



تاریخ تدوین:

تاریخ بازنگری:

چک لیست نظارت بر موسسه فیزیوتراپی

کد سند: NUMS-DT-SHC-CL/05



| نام موسسه: | | تاریخ بازدید: | | |
|-------------------------------------|---|---------------|-----|-----------------------|
| نام و نام خانوادگی مسئول فنی موسسه: | شماره نظام پزشکی: | | | |
| شماره پروانه موسسه / تاریخ اعتبار: | شماره تلفن ثابت و همراه: | | | |
| آدرس موسسه: | روزهای فعالیت و ساعت: | | | |
| ردیف | وضعیت استاندارد | ابزار پایش | بلی | خبر |
| ۱ | تعداد تابلو با عنوان و ابعاد استاندارد وجود دارد. | مشاهده | | تعداد: ابعاد: عناوین: |
| ۲ | موسسه در طبقه همکف قرار دارد | مشاهده | | تعداد پله: آسانسور: |
| ۳ | شیب و عرض رمپ و راه پله ها و عرض درب ورودی مناسب است. • شیب ۷ درصد عرض رمپ و درب ورودی حداقل ۸۰ سانتیمتر | مشاهده | | درب خودکار دارد؟ |
| ۴ | بخش پذیرش و سالن انتظار مناسب وجود دارد. | مشاهده | | |
| ۵ | برای بیماران تشکیل پرونده و کلیه مراحل درمان در پرونده ثبت شده است. (الکترونیکی یا کاغذی) • حداقل ها شامل: نام بیمار، مشکل بیمار، نام پزشک و درمان | مشاهده مستند | | |
| ۶ | بایگانی مناسب پرونده بیماران انجام می شود. • حداقل برای ۳ سال | مشاهده | | |
| ۷ | اسامی بیماران در دفتر ثبت مشخصات یا کامپیوتر ثبت می گردد. | مشاهده مستند | | |
| ۸ | آموزش و آگاهیهای لازم قبل از درمان برای بیماران انجام می شود. | مشاهده مصاحبه | | |
| ۹ | مسئول فنی در موقع بازدید حضور دارد. | مشاهده | | |
| ۱۰ | تعداد پرسنل فنی مطابق استانداردهای آئین نامه تأسیس می باشد. | مشاهده | | |
| ۱۱ | بکارگیری پرسنل مطابق آئین نامه تأسیس می باشد. | مشاهده مستند | | |



تاریخ تدوین:

تاریخ بازنگری:

چک لیست نظارت بر موسسه فیزیوتراپی

کد سند: NUMS-DT-SHC-CL/05



| | | | | | |
|--|--------|-------|--------------|---|----|
| | | | مشاهده | پرستل دارای اتکیت شغلی و رپوش متناسب می باشند. نام و نام خانوادگی ، عنوان شغلی، عکس پرسنلی، | ۱۲ |
| | آزاد: | بیمه: | مشاهده | تعرفه خدمات فیزیوتراپی نصب و رعایت می شود. | ۱۳ |
| | | | مشاهده | پروانه بهره برداری ومسئول فنی نصب می باشد. | ۱۴ |
| | | | مشاهده | متراژ فضای فیزیکی مطابق آئین نامه تأسیس وپلان ارائه شده می باشد. • حداقل ۷۰ متر | ۱۷ |
| | | | مشاهده | عقد قرارداد با بیمه ها(بیمه سلامت .تامین اجتماعی.نیروهای مسلح وسایر بیمه ها...) | ۱۸ |
| | | | مشاهده | سالن های الکتروتراپی و مکانوتراپی مجزا می باشد. | ۱۹ |
| | متراژ: | | مشاهده | فضای فیزیکی سالن الکترو تراپی مناسب است حداقل ۲۰ متر | ۲۰ |
| | | | مشاهده | دارای روشویی و مایع دستشویی با شرایط مطلوب می باشد. | ۲۱ |
| | | | مشاهده | وضیعت جداسازی کابین ها الکتروتراپی جهت امنیت روانی بیمار مناسب است. • (۲۰/۱*۲ متر) | ۲۲ |
| | | | مشاهده مستند | سیستم سالن الکتروتراپی دارای اتصال زمینی می باشد.(سیم ارت وچاه ارت) | ۲۳ |
| | متراژ: | | مشاهده | فضای فیزیکی سالن مکانوتراپی مناسب است • حداقل ۲۰ متر | ۲۴ |
| | | | مشاهده | حداقل تجهیزات لازم در اتاق الکتروتراپی: Stimulator -اولتراسوند-TENS-انواع پروپ های اولتراسیون- interfrential -دستگاه هات بگ-دستگاه مادون قرمز- پگ های مختلف برای دستگاه هات بگ -انواع الکترودهای الکتروتراپی | ۲۵ |
| | | | مشاهده | حداقل تجهیزات لازم در اتاق مکانوتراپی: shoulder wheel-تخته تعادل - آینه قدی - ویراتور- دوچرخه ثابت-کشش گردنی مکانیکی / الکتریکی - تخت | ۲۶ |



تاریخ تدوین:

تاریخ بازنگری:

چک لیست نظارت بر موسسه فیزیوتراپی

کد سند: NUMS-DT-SHC-CL/05



| | | | | |
|----|-------------------|--|---|--|
| | | | فریم با تمام وسایل به تعداد لازم - ست وزنه - فنر - تراپاند/تراپیوب - | |
| ۲۷ | مشاهده | | ارتباط فیزیکی مناسب بین سالن مکانوتراپی و الکتروتراپی موجود می باشد. | |
| ۲۸ | مشاهده | | پک های هات پک ، سالم و بهداشتی موجود است. | |
| ۲۹ | مشاهده | | وضیعت جداسازی تجهیزات سالن مکانوتراپی جهت امنیت روانی بیمار مناسب است. | |
| ۳۰ | مشاهده | | منشور حقوق بیمار در مرکز نصب و رعایت شده است. | |
| ۳۱ | مشاهده | | کف ودیوارها سالم و قابل شستشو بوده و کاملاً "مطابق موازین بهداشتی می باشد. | |
| ۳۲ | مشاهده | | موسسه دارای نور و تهویه مناسب می باشد. | |
| ۳۳ | مشاهده | | سرویس بهداشتی جهت بیماران و پرسنل ، توالت فرنگی ثابت یا متحرک، هندریل در توالت بیمار وجود دارد. | |
| ۳۴ | مشاهده | | تخت ها دارای پوشش مناسب و ملحفه تمیز و ترجیحاً "یکبار مصرف می باشد. | |
| ۳۵ | مشاهده | | ارتفاع تخت با زمین مطابق استاندارد موجود می باشد.(۸۰سانتیمتر) | |
| ۳۶ | مشاهده | | کپسول آتش نشانی دارای کارت شارژ معتبر یا سیستم اطفاء حریق موجود می باشد و طبقه استفاده به کلیه پرسنل آموزش داده شده است . | |
| ۳۷ | مشاهده | | سیستم برقی و سیستم های موجود به طور استاندارد نصب شده است . • سیستم برق اضطراری وجود دارد. | |
| ۳۸ | مشاهده و مستند | | ضد عفونی تخت ها و کلیه وسایل و کف اتاق پایان کار روزانه شستشوی ودیوارها پایان هر هفته انجام می شود. • با محلول هیپوکلرید سدیم (وایتکس) و یا گلو تار آلدئید(سایدکس) | |
| ۳۹ | مشاهده | | کپسول اکسیژن و باکس کمک های اولیه شامل آمبوپگ سایز اطفال و بزرگسال، ایروی و ماسک وجود دارد. | |
| ۴۰ | مشاهده | | وجود اتاق مسئول فنی با اشراف به هر دو سالن وجود دارد. | |
| ۴۱ | مشاهده | | اتاق ارزیابی بیمار وجود دارد. | |



تاریخ تدوین:

تاریخ بازنگری:

چک لیست نظارت بر موسسه فیزیوتراپی

کد سند: NUMS-DT-SHC-CL/05



اینجانب متعهد می گردم هرگونه تغییر نام، جابه جایی، تعطیلی و شروع مجدد کار موسسه فیزیوتراپی و یا در زمان مرخصی و تعیین مسئول فنی موقت با اطلاع و تأیید 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 امضاء مسئول فنی:

نظریه کارشناس:

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

به آقا/ خانم..... به دلیل تذکر شفاهی داده شد و مقرر گردید ایشان نسبت به رفع کلیه اشکالات موجود تا تاریخ اقدام و نتیجه اقدامات اصلاحی را به معاونت درمان دانشکده کتبا اعلام نمایند.

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

نام و نام خانوادگی و امضای کارشناس:

-۱

مهر و امضای مسئول فنی:

-۲

:



تاریخ تدوین:

تاریخ بازنگری:

چک لیست نظارت بر موسسه فیزیوتراپی

کد سند: NUMS-DT-SHC-CL/05



پانچواں دورہ امتحان، وزارت تعلیم، حکومت پاکستان