



فرم بازدید و بازرسی از محل کار بهداران تجربی دندان

نام و نام خانوادگی..... تاریخ بازدید ساعت بازدید.....

آدرس..... تلفن ساعت حضور.....

الف - کنترل عفونت :

خبر

بلی

۱- آیا در محل کار اتوکلاو وجود دارد و از آن استفاده میشود؟

۲- آیا متصدی محل از روپوشی تمیز استفاده میکند؟

۳- آیا توربین کافی به نسبت بیماران روزانه در محل وجود دارد؟

۴- آیا متصدی محل دارای کارت واکسیناسیون هپاتیت B میباشد؟

۵- آیا قالبهای پروتزی قبل از گچ ریزی بدرستی ضدعفونی میشوند؟

۶- آیا سطل زباله بهداشتی در بدار و کیسه زباله در محل وجود دارد؟

۷- آیا وضعیت بهداشتی کف، کراشوار، یونیت و محل مناسب است؟

۸- آیا متصدی محل در هنگام معاینه بیماران از ماسک و دستکش استفاده میکند؟

۹- آیا وسایل یکبار مصرف بمقدار کافی در محل وجود دارد؟

۱۰- آیا برای تمام بیماران پرونده و سابقه مراجعات تشکیل میگردد؟

۱۱- آیا ستهای ترمیم و کشیدن با توجه به تعداد بیماران در محل وجود دارد؟

۱۲- آیا وسایل تیز و برنده (آلوده خطر ناک) بطور صحیح جمع آوری میشود؟

۱۳- آیا سینکهای شستشو و سرویس بهداشتی و محلولهای ضدعفونی مناسب وجود دارد؟

۱۴- آیا محل کار دارای تهویه و تجهیزات حرارتی و برودتی مناسب میباشد؟

ب - ضوابط و مقررات

آیا گواهینامه قبولی در محل نصب شده است؟

آیا تعرفه های ابلاغی در محل نصب شده است؟

آیا مساحت و فضای فیزیکی محل مناسب است؟

آیا وسایل اطفاء حریق در محل وجود دارد؟

آیا تابلوها، سربرگها، و مهر با آیین نامه ها مطابقت دارد؟

آیا مواردی از دخالت غیر مجاز یا وسایل غیر مجاز یا افراد غیر مجاز در محل وجود دارد؟

با توجه به موارد فوق الذکر :

۱- به نامبرده در خصوص اصلاح موارد فوق الذکر به مدت روز مهلت داده میشود تا پس از اصلاح موارد کتبا" به اداره درمان اعلام نمایند

۲- با توجه به سوابق قبلی مراتب جهت رسیدگی به مراجع قضایی منعکس گردد.

۳- با توجه به سوابق و تکرار تخلفات محل لاک و مهر و تعطیل گردید. صورتجلسه لاک و مهر ضمیمه میباشد.