



اداره امور درمان دانشگاه علوم پزشکی تبریز
فرم بازدید دفاتر نگهداری و رژیم درمانی

تاریخ بازدید:

مشخصات مرکز:

نام و نام خانوادگی مونس: نام و نام خانوادگی مسئول فنی مرکز:

شماره پروانه و تاریخ اعتبار آن:

نشانی محل کار و شماره تلفن تماس:

نوع و محل استقرار مرکز: ☐ استیجاری ☐ شخصی ☐ منزل
☐ زیر زمین ☐ همکف ☐ طبقه ☐ مشترک ☐ مستقل

۱- نحوه مراجعه بیماران به چه صورت می باشد؟ ☐ مستقیم ☐ غیر مستقیم (ارجاعی) ☐

۲- آیا نسبت به تشکیل پرونده بیمار (مشخصات، روند درمانی) و بایگانی آن اقدام شده است؟
☐ بلی ☐ خیر

۳- آیا غیر از مکمل ها (ویتامین و املاح) داروهای دیگری تحویل می گردد؟ ☐ بلی ☐ خیر

۴- آیا غیر از مشاوره چهره به چهره از ابزار دیگری نظیر سرم افزار CD و کتات و... استفاده می گردد؟ ☐ بلی ☐ خیر

۵- آیا تعرفه های قانونی رعایت میشود؟ ☐ بلی ☐ خیر

۶- آیا غیر از مسئول فنی دفتر افراد دیگری در امر مشاوره دخالت دارند؟ ☐ بلی ☐ خیر

۷- آیا استاندارد نابلو ها از نظر ابعاد و درج عناوین رعایت شده است ؟ بلی ☐ خیر ☐

۸- فضای فیزیکی اتاق مشاوره از نظر ابعاد و اصول بهداشتی مناسب می باشد ؟ بلی ☐ خیر ☐

۹- آیا محل از وسایل گرمازا و خنک کننده مناسب برخوردار می باشد ؟ بلی ☐ خیر ☐

۱۰- آیا فضای فیزیکی سالن انتظار از نظر ابعاد ، اصول بهداشتی و رفاه مراجعین مناسب می باشد ؟ بلی ☐ خیر ☐

۱۱- آیا حداقل تجهیزات تشخیصی و معاینه فراهم شده است ؟ بلی ☐ خیر ☐

۱۲- آیا همکاری مطوب با کارشناس نظارت بعمل می آید ؟ بلی ☐ خیر ☐

توضیحات و نظر بدنی کارشناس بازدید کننده :-----

نام و امضاء کارشناس امور درمان

نام و امضاء مسئول کمی مرکز