



فرم بازدید و بازرسی از محل کار دندانسازان تبصره 5

نام و نام خانوادگی متصدی محل تاریخ بازدید ساعت بازدید.....

آدرس تلفن ساعت حضور.....

الف - کنترل عفونت :

- | بلی | خیر | |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۱- آیا تهویه محل مناسب میباشد؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۲- آیا متصدی محل از روپوش تمیز استفاده میکند؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۳- آیا مواد قالب گیری کافی به نسبت بیماران روزانه در محل وجود دارد؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۴- آیا قالبهای پروتزی قبل از گچ ریزی بدرستی ضد عفونی میشوند؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۶- آیا سطل زباله بهداشتی در بدار و کیسه زباله در محل وجود دارد؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۷- آیا وضعیت بهداشتی کف، کراشوار، یونیت و محل مناسب است؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۸- آیا متصدی محل در هنگام معاینه بیماران از ماسک و دستکش استفاده میکند؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۹- آیا وسایل یکبار مصرف بمقدار کافی در محل وجود دارد؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۱۰- آیا متصدی محل دارای کارت واکسیناسیون هپاتیت B میباشد؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۱۳- آیا سینکهای شستشو و سرویس بهداشتی و محلولهای ضد عفونی مناسب وجود دارد؟ |

ب - ضوابط و مقررات

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۱. آیا پروانه در محل نصب شده است؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۲. آیا تعرفه های ابلاغی در محل نصب شده است؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۳. آیا مساحت و فضای فیزیکی محل مناسب است؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۴. آیا وسایل اطفاء حریق در محل وجود دارد؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۵. آیا تابلوها، سربرگها، و مهر با آیین نامه ها مطابقت دارد؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۶. آیا مواردی از دخالت غیر مجاز یا وسایل غیر مجاز یا افراد غیر مجاز در محل وجود دارد؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۷. آیا قالبها و سفارشات لابراتوار از بیرون پذیرفته میشود؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۸. آیا برای تمام بیماران پرونده و سوابق بایگانی میگردد؟ |

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.

ملاحظات :