



شرایط لازم جهت صدور مجوز تزریقات و پانسمان تحت نظر پزشک

متقاضیان واجد شرایط تاسیس واحد شامل گروههای زیر میباشد :

(۱) کلیه پزشکانی که دارای پروانه معتبر محل میباشند .

(۲) کلیه فارغ التحصیلان کاردانی و کارشناسی و مقاطع بالاتر رشته های پرستاری و مامایی و اطاق عمل ، بیهوشی و فوریتهای پزشکی که طرح و تعهدات قانونی خود را انجام داده باشند .

(۳) کلیه افرادی که دارای مدرک پزشکیاری بوده و حداقل ۳ سال سابقه کار مورد تأیید معاونت داشته باشند .

تبصره : در خصوص کادر نیروهای مسلح داشتن سمت پزشکیاری که به تأیید بالاترین مقام سازمان مربوطه رسیده باشد معادل مدرک پزشکیاری محاسبه خواهد شد .

(۴) دارندگان دیپلم بهیاری و مددیاری پزشکی که تا تاریخ ۸۶/۹/۱۷ دوره سه ساله آموزش و پرورش را گذرانده و مدرک دریافت نموده اند و حداقل سه سال سابقه کار در مراکز درمانی و اورژانس که به تأیید معاونت رسیده باشد را ارائه نمایند.

(۵) کاردانهای بهداشت عمومی (با گرایش مبارزه با بیماریها) و مقاطع بالاتر که دوره آموزشی تزریقات و پانسمان را در مراکز مورد تأیید معاونت گذرانده و سه سال سابقه کار مورد تأیید معاونت درمان در مراکز درمانی و اورژانس دارند .

مدارک لازم جهت پزشکان مسئول فنی و پیراپزشکان ، واحد تزریقات و پانسمان

الف : مدارک پزشک مسئول فنی

۱) درخواست کتبی (معرفی فرد واجد شرایط به معاونت درمان توسط پزشک مسئول فنی جهت صدور مجوز تزریقات و پانسمان با ذکر شماره تماس پزشک و آدرس مطب)

۲) ارائه پروانه مطب معتبر محل و تأیید معاونت درمان مبنی بر دایر بودن مطب

۳) گواهی عدم اعتیاد

۴) گواهی صحت با آزمایشهای HIV-HBS-HCV

۵) کپی کارت ملی

۶) فرم قبول مسئولیت فنی

ب: مدارک پیراپزشکان (متصدی تزریقات)

۱) درخواست متصدی تزریقات و پانسمان با ذکر شماره تماس متصدی و آدرس مطب

۲) ارائه پروانه دائم در مورد رشته هایی که پروانه دار هستند .

۳) اصل و کپی گواهی پایان طرح و تعهدات قانونی یا معافیت از طرح

۴) اصل و کپی گواهی پایان خدمت نظام وظیفه عمومی یا معافیت از آن (برای آقایان)

۵) گواهی عدم اعتیاد

۶) گواهی صحت با آزمایشهای HIV-HBS-HCV

۷) ارائه اصل و کپی کارت ملی

۸) ارائه عدم سوء پیشینه کیفری

۹) اصل و کپی شناسنامه

۱۰) تکمیل فرم مشخصات

۱۱) ارائه اصل و کپی مدرک بهیاری و پرستاری و پزشکیاری و مامایی و اطلاق عمل و بیهوشی و فوریتهای پزشکی

۱۲) دو قطعه عکس

فرم کنترل مسئول فنی تکراری

آقای / خانم دکتر ----- جهت مسئولیت فنی تزریقات و پانسمان

برای آقای / خانم -----

تا کنون مسئول فنی کسی نبوده اند .

مسئول فنی افراد به ذیل زیر بوده اند :

۱- به مشخصات

۲- به مشخصات

۳- به مشخصات

تکمیل این فرم جهت صدور و تمدید مجوز الزامی می باشد .

فرم تقبل مسؤلیت فنی واحد تزریقات و پانسمان

بسمه تعالی

مدیریت محترم امور درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز

سلام علیکم :

احتراماً اینجانب آقای / خانم دکتر -----

دارای مدرک تحصیلی ----- فارغ التحصیل از دانشگاه -----

در سال ----- به آدرس مطب -----

ساعات کار مطب ----- متقاضی صدور مجوز تاسیس واحد تزریقات و پانسمان در مطب اینجانب

با تصدی خانم / آقای ----- دارای مدرک تحصیلی -----

می باشم و ضمن تأیید صلاحیت اخلاقی و کاری ایشان متعهد می شوم که علاوه بر نظارت دقیق قوانین و تعرفه های

مصوب را کاملاً رعایت نمایم و مسؤلیت کلیه امور مربوط به واحد تزریقات و پانسمان بر عهده اینجانب می باشد ،

بدیهی است در صورت انصراف از مسؤلیت فنی نامبرده ، و هر گونه تغییر آدرس تزریقات جهت سلب مسؤلیت از

اقدامات متعاقب آن ، مراتب را در اولین فرصت به صورت کتبی به اداره امور درمان اطلاع خواهم داد .

مهر و امضاء پزشک

تاریخ :

لیست مدارک لازم برای تمدید مجوز تزریقات و پانسمان

۱- درخواست تمدید (توسط متصدی تزریقات و پانسمان با ذکر آدرس مطب و شماره تماس)

۲- تکمیل فرم مشخصات توسط متصدی واحد تزریقات و پانسمان

۳- تکمیل فرم تقبل مسئولیت فنی توسط پزشک

۴- تکمیل فرم کنترل مسئول فنی تکراری

۵- ارائه برگ بازدید و نظریه کارشناسی

۶- اصل مجوز

۷- تست مرفین متصدی تزریقات و پانسمان

۸- گواهی صحت با آزمایشهای HIV-HBS-HCV (متصدی تزریقات و پانسمان)

۹- پروانه معتبر پزشک مسئول فنی اصل و کپی

فرم مشخصات متقاضیان صدور مجوز واحدهای تزریقات و پانسمان

مشخصات عمومی

نام	۱- نام خانوادگی	۲- نام پدر	۳- نام پدر
شماره شناسنامه	۴- متولد	۵- صادره	۶- صادره

مشخصات تحصیلی :

دارای مدرک تحصیلی	۷- از دانشگاه علوم پزشکی /مجتمع آموزشی	۸- سال فراغت از تحصیل	۹- سال فراغت از تحصیل
-------------------	--	-----------------------	-----------------------

مشخصات پزشک مسئول :

نام و نام خانوادگی	۱۰- شماره نظام پزشکی	۱۱- تخصص	۱۲- شماره تلفن مطب	۱۳- آدرس مطب
--------------------	----------------------	----------	--------------------	--------------

مشخصات واحد تزریقات و پانسمان :

نام واحد	۱۴- مساحت واحد	۱۵- شماره تلفن محل	۱۶- آدرس محل تزریقات	۱۷- آدرس منزل
شماره تلفن منزل	شماره موبایل	ساعات کاری		

اینجانب متصدی واحد تزریقات و پانسمان صحت مطالب بالا را تأیید و متعهد می گردم

تغییر آدرس و تغییر پزشک مسئول و تعطیلی مطب و هر گونه تغییرات دیگر را در اولین فرصت به اطلاع اداره امور درمان برسانم و مجوز

صادر شده را تحویل واحد صدور پروانه نمایم ، در غیر اینصورت در مقابل هر گونه تصمیم اداره امور درمان اعتراضی نخواهم داشت .

امضاء و اثر انگشت متقاضی