

نام و نام خانوادگی :		مدرک تحصیلی:		تاریخ بازدید:	
تاریخ اعتبار مجوز لابراتوار دندانسازی :		روز و ساعت فعالیت لابراتوار دندانسازی صبح :		عصر:	
شماره تلفن ثابت:		شماره تلفن همراه :			
آدرس لابراتوار:					
ردیف	وضعیت استاندارد	ابزار پایش	بلی	خیر	توضیحات-درج موارد مغایر با استاندارد
۱	اصل مجوز معتبر لابراتوار در اطاق نصب شده است .	مشاهده			
۲	تعداد و اندازه تابلوهای نصب شده در لابراتوار رعایت شده است ( حداکثر سه تابلو ۷۰*۵۰ عدم استفاده از عناوینی نظیر انسستیتو ، مرکز، مطب شبانه روزی، زیبایی و نظایر آن در تابلو و عدم استفاده از تراکت تبلیغاتی غیر مجاز )	مشاهده			
۳	دفتر ثبت سفارشات موجود است.	مشاهده			
۴	لابراتوار پروتزهای دندانی فاقد تجهیزات دندانپزشکی (صندلی و یونیت دندانپزشکی) می باشد.	مشاهده			
۵	در محل لابراتوار پذیرش مستقیم بیمار انجام می شود.	مشاهده			
۶	برگ دستور کار لابراتوار وجود دارد.	مشاهده			
۷	تعرفه ها قانونی رعایت و در معرض دید عموم قرار دارد.	مشاهده			
۸	حضور تکنسین در لابراتوار بر اساس ساعات اعلام شده می باشد.	مشاهده مستند			
۹	محلول ضد عفونی استاندارد موجود می باشد.	مشاهده مستند			
۱۰	قالب های گرفته شده قبل از انجام کار ضد عفونی می شود.	مشاهده			
۱۱	پروتزها در بسته های جداگانه و یک بار مصرف به مطب ها ارسال می گردد .	مشاهده			
۱۲	کف و دیوارها ی لابراتوار سالم و قابل شستشو می باشند .	مشاهده			

		مشاهده مستند	ضد عفونی محیط و وسایل بعد از انجام کار صورت می گیرد.	۱۳
		مشاهده مصاحبه	سطح زباله درب دار موجود است.	۱۴
		مشاهده مستند	از روپوش سفید ، عینک محافظ ، ماسک و دستکش استفاده می شود.	۱۵
		مشاهده مستند	سیستم اعلام و اطفاء حریق مناسب در مطب وجود دارد.	۱۶
		مشاهده مستند	سیستم حرارتی و برودتی مناسب به همراه تهویه و نور مناسب در موسسه وجود دارد.	۱۷
		مشاهده مستند	تفکیک و دفع پسماند مطابق استاندارد انجام می گردد.(عفونی، غیرعفونی، نوک تیز و شیمیایی)	۱۸
		مشاهده مستند	لابراتوار دارای سرویس بهداشتی دارای آب سرد و گرم و مایع صابون و دستمال کاغذی می باشد.	۱۹
		مشاهده مستند	آدرس لابراتوار با آدرس اعلام شده تطابق دارد.(جا به جایی مطب با تأییدیه معاونت درمان)	۲۰
		مشاهده	نحوه برخورد و میزان همکاری با کارشناسان واحد نظارت بر درمان مناسب است.	۲۱

نیروهای شاغل در دفتر:

ردیف	نام و نام خانوادگی	مدرک تحصیلی	وضعیت واکسیناسیون
۱.			
۲.			
۳.			
۴.			
۵.			
۶.			

اینجانب ..... متعهد می گردم هرگونه جابه جایی، تعطیلی و شروع مجدد لابراتوار با تأیید معاونت درمان باشد. و از به کارگیری نیروهای فاقد مجوز / صلاحیت خودداری نمایم.

مهر و امضای تکنسین

نظریه کارشناس:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

به آقا/ خانم..... به دلیل ..... تذکر 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 نمایند.

نام و نام خانوادگی و امضای کارشناسان: موارد فوق به اینجانب ..... ابلاغ گردید.

-

-

مهر و امضای تکنسین: