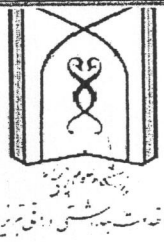


دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز (معاونت درمان)

فرم بازدید و بازرسی از واحد تزریقات و بانسمان



نام و نام خانوادگی: متصدی محل پزشک مسئول ساعت حضور

آدرس تلفن ساعت بازدید تاریخ بازدید

الف - محور کنترل عفونت و ضوابط بهداشتی:

- | بله | خیر |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ب - محور ضوابط و مقررات

11- آیا پروانه معتبر در محل نصب شده است؟

12- آیا تعرفه های ابلاغی در محل نصب شده و طبق بخشنامه ها اجرا می شود؟

13- عضلانی وریدی اصل سرم از

14- آیا مساحت و فضای فیزیکی محل از نظر نور تهویه مناسب بوده و وسایل اطفاء حریق در محل وجود دارد؟

15- آیا تجهیزات کافی، کپسول اکسیژن وست احیاء و داروهای اورژانس در محل وجود دارد؟

16- آیا واحد تحت نظر پزشک مسئول فنی بوده و در زمان فعالیت واحد حضور دارد؟

17- آیا /محل دارای اطاق انتظار جداگانه و سرویس بهداشتی مناسب میباشد؟

18- آیا تابلوهای محل کار با آیین نامه ها مطابقت دارد؟

19- آیا حداقل دو تخت معاینه برای تزریقات که به نحو مطلوب مجزا شده وجود دارد؟

توضیحات:

Empty box for notes.

نظریه کارشناس:

- | | | | | |
|--|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1- پیشنهاد تشویق به کمیته نظارت | <input type="checkbox"/> 2- تذکر شفاهی | <input type="checkbox"/> 3- تذکر کتبی | <input type="checkbox"/> 4- دعوت به مذاکره | <input type="checkbox"/> 5- درج تخلف در پرونده |
| <input type="checkbox"/> 6- ارجاع به تعزیرات | <input type="checkbox"/> 7- ارجاع به نظام پزشکی | <input type="checkbox"/> 8- لزوم پیگیری مجدد | <input type="checkbox"/> 9- پلمپ و تعطیلی محل | |
| کارشناسان درمان | پزشک مسئول فنی | مهر و امضاء | متصدی محل | امضاء |
| -1 | -2 | | | |