

چک لیست کشوری مرکز تخصصی طب کار

نام مرکز:

نام و نام خانوادگی مسئول فنی:

آدرس پستی منطقه شهرداری:

تلفن ثابت و همراه:

تاریخ و ساعت بازدید:

تاریخ اعتبار پروانه بهره برداری:

تاریخ اعتبار پروانه مسئول فنی:

محرور	عنوان	شاخص اندازه گیری				
		امتیاز	ضریب	2	1	0
مجوز	پروانه بهره برداری معتبر می باشد.		4			
	پزشک مسئول فنی دارای پروانه معتبر است..		4			
نیروی انسانی و آموزش، اطلاع رسانی و مدارک پزشکی	مسئول فنی حضور دارد.		2			
	حداقل پرسنل مورد نیاز مرکز علاوه بر پزشک متخصص طب کار در مرکز شاغل هستند.		2			
	اندازه، تعداد و عناوین تابلو استاندارد می باشد.	مشاهده و بررسی	4			
	عناوین تابلو با سرنسخه و کارت ویزیت مطابقت دارد (سرنسخه ضمیمه گردد)	مشاهده و بررسی	2			
	اخذ شرح حال و تشکیل پرونده برای بیماران صورت می گیرد	مشاهده مستندات	2			
	ساختار فیزیکی منطبق بر آخرین پلان و تایید شده توسط معاونت درمان دانشگاه می باشد	مشاهده و بررسی	2			
پیشگیری و بهداشت	وضعیت نور، تهویه و سیستمهای برودتی/حرارتی و نظافت مرکز، مطابق استاندارد می باشد	مشاهده	3			
	کپسول اطفاء حریق (با شارژ معتبر) وجود دارد	مشاهده و بررسی	2			
تجهیزات	قرارداد حمل زباله عفونی با خدمات موتوری شهرداری وجود دارد	مشاهده مستندات	2			
	تجهیزات مرکز تخصصی طب کار مطابق استاندارد است.	مشاهده و بررسی	3			
پارا کلینیک	تست های پاراکلینیکی مجاز در رشته تخصصی (اودیولوژی - اسپیرومتری - سنجش بینایی و ...) انجام می شود.	مشاهده مستندات	2			

مشاهده نصب 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 های معتبر و ساعت فعالیت ، در معرض دید مراجعین نصب می باشند						1	مشاهده	
اصول محرمانگی ، حریم خصوصی و الزامات طرح انطباق رعایت می گردد.						1	مشاهده	مطابق دستورالعمل ابلاغی
تبلیغات غیر مجاز و یا گمراه کننده وجود ندارد.						1	مشاهده	عدم وجود تبلیغات غیرمجاز و گمراه کننده
تعرفه های مصوب ابلاغی ، رعایت می گردد.						2	مشاهده و بررسی	
تعرفه مصوب در معرض دید مراجعین نصب است.						1	مشاهده	

ایرادات مشاهده شده :		نظریه کارشناسی
پیشنهاد اصلاحی و مداخلات قابل اجرا:		
ضمن دریافت یک رونوشت از گزارش متعهد می شوم ظرف مدتنواقص 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)	