



تاریخ تدوین:

تاریخ بازنگری:

## چک لیست نظارت بر موسسه ساخت و فروش عینک طبی

کد سند: NUMS-DT-HSC-CL/06



مؤسسه ملی پزشکی، خدمات بهداشتی و درمانی ایران

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	بلی	خیر	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 ۲۰ متر مربع) • نور، تهویه، سرمایش و گرمایش	مشاهده			
۳	بخش پذیرش و سالن انتظار 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	کپسول اطفای حریق با تاریخ معتبر وجود دارد.	مشاهده			
۶	اتاق تراش مجزا وجود دارد.	مشاهده			
۷	مسئول موسسه دارای مدرک معتبر می باشد. • نصب اصل پروانه بهره برداری و مسئول فنی در معرض دید مراجعین	مشاهده و مستند			
۸	تعرفه خدمات درمانی نصب و رعایت می شود.	مشاهده و مصاحبه			
۹	مسئول فنی در زمان بازدید حضور دارد.	مشاهده			
۱۰	تجهیزات ساخت و فروش عینک وجود دارد. (و بهترین مناسب، فریم عینک، دستگاه تراش، لنزومتر و گرم کن)	مشاهده			
۱۱	افراد دارای صلاحیت در موسسه فعالیت می کنند.	مشاهده و مستند			



تاریخ تدوین:

تاریخ بازنگری:

### چک لیست نظارت بر موسسه ساخت و فروش عینک طبی

کد سند: NUMS-DT-HSC-CL/06



			مشاهده ومتسند	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 ویا توسعه، تعطیلی و شروع مجدد کار موسسه با تائید معاونت درمان باشد. ضمنا 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 فنی

نظر به 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 نماید.

به آقا/ خانم دکتر..... به دلیل .....اخطار 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.

نام و نام خانوادگی و امضای کارشناسان:

موارد فوق به اینجانب .....(مسئول فنی موسسه) ابلاغ گردید

-۱

مهر و امضای مسئول فنی

-۲