

چک لیست کشوری مطب دندانپزشک عمومی / متخصص

تاریخ اعتبار پروانه مطب :

ملی دارنده پروانه :

رشته مندرج در پروانه: **

تلفن ثابت و همراه :

ساعت و روزهای فعالیت:

نام و نام خانوادگی دندانپزشک :

شماره نظام پزشکی (مندرج در پروانه) :

شماره و تاریخ اعتبار پروانه مطب :

آدرس پستی و منطقه شهرداری:

تاریخ و ساعت بازدید :

شهرستان مجاز به فعالیت مندرج در پروانه مطب :

شرایط خاص :*

گرایش های مندرج در تابلو:

| توضیحات | روش ارزیابی | شاخص اندازه گیری | | | | عنوان | محور |
|---|----------------|------------------|------|---|---|--|---------------------------|
| | | امتیاز | ضریب | ۲ | ۱ | | |
| | مشاهده | | ۴ | | | دندانپزشک دارای پروانه مطب معتبر مشغول به فعالیت می باشد. | مجوز |
| رویت تصویر پروانه | مشاهده | | ۲ | | | لابراتوار (ها) پروتز دندانی همکار مطب دارای مجوز قانونی می باشد | |
| | مشاهده و بررسی | | ۳ | | | افراد فاقد صلاحیت در مطب فعالیت نمی نمایند. | نیروی انسانی |
| | مشاهده | | ۲ | | | دستیار دندانپزشکی آموزش دیده با رعایت ضوابط و با حضور دندانپزشک فعالیت میکند | |
| اندازه و تعداد تابلو مطابق با آئین نامه تابلو و سرنسخه سازمان نظام پزشکی - درج حد اکثر ۳ عنوان در تابلو - عدم استفاده از عناوین مرکز و یا پاراکلینیک - عدم درج زیبایی | مشاهده | | ۲ | | | اندازه ، تعداد و عناوین تابلو استاندارد می باشد. | اطلاع رسانی و مدارک پزشکی |
| مشاهده همسان بودن عناوین تابلو و سرنسخه و کارت ویزیت | مشاهده و بررسی | | ۲ | | | عناوین سر نسخه و کارت ویزیت مطابق پروانه می باشد (سرنسخه ضمیمه گردد) | |
| * نرم افزار قابل جایگزینی است | مشاهده | | ۲ | | | دفتر ثبت مشخصات جهت بیماران وجود دارد | |
| ثبت نام و نام خانوادگی - سن - تاریخ و ساعت و علت مراجعه - اقدامات انجام شده - تشخیص بیماری و طرح درمان - درج نام و مهر دندانپزشک و تعرفه در پرونده | مشاهده مستندات | | ۲ | | | برای تمامی مراجعین پرونده (الکترونیکی و یا فیزیکی) تشکیل می شود. | فضای فیزیکی |
| شرایط مطابق آیین نامه مذکور | مشاهده و بررسی | | ۲ | | | الزامات آیین نامه ضوابط و تسهیلات مطب در مرحله تاسیس رعایت گردیده است. | |
| بررسی مستندات مربوط به مصونیت بر علیه هیاتیت B | مشاهده مستندات | | ۳ | | | سوابق مصونیت بر علیه هیاتیت B برای کادر درمانی وجود دارد | |

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|----------------|--|
| مدیریت پسماندهای نوک تیز و برنده (سفتی باکس) به شیوه صحیح انجام می پذیرد. | | | | | ۲ | مشاهده و بررسی | تعیین به موقع safety box (پس از پرسیدن safety box ۳/۴) - درج تاریخ شروع استفاده بر روی safety box - نحوه OUT نمودن safety box |
| قرارداد حمل زباله عفونی با خدمات موتوری شهرداری وجود دارد | | | | | ۱ | مشاهده مستندات | وجود قرارداد دفع پسماند عفونی معتبر |
| برای تمیز کردن کف و سطوح از محلول ضدعفونی کننده مناسب استفاده می گردد. | | | | | ۱ | مشاهده | وجود محلول های ضدعفونی سطوح کوچک و بزرگ - وجود محلول ضدعفونی سریع الاثر - استفاده صحیح از محلولهای ضدعفونی |
| ضدعفونی ساکشن یونیت و اجزای مربوطه ، تری های قالب گیری و قالب ها قبل از ارسال انجام می گردد | | | | | ۲ | مشاهده | مشاهده |
| سینک روشویی از سینک شستشوی ابزار مجزا می باشد | | | | | ۲ | مشاهده | مشاهده |
| از روکش یونیت، پیش بند، دستکش یکبار مصرف، ماسک، عینک محافظ و روپوش پزشکی مناسب استفاده می شود | | | | | ۱ | مشاهده | پوار آب و هوا، کلیدهای یونیت، دسته چراغ، سر ساکشن و ... |
| جهت شستشوی ابزار آلوده از وسایل حفاظت فردی استفاده می شود | | | | | ۲ | مشاهده | دستکش و پنبه و پیش بند مناسب |
| دفع صحیح و اصولی آمالگام مازاد بر مصرف انجام می گردد | | | | | ۱ | مشاهده | مطابق دستورالعمل های ابلاغی |
| اصول بهداشت دست رعایت می گردد | | | | | ۲ | مشاهده | مشاهده |
| برساز ابزار و وسایل قبل از ضدعفونی و استریلیزاسیون آنها بصورت صحیح انجام می شود. | | | | | ۲ | مشاهده | مطابق دستورالعمل ابلاغی |
| سطل زباله درب دار و یا پدال دار با کیسه زباله زرد رنگ جهت زباله های عفونی وجود دارد | | | | | ۱ | مشاهده | وجود سطل های زباله درب دار پدالی به تعداد کافی - استفاده از کیسه زرد با آرم پرخطر جهت زباله های عفونی - استفاده از کیسه مشکی جهت زباله های غیر عفونی - تخلیه و شستشوی مرتب سطل های زباله |
| وضعیت نور ، تهویه و سیستمهای برودتی/حرارتی و نظافت مطب ، مناسب می باشد | | | | | ۱ | مشاهده | وجود نور کافی و تهویه مطلوب در مطب - کف و دیوار ها قابل شستشو - وجود روشویی - وجود سیستم سرمایش و گرمایش مناسب (غیر از بخاری گازسوز) |
| دستگاه رادیوگرافی پری اپیکال استاندارد با رعایت دستور العمل های مربوطه موجود و مورد استفاده قرار می گیرد | | | | | ۲ | مشاهده | با رعایت استانداردهای مربوطه |
| تعداد یونیت بر اساس حداکثر مجاز مصوب می باشد | | | | | ۲ | مشاهده | مطابق استاندارد |

پیشگیری و بهداشت

دارو و تجهیزات

| | | | | | | | |
|--|----------------|--|---|--|--|--|-------------------------------------|
| مطابق استاندارد | مشاهده | | ۲ | | | ست معاینه استریل در مطب وجود دارد. (به تعداد کافی) | |
| شامل سر توربین، انگل، ایرموتور، هندپیس جراحی ، قلم کویترون ، ترمیمی، درمان ریشه و ... | مشاهده | | ۲ | | | ست درمان استاندارد به تعداد بیماران یک شیفت موجود می باشد | |
| از جمله : لارنگوسکوپ ، آمبوگ ، airway ، لوله تراشه ، آنژیوکت ، آمپولهای هیدرو کورتیزون ، آدرنالین ، آتروپین و دیازپام ، نالوکسان ، و پرل (TNG) و ... | مشاهده و بررسی | | ۲ | | | ست احیاء و داروهای اورژانس (emergency box) وجود دارد | |
| وجود کپسول اکسیژن آماده و ایمن به همراه مانومتر و ماسک اکسیژن یکبار مصرف و رعایت موارد کنترل عفونت | مشاهده و بررسی | | ۲ | | | کپسول اکسیژن سالم و پر با مانومتر سالم و ماسک تمیز وجود دارد | |
| وجود مستندات و سوابق مربوط به کالیبراسیون اتوکلاو و تست اتوکلاو معتبر | مشاهده و بررسی | | ۳ | | | جهت استریل کردن وسایل صرفاً از اتوکلاو کلاس B استفاده می شود | |
| وجود یک کپسول آتش نشانی ۴ کیلوگرمی با شارژ معتبر به ازاء هر ۵۰ متر مربع | مشاهده و بررسی | | ۱ | | | کپسول اطفاء حریق (با شارژ معتبر) وجود دارد | |
| مشاهده نصب پروانه در معرض دید مراجعین | مشاهده | | ۱ | | | پروانه مطب معتبر در معرض دید نصب می باشد | رعایت حقوق گیرندگان خدمت |
| مطابق دستورالعمل ابلاغی | مشاهده | | ۱ | | | حفظ اصول محرمانگی ، حریم خصوصی و الزامات طرح انطباق رعایت می گردد. | |
| انجام تبلیغات با اخذ مجوز لازم از سازمان نظام پزشکی - عدم وجود تبلیغات غیرمجاز و همراه کننده | مشاهده و بررسی | | ۲ | | | تبلیغات غیر مجاز و یا همراه کننده وجود ندارد. | |
| مطابق دستورالعمل های ابلاغی وزارت متبوع و سایر مراجع ذی صلاح اقدام فاقد مجوز یا فرد فاقد صلاحیت | مشاهده | | ۳ | | | اقدامات درمانی - تشخیصی غیر مجاز انجام نمی شود | |
| رؤیت نصب تعرفه ها در معرض دید مراجعین در سالن انتظار | مشاهده | | ۱ | | | تعرفه های مصوب ابلاغی در معرض دید بیماران نصب است | تعرفه |
| بررسی مستندات (دفاتر پذیرش و ...) مبنی بر رعایت تعرفه های مصوب ابلاغی و وزارت متبوع | مشاهده و بررسی | | ۳ | | | تعرفه های مصوب ابلاغی وزارت متبوع ، رعایت می گردد. | |

| | | |
|--|---|-----------------------|
| اشکالات مشاهده شده : | | نظریه کارشناسی |
| پیشنهادات اصلاحی : | | |
| <p>ضمن دریافت یک رونوشت از گزارش متعهد می شوم ظرف مدت نواقص تذکر داده شده طبق مفاد چک لیست فوق را برطرف نموده و گزارش اقدامات اصلاحی را به صورت مکتوب به معاونت درمان دانشگاه ناظر تحویل دهم .</p> | | |
| امضا و مهر و تاریخ : | نام و نام خانوادگی بازدید شونده : | |
| امضا (ها) | نام و نام خانوادگی کارشناسان بازدید کننده : | |