



فرم بازدید و بازرسی از محل کار کمک دندانپزشکان تجربی

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 **روپوش** 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 **پروانه** 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 **تابلوه، 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 گردد. صورتجلسه لاک و مهر ضمیمه میباشد.