



چک لیست نظارت بر دفتر کار بینایی سنجی

کد سند: NUMS-DT-SHC-CL-۰۳/۰۰



تاریخ تدوین: تیرماه ۹۷ تاریخ بازنگری: تیرماه ۹۸

نام و نام خانوادگی مسئول موسسه:		تاریخ بازدید:	
شماره پروانه موسسه:		تاریخ اعتبار پروانه موسسه:	
شماره تلفن ثابت:		شماره همراه:	
آدرس دفتر کار:		روز های فعالیت:	
ردیف	وضعیت استاندارد	ابزار پایش	توضیحات-درج موارد مغایر با استاندارد
۱	تابلو با تعداد، عنوان و ابعاد استاندارد وجود دارد.	مشاهده	تعداد تابلو: ابعاد تابلو: عناوین تابلو:
۲	فضای فیزیکی دفتر کار مناسب است. (حداقل ۳۰ متر مربع) • نور، تهویه، سرمایش و گرمایش	مشاهده	
۳	بخش پذیرش و سالن انتظار مناسب وجود دارد. • سرویس بهداشتی مناسب وجود دارد.	مشاهده	
۴	بهداشت فضای فیزیکی مناسب است. • کف ساختمان و دیوارها سالم و بدون درز و کف قابل شستشو • زباله دان درب دار و پدالی موجود است.	مشاهده	
۵	کیسول اطفای حریق با تاریخ معتبر وجود دارد.	مشاهده	
۶	مسئول موسسه دارای مدرک معتبر می باشد. • نصب اصل پروانه دفتر کار و مسئول در معرض دید مراجعین	مشاهده و مستند	
۷	تعرفه خدمات درمانی نصب و رعایت می شود.	مشاهده و مصاحبه	
۸	مسئول دفتر کار در زمان بازدید حضور دارد.	مشاهده	



چک لیست نظارت بر دفتر کار بینایی سنجی

کد سند: NUMS-DT-SHC-CL-۳/۰۰



تاریخ تدوین: تیرماه ۹۷ تاریخ بازنگری: تیرماه ۹۸

			مشاهده	تجهیزات اتاق معاینه وجود دارد. (رتینوسکوپ وافتالموسکوپ، جعبه عینک و فریم آزمایشی، تابلوی دید دور، تست دید نزدیک، پروژکتور و تابلوی تشخیص عیوب انکساری، لنزومتر، تست رنگ، پریمتر و تائزانت اسکرین و چراغ قوه)	۹
			مشاهده و مستند	افراد دارای صلاحیت در موسسه فعالیت می کنند.	۱۰

			مشاهده و مستند	تشکیل پرونده، بایگانی مدارک ضروری جهت هریک از مراجعین انجام می شود.	۱۱
			مشاهده و مستند	مستندات مربوط به تحویل عینکها در موسسه موجود است. (دفتر مخصوص ثبت)	۱۲
			مشاهده	نحوه برخورد و میزان همکاری با کارشناسان نظارت بر درمان مناسب است.	۱۳

اینجانب متعهد می گردم هرگونه جابه جایی، تغییرات ساختمانی و یا توسعه، تعطیلی و شروع مجدد دفتر کار با تائید معاونت درمان باشد. ضمناً فعالیت اینجانب در سایر موسسات پزشکی با اطلاع معاونت درمان باشد و نیز از به کارگیری نیروهای فاقد مجوز / صلاحیت خودداری نمایم.

مهر و امضای مسئول دفتر کار



چک لیست نظارت بردفتر کار بینایی سنجی

کد سند: NUMS-DT-SHC-CL-۳/۰۰



تاریخ تدوین: تیرماه ۹۷ تاریخ بازنگری: تیرماه ۹۸

نظریه کارشناس:

- ۱-.....
- ۲-.....
- ۳-.....
- ۴-.....
- ۵-.....

به آقا/ خانم..... به دلیلتذکر شفاهی داده شد و مقرر گردید ایشان نسبت به رفع کلیه اشکالات موجود در اسرع وقت اقدام و نتیجه اقدامات اصلاحی را به معاونت درمان دانشکده کتبا اعلام نماید.

به آقا/ خانم دکتر..... به دلیلاخطار کتبی داده شد ومقرر گردید در مدت.....اصلاحات انجام شود،در ضمن مراتب به سازمان نظام پزشکی شهرستان جهت پیگیری موضوع واعلام نتیجه به دانشکده علوم پزشکی ارسال می شود.

موارد فوق به اینجانب(مسئول دفتر کار) ابلاغ گردید.

مهر و امضای مسئول دفتر کار

نام و نام خانوادگی و امضای کارشناسان: