیاز |
| مجوز | دندانپزشک دارای پروانه مطب معتبر مشغول به فعالیت می باشد. |  |  |  | 4 |  | مشاهده |  |
| لابراتوار (ها) پروتز دندانی همکار مطب دارای مجوز قانونی می باشد |  |  |  | 2 |  | مشاهده | رویت تصویر پروانه |
| نیروی انسانی  | افراد فاقد صلاحیت در مطب فعالیت نمی نمایند. |  |  |  | 3 |  | مشاهده و بررسی |  |
| دستیار دندانپزشکی آموزش دیده با رعایت ضوابط و با حضور دندانپزشک فعالیت میکند |  |  |  | 2 |  | مشاهده |  |
| اطلاع ر سانی و مدارک پزشکی | اندازه ، تعداد و عناوین تابلو استاندارد می باشد. |  |  |  | 2 |  | مشاهده | اندازه و تعداد تابلو مطابق با آئين نامه تابلو و سرنسخه سازمان نظام پزشكي- درج حد اکثر 3 عنوان در تابلو - عدم استفاده از عناوين مرکز و یا پاراكلينيك – عدم درج زیبایی |
| عناوين سر نسخه و کارت ویزیت مطابق پروانه می باشد (سرنسخه ضميمه گردد) |  |  |  | 2 |  | مشاهده و بررسی | مشاهده همسان بودن عناوین تابلو و سرنسخه و کارت ویزیت |
| دفتر ثبت مشخصات جهت بیماران وجود دارد |  |  |  | 2 |  | مشاهده | \* نرم افزار قابل جایگزینی است |
| برای تمامی مراجعین پرونده ( الکترونیکی و یا فیزیکی ) تشکیل می شود. |  |  |  | 2 |  | مشاهده مستندات | ثبت نام و نام خانوادگي- سن- تاريخ و ساعت و علت مراجعه- اقدامات انجام شده- تشخيص بيماري و طرح درمان- درج نام و مهر دندانپزشك و تعرفه در پرونده |
| فضای فیزیکی | الزامات آیین نامه ضوابط و تسهیلات مطب در مرحله تاسیس رعایت گردیده است. |  |  |  | 2 |  | مشاهده و بررسی | شرایط مطابق آیین نامه مذکور |
| پیشگیری و بهداشت | سوابق مصونيتن بر عليه هپاتيت B برای کادر درمانی وجود دارد |  |  |  | 3 |  | مشاهده مستندات | بررسی مستندات مربوط به مصونیت بر علیه هپاتيت B |
| مدیریت پسماندهاي نوك تيز و برنده (سفتي باكس) به شیوه صحیح انجام می پذیرد. |  |  |  | 2 |  | مشاهده و بررسی | تعويض به موقع safety box ( پس از پرشدن 4/3 safety box ) - درج تاريخ شروع استفاده بر روي safety box - نحوه OUT نمودن safety box |
| قرارداد حمل زباله عفوني با خدمات موتوری شهرداري وجود دارد |  |  |  | 1 |  | مشاهده مستندات | وجود قرارداد دفع پسماند عفونی معتبر |
| براي تميز كردن كف و سطوح از محلول ضدعفوني كننده مناسب استفاده می گردد. |  |  |  | 1 |  | مشاهده | وجود محلول های ضدعفوني سطوح کوچک و بزرگ - وجود محلول ضدعفوني سريع الاثر - استفاده صحيح از محلولهاي ضدعفوني |
| ضدعفونی ساکشن یونیت و اجزای مربوطه ، تری های قالب گیری و قالب ها قبل از ارسال انجام می گردد |  |  |  | 2 |  | مشاهده | مشاهده |
| سینک روشویی از سینک شستشوی ابزار مجزا می باشد |  |  |  | 2 |  | مشاهده | مشاهده |
| از روکش یونیت، پیش بند، دستکش يكبار مصرف، ماسک، عینک محافظ و روپوش پزشکی مناسب استفاده می شود |  |  |  | 1 |  | مشاهده | پوار آب و هوا، کلیدهای یونیت، دسته چراغ، سر ساکشن و ... |
| جهت شستشوی ابزار آلوده از وسایل حفاظت فردی استفاده می شود |  |  |  | 2 |  | مشاهده | دستکش و پنبه و پیش بند مناسب |
| دفع صحیح و اصولی آمالگام مازاد بر مصرف انجام می گردد |  |  |  | 1 |  | مشاهده | مطابق دستورالعمل های ابلاغی |
| اصول بهداشت دست رعایت می گردد |  |  |  | 2 |  | مشاهده | مشاهده |
| برساژ ابزار و وسایل قبل از ضدعفونی و استریلیزاسیون آنها بصورت صحیح انجام می شود. |  |  |  | 2 |  | مشاهده | مطابق دستورالعمل ابلاغی |
| سطل زباله درب دار و یا پدال دار با كيسه زباله زردرنگ جهت زباله هاي عفوني وجود دارد |  |  |  | 1 |  | مشاهده | وجود سطل های زباله درب دار پدالی به تعداد كافي - استفاده از كيسه زرد با آرم پرخطر جهت زباله هاي عفوني - استفاده از كيسه مشكي جهت زباله هاي غير عفوني - تخليه و شستشوي مرتب سطل هاي زباله |
| وضعيت نور ، تهويه و سيستمهاي برودتي/حرارتي و نظافت مطب ، مناسب می باشد |  |  |  | 1 |  | مشاهده | وجود نور کافی و تهویه مطلوب در مطب – کف و دیوار ها قابل شستشو – وجود روشویی - وجود سیستم سرمایش و گرمایش مناسب (غیر از بخاری گازسوز) |
| دارو و تجهیزات | دستگاه رادیوگرافی پری اپیکال استاندارد با رعایت دستور العمل های مربوطه موجود و مورد استفاده قرار می گیرد  |  |  |  | 2 |  | مشاهده | با رعایت استانداردهای مربوطه |
| تعداد یونیت بر اساس حداکثر مجاز مصوب می باشد |  |  |  | 2 |  | مشاهده | مطابق استاندارد |
| ست معاينه استریل در مطب وجود دارد. ( به تعداد کافی ) |  |  |  | 2 |  | مشاهده | مطابق استاندارد |
| ست درمان استاندارد به تعداد بیماران یک شیفت موجود می باشد |  |  |  | 2 |  | مشاهده | شامل سر توربین، آنگل، ایرموتور، هندپیس جراحی ، قلم کویترون ، ترمیمی، درمان ریشه و ... |
| ست احياء و داروهاي اورژانس ( emergency box) وجود دارد |  |  |  | 2 |  | مشاهده و بررسی | از جمله : لارنگوسكوپ ، آمبوبگ ، airway ، لوله تراشه ،آنژیوکت ،آمپولهاي هيدروكورتيزون ،آدرنالين ،آتروپين و ديازپام ، نالوکسان ، و پرل TNG ) و ... |
| كپسول اكسيژن سالم و پر با مانومتر سالم و ماسك تميز وجود دارد |  |  |  | 2 |  | مشاهده و بررسی | وجود کپسول اکسیژن آماده و ایمن به همراه مانومتر و ماسک اکسیژن یکبار مصرف و رعایت موارد کنترل عفونت |
| جهت استريل كردن وسايل صرفاً از اتوكلاو كلاس B استفاده می شود |  |  |  | 3 |  | مشاهده و بررسی | وجود مستندات و سوابق مربوط به کالیبراسیون اتوکلاو و تست اتوکلاو معتبر |
| کپسول اطفاء حريق (با شارژ معتبر) وجود دارد |  |  |  | 1 |  | مشاهده و بررسی | وجود یک کپسول آتش نشانی 4 کیلوگرمی با شارژ معتبر به ازاء هر 50 متر مربع |
| رعایت حقوق گیرندگان خدمت | پروانه مطب معتبر در معرض ديد نصب مي باشد |  |  |  | 1 |  | مشاهده | مشاهده نصب پروانه در معرض دید مراجعین |
| حفظ اصول محرمانگی ، حریم خصوصی و الزامات طرح انطباق رعایت می گردد. |  |  |  | 1 |  | مشاهده | مطابق دستورالعمل ابلاغی |
| تبليغات غير مجاز و يا گمراه كننده وجود ندارد. |  |  |  | 2 |  | مشاهده و بررسی | انجام تبليغات با اخذ مجوز لازم از سازمان نظام پزشكي - عدم وجود تبلیغات غیرمجاز و گمراه کننده |
| اقدامات درمانی- تشخیصی غیر مجاز انجام نمی شود |  |  |  | 3 |  | مشاهده | مطابق دستورالعمل های ابلاغی وزارت متبوع و سایر مراجع ذی صلاح اقدام فاقد مجوز یا فرد فاقد صلاحیت |
| تعرفه | تعرفه های مصوب ابلاغی در معرض ديد بيماران نصب است |  |  |  | 1 |  | مشاهده | رؤیت نصب تعرفه ها در معرض دید مراجعین در سالن انتظار |
| تعرفه های مصوب ابلاغی وزارت متبوع ، رعايت می گردد. |  |  |  | 3 |  | مشاهده و بررسی | بررسی مستندات (دفاتر پذیرش و ...) مبنی بر رعایت تعرفه های مصوب ابلاغی و وزارت متبوع |

|  |  |
| --- | --- |
| نظریه کارشناس | اشکالات مشاهده شده : |
| پیشنهادات اصلاحی : |
| 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 و تاریخ : |
| نام و نام خانوادگی کارشناسان بازدید کننده : | امضا (ها) |