



بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز

چک لیست نظارت بر مراکز ارائه خدمات و مراقبت بالینی در منزل

نام مرکز آدرس تلفن تاریخ بازدید ساعت بازدید

مسئولین فنی : صبح عصر شب

- | بلي | خیر | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| ☐ | ☐ | 1- آیا پروانه های تاسیس مرکز و مسئولین فنی در محل نصب شده و دارای اعتبار میباشد ؟ |
| ☐ | ☐ | 2- آیا برنامه پزشکان و پیراپزشکان در مرکز نصب شده است ؟ |
| ☐ | ☐ | 3- آیا نحوه حضور مسئولین فنی در مرکز مناسب میباشد ؟ |
| ☐ | ☐ | 4- آیا تصویر مدرک تحصیلی و مجوز اشتغال پرسنل فنی در مرکز وجود دارد ؟ |
| ☐ | ☐ | 5- آیا تعرفه های ابلاغی در محل نصب شده و صورت حساب به مراجعه کننده ارائه میشود ؟ |
| ☐ | ☐ | 7- آیا تابلوها ، سربرگها ، مهر با آئین نامه ها مطابقت دارد ؟ |
| ☐ | ☐ | 8- آیا عدم ارائه خدمات تزریقات و پانسمان و ویزیت در مرکز رعایت میگردد ؟ |
| ☐ | ☐ | 9- آیا محل مناسب برای بایگانی پرونده ها وجود دارد ؟ |
| ☐ | ☐ | 10- آیا مرکز مجهز به به دو خط تلفن مستقل و رایانه و چاپگر و مودم میباشد ؟ |
| ☐ | ☐ | 11- آیا مرکز دارای قرارداد همکاری با درمانگاه و بیمارستان میباشد ؟ |
| ☐ | ☐ | 12- آیا اسامی پزشکان و پیراپزشکان که با مرکز همکاری مینمایند به معاونت درمان اعلام میگردد ؟ |
| ☐ | ☐ | 13- آیا آمار فعالیت ماهانه مرکز به تفکیک خدمات ارائه شده به معاونت درمان ارسال میگردد ؟ |
| ☐ | ☐ | 14- آیا فرم شماره 1 مختص ثبت اطلاعات بیماران در اولین ویزیت بیماران تکمیل میگردد ؟ |
| ☐ | ☐ | 15- آیا فرم شماره 2 مختص ثبت مشخصات پزشکان و پیراپزشکان طرف قرارداد با مرکز تکمیل میگردد ؟ |
| ☐ | ☐ | 16- آیا فرم شماره 6 مختص ثبت نمونه قرارداد منعقد بین خدمت گیرندگان و مراکز تکمیل میگردد ؟ |
| ☐ | ☐ | 17- آیا فرم شماره 4 مختص ارزیابی اولیه مددخواه برای خدمات پیراپزشکی مدت دار تکمیل میگردد ؟ |
| ☐ | ☐ | 18- آیا فرم شماره 5 مختص متقاضیان همکاری با مرکز تکمیل میگردد ؟ |

نظریه کارشناسی :