

« چک لیست بازدید از واحد تزریقات و پانسمان در محل مطب پزشکان »

(جهت صدور یا تمدید مجوز)

الف- تاریخ بازدید: (نوع بازدید: صدور مجوز تمدید مجوز)

ب- نام و نام خانوادگی مسئول واحد: مدرک تحصیلی: زمان فعالیت واحد صبح عصر

ج- نام و نام خانوادگی پزشک: شماره نظام پزشکی: نوع تخصص: ()

تاریخ اعتبار پروانه مطب:

آدرس:

ردیف	موارد	بلی	خیر
۱	آیا اتاق مخصوص تزریقات و پانسمان دارای مساحت (حداقل ۱۲ متر مربع) می باشد؟ * (فقط در مورد متقاضیان صدور مجوز)		
۲	آیا واحد از نظر فضای فیزیکی و کیفیت ساختمانی مطابق آیین نامه ضوابط مطب می باشد؟ (بر اساس کارشناسان بهداشت محیط) رعایت روند مندرج در نامه ی ۱۴/۲۱۸۹۸ مورخ ۸۶/۱۰/۱۵ معاونت بهداشتی الزامی است. کف اتاق سالم، قابل شستشو، غیر قابل نفوذ آب، بدون ترک خوردگی به رنگ روشن از جنس مقاوم و بدون خلل و فرج یا شیب مناسب <input type="checkbox"/> وجود سینک دولنگه در اتاق تزریقات <input type="checkbox"/>		
۳	آیا حداقل دو تخت معاینه برای تزریقات وجود دارد؟		
۴	آیا تخت ها به نحو مطلوب جهت حفظ حریم بیمار مجزا شده است؟		
۵	آیا واحد دارای کپسول اطفای حریق می باشد؟ (در صورت وجود در مطب، وجود کپسول در واحد الزامی است)		
۶	آیا واحد دارای اتوکلاو می باشد؟ (در صورت وجود در مطب، وجود کپسول در واحد الزامی است)		
۷	آیا تجهیزات و مواد لازم موجود است؟ (شامل: تریالی اورژانس <input type="checkbox"/> چند ست احیاء <input type="checkbox"/> چند ست پانسمان <input type="checkbox"/> کپسول اکسیژن <input type="checkbox"/> چراغ پایه دار <input type="checkbox"/> گالی پات، ریسور <input type="checkbox"/> بتادین، الکل، پنبه <input type="checkbox"/> needle clipper و فورسپس <input type="checkbox"/> سایر ملزومات تزریق و پانسمان <input type="checkbox"/>		
۸	آیا جمع آوری، نگهداری، انتقال و دفع مناسب زباله های آلوده، تیز و برنده انجام می گیرد؟ و ارائه قرار داد جهت دفع زباله های عفونی با مراکز درمانی که دارای سیستم دفع مناسب زباله بهداشتی باشند الزامی است.		
۹	آیا softy box (جهت جمع آوری و نگهداری و دفع سرسوزن و سایر اشیاء تیز و برنده) موجود است؟		
۱۰	آیا تکنیک زباله های عفونی از غیر عفونی و محل نگهداری آنها و نیز دفع زباله های عفونی در کیسه های زرد رنگ مقاوم و ضد نشست دارای ب چسب که محل نگهداری موقت آنها تیز با حجم کافی و ابعاد مناسب و قابل ضد عفونی کردن و شستشو باشد؟		
۱۱	آیا از ملحفه های یکبار مصرف یا روپ کاغذی برای روی تخت های تزریق استفاده می شود؟		

ردیف	مورد	بلی	خیر
۱۲	آیا رویوش تمیز، ماسک، دستکش یکبار مصرف و عینک محافظتی و... از آن استفاده می شود؟		
۱۳	آیا وجود اتاقک تی شویی ایجاد ۱/۵ متر مربع با کف مقاوم، قابل شستشو، کاشیکاری یا سرامیک تا زیر سقف، مجهز به شیر مخلوط آبگرم و سرد و تی آویز و حوضچه، کف شوی فاضلاب رو با عمق ۶۰ سانتی متر یا تی شوی پرتابل وجود دارد؟		
۱۴	آیا کارکنان جهت حفاظت در برابر هیپاتیت B واکسینه شده اند؟		
۱۵	آیا مسئول واحد تزریقات از منوط بودن فعالیت واحد به فعالیت مطب و حضور پزشک آگاه است؟		
۱۶	آیا شاغل در واحد تزریقات و رعایت (انطباق امور اداری و فنی موسسات پزشکی با موازین شرع) بی (منشور حقوق بیماران) در واحد آگاه است؟		
۱۷	آیا فرم تعیین جانشین مسئول تزریقات و پانسمان ابلاغ و نحوه ی درخواست تعیین هم تراز جانشین بر اساس ماده ۱۲ آیین نامه تأسیس واحد تزریقات و پانسمان در محل مطب پزشکان آگاه است؟		

امضاء فری واجد شرایط

مهر و امضاء پزشک

امضاء کارشناس (کارشناسان) ناظر

-۱

-۲

«مدارک لازم جهت صدور (تمدید) مجوز واحد تزریقات و پانسمان در محل مطب پزشکان»

الف) مدارک لازم جهت صدور (تمدید) مجوز جهت پزشکان متقاضی تأسیس واحد (به تنهایی)

- ۱- تکمیل فرم درخواست
- ۲- تصویر پروانه مطب معتبر شهرستان مربوطه
- ۳- گواهی عدم اعتیاد معتبر
- ۴- نتایج آزمایش هیپاتیت B، هیپاتیت C و HIV
- ۵- تصویر مصدق کارت ملی
- ۶- تصویر کارت واکسیناسیون
- ۷- ارائه نقشه مطب با مشخص نمودن واحد تزریقات
- ۸- تأییدیه در خصوص:

- ۸-۱ بازدید و تأیید بهداشت محیط بر اساس روند مندرج در نامه‌ی ۱۴/۱۰/۲۱۸۹۸ مورخ ۸۶/۱۰/۱۵ معاونت بهداشتی دانشگاه
- ۸-۲ بازدید و تأیید معاونت درمان (بر اساس چک لیست مربوطه)
- ۹- عکس ۴×۳ ادارای ۴ قطعه

ب) مدارک لازم جهت صدور (تمدید) مجوز پیرا پزشکان

- ۱) تکمیل فرم درخواست
- ۲) تصویر پروانه دائم (در مورد رشته‌های پروانه‌دار)
- ۳) تصویر پایان طرح و تعهدات قانونی یا معافیت از آن
- ۴) تصویر کارت پایان خدمت نظام وظیفه عمومی یا معافیت از آن
- ۵) گواهی عدم اعتیاد معتبر
- ۶) نتایج آزمایش هیپاتیت B، هیپاتیت C و HIV
- ۷) تصویر مصدق کارت ملی
- ۸) گواهی عدم سوء پیشینه کیفری
- ۹) تصویر کارت واکسیناسیون
- ۱۰) نقشه مطب با مشخص نمودن واحد تزریقات
- ۱۱) گواهی عدم نیاز از محل کار دولتی (در صورت استخدام)
- ۱۲) تصویر پروانه مطب معتبر پزشک
- ۱۳) تأییدیه در خصوص:

- ۱۳-۱ بازدید و تأیید بهداشت محیط بر اساس روند مندرج در نامه‌ی ۱۴/۱۰/۲۱۸۹۸ مورخ ۸۶/۱۰/۱۵ معاونت بهداشتی دانشگاه
- ۱۳-۲ بازدید و تأیید معاونت درمان (بر اساس چک لیست مربوطه)
- ۱۳-۳ اصل مجوز تزریقات و پانسمان (در صورت صدور)
- ۱۳-۴ چهار قطعه عکس ۴×۳ ادارای

معرفی نامه جهت دریافت گواهی وضعیت سوء پیشینه کیفری و عدم اعتیاد از مدیریت درمان الزامیست.
مدارک به صورت کامل و به ترتیب فوق به پوشه‌ی نایلونی متصل و تحویل گردد.
مدارک ناقص تحویل گرفته نمی‌شود.

«فرم درخواست صدور (تمدید) مجوز واحد تزریقات و بانسمان در محل
مطب پزشکان»

مدیر محترم نظارت و هماهنگی امور درمان دانشگاه

ملک علیچو

احتراماً: اینجانبان:

دکتر (پزشک عمومی متخصص به شماره

نظام پزشکی

و خانم / آقای فرزند به شماره شناسنامه

..... متولد صادره از

کد ملی و مدرک تحصیلی براساس

آیین نامه شماره ۱۰۲۱۹۷ / ۸ / اس مورخ ۱۳۸۶/۹/۱۷ متقاضی صدور (تمدید) مجوز
واحد تزریقات می باشیم.

ضمناً اینجانب دکتر اعلام می نمایم که نامبرده ی فوق تحت

نظارت تحت نظارت مستقیم و مسوولیت اینجانب در شیفت کاری

امور تزریقات و بانسمان بیمار سرپائی براساس مفاد آیین نامه فوق انجام خواهند داد.

آدرس و تلفن:

امضاء فرد واجد شرایط

امضاء و مهر پزشک