

چک لیست کشوری مرکز تصویربرداری

نام مؤسسه:	نام و نام خانوادگی مسئول فنی:
نام و نام خانوادگی مسئول فیزیکی بهداشت:	تاریخ اعتبار پروانه بهره برداری:
آدرس پستی و منطقه شهرداری:	تاریخ اعتبار تأییدیه مجوز کار با اشعه:
تاریخ و ساعت بازدید:	تلفن همراه مسئول فنی:
رادیوگرافی آنالوگ/□ CR/DR/□	تجهیزات / نوع / تعداد
سنجش تراکم استخوان پری اپیکال □	ماموگرافی آنالوگ □ CR/DR □
سی تی اسکن مولتی اسلایس □	پانورکس آنالوگ □ CR/DR □
	ام آر آی □
	سونوگرافی □

محور	عنوان	شاخص اندازه گیری					روش ارزیابی	توضیحات
		0	1	2	ضریب	امتیاز		
مجوز	مرکز دارای پروانه معتبر می باشد				4		مشاهده	
	مسئولین فنی دارای پروانه معتبر می باشند.				3		مشاهده	
	مسئول فیزیکی بهداشت حداقل در یک شیفت کاری حضور دارد.				2		مشاهده	
نیروی انسانی، قوانین و مستندات	در مرکز تصویربرداری، مسئول فنی در تمام ساعات فعالیت بخش طبق پروانه حضور دارد.				3		حضور مسئول فنی بر اساس پروانه صادره یا پزشک جانشین معرفی شده به معاونت درمان طبق آئین نامه مشاهده	
	لیست پرتوپزشکان و پرتوکاران مطابق با اسامی اعلامی به معاونت درمان و مجوز کار با اشعه می باشد				1		بررسی مستندات مربوط به ارسال لیست پزشکان و پیراپزشکان به معاونت درمان و طبق مجوز کار با اشعه مشاهده	
	پرتوکاران بخش، فارغ التحصیل رشته تحصیلی مرتبط بانوع فعالیت خودمی باشند.				2		مطابق آیین نامه مشاهده	
	مقررات ویژه پرتوکاران موضوع مفاد 20 از فصل پنجم قانون حفاظت در برابر اشعه رعایت می شود.				2		مطابق قانون حفاظت در برابر اشعه مشاهده	
	فعالیت مرکز مطابق پروانه بهره برداری می باشد.				2		شواهد و مستندات و در موارد مورد نیاز بازدید شب مشاهده	
	مشخصات دموگرافیک بیمار و مارکر مناسب با نوع خدمت در				2		نام و نام خانوادگی بیمار سن بیمار نام مرکز -تاریخ -استفاده از کد پرسنلی-مارکر (ماموگرافی): از nipple مارکر برای	

مراقبت و درمان						
کلیشه بیمار، mole مارکر و scare مارکر در مواقع ضروری ولازم استفاده میشود.) -						کلیشه ثبت میگردد.
بخشنامه شماره 400/16198 مورخ 95/05/30	مشاهده	2				بخشنامه پذیرش بیماران بالای 100 کیلوگرم رعایت می شود.
	مشاهده مستندات	3				کلیشه اقدامات تشخیصی (اودژانس و غیر اورژانسی) مرتبط با دستگاه های موجود انجام می پذیرد.
پزشک متخصص در بازه های زمانی مشخص کلیشه های تصویبرداری را ارزیابی کیفی نماید	مشاهده مستندات	1				ارزیابی کیفیت تصاویر توسط مسئول فنی انجام شده و اقدامات اصلاحی انجام میشود.
شامل ثبت تاریخ و ساعت گرافی و گزارش - مشخصات بیمار- شرح حال بیمار- روش و نحوه پروسیجر - نام پزشک درخواست کننده و...	مشاهده مستندات	2				اصول گزارش نویسی رعایت میشود.
مشاهده	مشاهده مستندات	2				ارائه گزارش اورژانسی به فوریت و ارائه گزارش غیر اورژانسی حداکثر ظرف 48 ساعت برنامه ریزی و اجرا می شود.
	مشاهده مستندات	1				سیستم PACS فعال در مرکز وجود دارد.
سی دی به همراه گزارش یا پرینت کلیشه کفایت می کند.	مشاهده مستندات	2				کلیشه ی اقدام تشخیصی به صورت فیزیکی در اختیار بیمار قرار می گیرد.
تعیین دز ماده حاجب / دارو توسط پزشک متخصص صورت پذیرد و تزریق طبق شرح وظایف	مشاهده مستندات	3				فرآیند تعیین دوز دارویی، محاسبه، و تجویز و تزریق داروها انجام، ثبت و توسط پزشک نظارت میشود.
مطابق آیین نامه و قوانین / الزامات کنترل عفونت ، رضایت آگاهانه و	مشاهده مستندات	3				اقدامات تشخیصی درمانی مداخله ای با رعایت استاندارد انجام می پذیرد.
مشاهده و یا مستندات حضور و عملکرد پزشک بیهوشی	مشاهده و بررسی	2				ارائه خدمات نیازمند بیهوشی با حضور متخصص بیهوشی و در شرایط استاندارد ریکاوری و با تجهیزات استاندارد صورت می پذیرد.
ثبت نام و نام خانوادگی بیمار ، سن ، تاریخ و ساعت پذیرش و انجام خدمت ، نوع درخواست ، نام پزشک درخواست کننده ، نام کارشناس و پزشک	مشاهده مستندات	1				در سیستم پذیرش بیمار تمامی اطلاعات لازم ثبت می گردد.
علت مراجعه- سوابق درمانی و اقدامات انجام شده- تشخیص بیماری - نام و امضا بیمار و شرح حال گیرنده	مشاهده مستندات	2				شرح حال کامل از بیمار با توجه به نوع خدمت اخذ و

						ثبت و مورد استفاده قرار میگیرد .	
	مشاهده مستندات		3			اطمینان از انجام آزمایشات و آمادگی های پزشکی لازم قبل از انجام خدمت حاصل می شود.	
	مشاهده و بررسی		2			ساختار فیزیکی منطبق بر آخرین پلان تایید شده توسط معاونت درمان دانشگاه می باشد.	فضای فیزیکی
	مشاهده		1			از لباس ، ملحفه و روانداز تمیز و یکبار مصرف استفاده می شود	
	مشاهده مستندات		2			معاینات دوره ای پرتوکاران انجام می شود.	پیشگیری و بهداشت
	مشاهده		1			وضعیت نور ، تهویه و سیستمهای برودتی/حرارتی و رعایت اصول بهداشتی، مناسب می باشد	
	مشاهده		3			تجهیزات پرتویی موجود با مجوز کار با اشعه و پروانه مطابقت دارد	
	مشاهده و بررسی		2			ترالی اورژانس در قسمتهای مختلف مرکز تصویربرداری به طور جداگانه با تجهیزات کامل در دسترس می باشد.	دارو و تجهیزات
	مشاهده		2			فروش دارو و تجهیزات در مرکز انجام نمی گیرد.	
	مشاهده		1			نگاتوسکوپ سالم به تعداد کافی در محل های مناسب نصب گردیده باشد.	
	مشاهده		2			سیستم برق اضطراری و کپسول اطفاء حریق (با شارژ معتبر) وجود دارد	
	مشاهده مستندات		1			کلیه اتاقهای تصویربرداری مربوطه هر 6 ماه یکبار توسط	

						مستول فیزیک بهداشت از نظر دزیمتری بررسی می شود.	
	مشاهده		2			وسایل حفاظتی از جمله شیلدهای مختلف و روپوش سربی در بخشهای مربوطه و تک تک اتاقهای گرافی موجود میباشد و کارکنان برای بیماران از آن استفاده می کنند	
	مشاهده		2			چراغ هشداردهنده هماهنگ با اکسیژن بر درب های اتاق های پرتوزان نصب شده است.	
	مشاهده		1			دستورالعملهای حفاظتی مربوط به کارکنان ، مراجعین، زنان باردار و کودکان در موسسه نصب شده است.	
	مشاهده مستندات		2			گزارشات دوره ای فیلم بیج موجود بوده و با پرسنل فعال مطابقت داشته و بررسی میشود.	
	مشاهده		2			محرمانگی و حفظ حریم خصوصی انجام می شود.	رعایت حقوق گیرندگان خدمت
مشاهده نصب دستورالعمل ممنوعیت استعمال دخانیات ، پوستر منشور حقوق بیمار و نحوه رسیدگی به شکایات در معرض دید مراجعین	مشاهده		1			دستورالعمل ممنوعیت استعمال دخانیات ، پوستر منشور حقوق بیمار و نحوه رسیدگی به شکایات نصب می باشد.	
	مشاهده		2			سرویس بهداشتی با روشویی مناسب و رعایت ضوابط بهداشتی وجود دارد.	
	مشاهده		2			آب سردکن همرا با لیوان یکبار مصرف وجود دارد.	
وجود برگه های آموزشی و مصاحبه با بیمار	مشاهده		2			آموزش و آمادگی های لازم جهت خدمت تصویربرداری به بیمار داده میشود.	
مشاهده نصب اتیکت شناسایی شامل نام خانوادگی و سمت ، توسط کلیه کارکنان	مشاهده		1			اتیکتهای خوانا همراه با اسم و مشخصات کلیه کارکنان و فیلم بیج پرتوکاران نصب می باشند	
	مشاهده		1			تعرفه مصوب در معرض دید نصب شده است.	تعرفه
	مشاهده و بررسی	بررسی دریافتی ها	2			تعرفه مصوب رعایت می شود.	

بررسی مستندات(دفاتر پذیرش و...) مبنی بر رعایت تعرفه های مصوب ابلاغی	مشاهده		2			مبلغ دریافتی در مرکز ثبت شده و رسید به بیمار تحویل داده میشود.	
---	--------	--	---	--	--	--	--

ایرادات مشاهده شده :		نظریه کارشناس
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 .		
امضا و مهر	نام و نام خانوادگی بازدید شونده:	
امضا (ها)	نام و نام خانوادگی کارشناس بازدید کننده :	