



فرم بازدید و بازرسی از مطب دندانپزشکان

نام و نام خانوادگی آقای / خانم دکتر تاریخ بازدید ساعت بازدید
آدرس تلفن ساعت حضور

الف - کنترل عفونت :

خبر

بلی

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۱- آیا در محل کار اتوکلاو وجود دارد و از آن بطور صحیح استفاده میشود؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۲- آیا از روپوش، دستکش، ماسک و عینک تمیز استفاده میکند؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۳- آیا توربین کافی و ستهای لازم به نسبت بیماران روزانه در محل وجود دارد؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۴- آیا دندانپزشک و دستیار مطب واکسیناسیون هپاتیت B انجام داده اند؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۵- آیا مطب دارای داروهای اورژانسی و ست احیاء مناسب میباشد؟ |
| <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 در مطب دستگاه رادیوگرافی موجود است؟ |
| <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 برای تمام بیماران پرونده و سابقه مراجعات تشکیل میگردد؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۱۱- آیا ستهای ترمیم و کشیدن با توجه به تعداد بیماران در محل وجود دارد؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۱۲- آیا وسایل تیز و برنده (آلوده خطر ناک) مواد زاید آلوده بطور صحیح جمع آوری میشود؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۱۳- آیا سینکهای شستشو و سرویس بهداشتی و محلولهای ضد عفونی مناسب وجود دارد؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۱۴- آیا محل کار دارای تهویه و تجهیزات حرارتی و برودتی مناسب میباشد؟ |

ب - ضوابط و مقررات

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | آیا پروانه در محل نصب شده است؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | آیا تعرفه های ابلاغی در محل نصب شده است؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | آیا مساحت و فضای فیزیکی مطب مناسب است؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | آیا وسایل اطفاء حریق در محل وجود دارد؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | آیا تابلوها، سربرگها، و مهر با آیین نامه ها مطابقت دارد؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | آیا مطب دارای اطاق انتظار جداگانه و سرویس بهداشتی مناسب میباشد؟ |

نظریه کارشناس :

- تشویق تذکر شفاهی تذکر کتبی دعوت به مذاکره درج در پرونده ارجاع به تعزیرات
 ارجاع به نظام پزشکی پیگیری پلمپ

توضیحات :