**چک لیست کشوری دفاتر کار مامایی**

14

نام و نام خانوادگی دارنده مجوز دفتر کار: تاریخ اعتبار مجوز دفتر کار :

مدرک تحصیلی دارنده مجوز دفتر کار: کارشناس  کارشناس ارشد   **PHD پروانه دار **

شماره عضویت سازمان نظام پزشکی :

کد ملی دارنده مجوز : شماره مجوز :

آدرس و منطقه شهرداری:   
 تلفن ثابت و همراه دارنده مجوز:

تاریخ و ساعت بازدید : ساعت و روزهای فعالیت :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| محور | عنوان | شاخص اندازه گیری | | | | | روش ارزیابی | توضیحات |
| 0 | 1 | 2 | ضریب | امتیاز |
| مجوز | مجوز کار معتبر وجود دارد |  |  |  | 4 |  | مشاهده |  |
| نیروی انسانی ، اطلاع ر سانی و مدارک پزشکی | دفتر ثبت کلیه مراجعین با ذکر مشخصات کامل ایشان موجود می باشد. |  |  |  | 1 |  | مشاهده و بررسی | ثبت نام و نام خانوادگي- سن- تاريخ و ساعت وعلت مراجعه- اقدامات انجام شده- تشخيص بيماري - نام و مهر ماما در پرونده - برنامه نرم افزاری قابل جایگزینی می باشد |
| تابلو با تعداد، عنوان و ابعاد استاندارد وجود دارد |  |  |  | **2** |  | مشاهده | مطابق با آئين نامه تابلو و سرنسخه سازمان نظام پزشكي (حداکثر 3 تابلو در اندازه 70 در 50) |
| افراد فاقد صلاحیت در دفتر کار فعالیت نمی نمایند. |  |  |  | 3 |  | مشاهده | فعالیت افراد بدون داشتن مدرک مرتبط در خصوص گفتاردرمانی |
| عناوین مندرج در تابلو، سرنسخه و کارت ویزیت با ایین نامه منطبق است |  |  |  | **1** |  | مشاهده و بررسی |  |
| اخذ شرح حال و تکمیل پرونده کلیه بیماران در هر نوبت مراجعه صورت می گیرد |  |  |  | 3 |  | مشاهده و بررسی | پرونده مطابق با راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان 1396، |
| پیشگیری و بهداشت | موازین بهداشتی، اصول کلی بهداشت و نظافت در فضای فیزیکی و تجهیزات رعایت می گردد. |  |  |  | 3 |  | مشاهده | استفاده از روپوشسفید و تمیز، رعایت دستورالعمل بهداشت دست، استفاده از ملحفه و روانداز تمیز و یک بار مصرف ، استفاده از وسایل حفاظتی (گان،ماسک، دستکش استریل و عینک جهت گذاردن IUD و موارد ضروی). |
| سطل زباله درب دار و پدال دار با کیسه زرد رنگ جهت زباله های عفونی وجوددارد |  |  |  | **2** |  | مشاهده |  |
| از پگهای غیر استریل یا فاقد شرایط استاندارد استفاده نمی شود |  |  |  | **2** |  | مشاهده و بررسی مستندات |  |
| مستندات مصونيت بر عليه هپاتيت B برای کادر درمانی وجود دارد |  |  |  | 3 |  | مشاهده و بررسی مستندات | بررسی مستندات مربوط به مصونیت |
| مدیریت پسماندهاي نوك تيز و برنده(سفتي باكس) به شیوه صحیح انجام می پذیرد. |  |  |  | 2 |  | مشاهده | مطابق آیین نامه پسماند |
| قرارداد حمل زباله عفونی با خدمات موتوری شهرداری وجود دارد |  |  |  | **2** |  | مشاهده و بررسی مستندات |  |
| مراقبت و درمان | مشخصات مادران پرخطر شناسایی شده ، به ستاد شبکه بهداشت و درمان اعلام می شود. |  |  |  | 3 |  | مشاهده و بررسی مستندات | بررسی مستندات پرونده مادران پرخطر |
| ارجاع مادران پرخطر نیازمند مراقبت ویژه و پیگیری آنها به موقع انجام می شود |  |  |  | 3 |  | مشاهده و بررسی مستندات | منطبق بر راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان ( اداره سلامت مادران وزارت بهداشت1396) |
| فعالیت بدون مجوز در حوزه طب سنتی انجام نمی گردد |  |  |  | 3 |  | مشاهده | مطابق با آخرین نامه ابلاغی(8/8/97) و مشروط به گذراندن دوره مورد تایید وزارت متبوع تنها محورفعالیت مجاز برای مامای دوره دیده حوزه حفظ و صحه اعلام می باشد. |
| فضای فیزیکی | در فضای فیزیکی ، تغییری در مقایسه با پلان قبلی ایجاد نشده است. |  |  |  | 2 |  | مشاهده | طبق آیین نامه |
| دارو و تجهیزات | تجهیزات دفتر کار و اتاق معاینه کامل است |  |  |  | 3 |  | مشاهده و بررسی مستندات | حداقل: تخت معاینه، تخت ژینکولوژی ، اسپیکلوم استریل، ترازوی بزرگسال ، فشارسنج ،گوشی ، چراغ قوه، ترمومتر ، گوشی مامایی یا سونی کید، چراغ معاینه، پرده یا پاراوان، ملحفه و کاغذ گراف، دستکش یک بار مصرف استریل و غیر استریل مواد پاک کننده و ضدعفونی کننده جهت شستشوی دست هاو مواد ضدعفونی کننده سطوح و تجهیزات/ مطابق آخرین آیین نامه ابلاغی |
| از دستگاه های غیر مجاز برای تشخیص و درمان استفاده نمی شود. |  |  |  | 3 |  | مشاهده | کاربری تشخیصی یا درمانی وسایل برای اقدامات خارج از شرح وظایف دارنده ی مجوز لازم است مد نظر باشد |
| وسایل مورد نیاز جهت زایمان اورژانس ، با تاریخ استرلیتی وجود دارد. |  |  |  | 3 |  | مشاهده | مطابق با آخرین دستورالعمل ابلاغی |
| ست استاندارد IUD با تاریخ استرلیتی وجود دارد . |  |  |  | 2 |  | مشاهده |  |
| - فور( یا اتوکلاو) و تست فور (یا اتوکلاو ) موجود است |  |  |  | 2 |  | مشاهده |  |
| وسایل استاندارد نمونه گیری (پاپ اسمیر) موجود است. |  |  |  | 2 |  | مشاهده |  |
| رعایت حقوق گیرندگان خدمت | اقدامات غیرمجازانجام نمی شود |  |  |  | 3 |  | مشاهده | منطبق بر شرح وظایف دارنده مجوز و آیین نامه ابلاغی لیزر و مداخلات زیبایی، سونوگرافی، سقط غیر قانونی و ... مدنظر باشد. |
| تبلیغات غیرمجاز وجود ندارد |  |  |  | 2 |  | مشاهده | مطابق آیین نامه تبلیغات نظام پزشکی |
| دستورالعمل ممنوعیت استعمال دخانیات ، پوستر منشور حقوق بیمار و نحوه رسیدگی به شکایات نصب می باشد. |  |  |  | 1 |  | مشاهده | مشاهده نصب دستورالعمل ممنوعیت استعمال دخانیات ، پوستر منشور حقوق بیمار و نحوه رسیدگی به شکایات در معرض دید مراجعین |
| پروانه هاي معتبر و ساعت فعالیت ، در معرض ديد مراجعين نصب می باشند |  |  |  | 1 |  | مشاهده | مشاهده نصب پروانه ها در معرض دید مراجعین |
| اصول محرمانگی ، حریم خصوصی و الزامات طرح انطباق رعایت می گردد. |  |  |  | 2 |  | مشاهده | مطابق دستورالعمل ابلاغی |
| تعرفه | تعرفه های مصوب ابلاغی در معرض ديد بيماران نصب است |  |  |  | 1 |  | مشاهده | رؤیت نصب تعرفه ها در معرض دید مراجعین در سالن انتظار |
| تعرفه های مصوب ابلاغی ، رعايت می گردد. |  |  |  | 2 |  | مشاهده و بررسی مستندات | بررسی مستندات(دفاتر پذیرش و...) مبنی بر رعایت تعرفه های مصوب ابلاغی |

|  |
| --- |
|  |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| نظریه کارشناس | ایرادات مشاهده شده : | |
| پیشنهاد اصلاحی و مداخلات قابل اجرا: | |
| 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 . | | |
| نام و نام خانوادگی بازدید شونده: | | امضا و مهر |
| نام و نام خانوادگی کارشناسان بازدید کننده : | | امضا (ها) |

|  |
| --- |
| توضیحات تکمیلی و نظریه کارشناسان : |

نام و نام خانوادگي و امضاي كارشناسان: مهر و امضاي مسئول دفترکار