

نام و نام خانوادگی:		شماره نظام پزشکی:		رشته تخصصی:	
تاریخ اعتبار پروانه دفتر کار:		روز و ساعت فعالیت دفتر کار صبح:		عصر:	
شماره تلفن ثابت:		شماره تلفن همراه:		آدرس محل فعالیت (دفتر کار / درمانگاه):	
ردیف	وضعیت استاندارد	ابزار پایش	بلی	خیر	توضیحات-درج موارد مغایر با استاندارد
۱	اصل پروانه معتبر دفتر کار در اتاق معاینه نصب شده است	مشاهده			
۲	تعداد و اندازه تابلوهای نصب شده در مطب رعایت شده است (حداکثر سه تابلو ۷۰*۵۰ عدم استفاده از عناوینی نظیر انستیتو، موسسه، مرکز، شبانه روزی، زیبایی و نظایر آن در تابلو و عدم استفاده از تراکت تبلیغاتی غیر مجاز)	مشاهده			
۳	اندازه سرنسخه حد اقل مجاز (۲۵*۱۵) بوده و موارد اختیاری (تلفن، ساعات پذیرش، عناوین مندرج در پروانه به زبان انگلیسی) و حداکثر ۲۰*۳۰ قابل رویت می باشد.	مشاهده			
۴	تعرفه ها قانونی رعایت و در معرض دید عموم قرار دارد	مشاهده			
۵	حضور مسئول فنی در دفتر کار بر اساس ساعات اعلام شده در تابلو و سرنسخه می باشد	مشاهده			مستند
۶	ارزیابی معلولیت جسمی و روانی بر اساس تشخیص پزشک صورت می گیرد و موارد کمی (فلج مغزی، تاخیر در حرکت، اختلالات طیف اوتیسم، بیش فعالی و نقص توجه، سکته مغزی، ام اس، دیستروفی عضلانی، ضربه مغزی) رعایت می گردد.				
۷	دستگاه های پاراکلینیکی غیر مجاز دیده می شود.	مشاهده			
۸	حداقل زمان لازم برای ویزیت بیمار رعایت می گردد. (۳۰)	مشاهده			
۹	دفتر کار در طبقه هم کف قرار دارد، شیب و عرض رمپ و راه پله های احتمالی و درب ورودی مناسب می باشد و در صورت لزوم آسانسور وجود دارد.	مصاحبه			مستند
۱۰	دستور انجام رادیوگرافی و آزمایش ، صدور گواهی استراحت ، صحت بیماری صورت نمی پذیرد.	مشاهده			مستند

		مشاهده مستند	فقط ایمپلنت کوچک برای معلولین انجام و آموزشهای لازم صورت می پذیرد.	۱۱
		مشاهده مستند	وسایل مورد نیاز(پارالل ، آینه قدی،تخته تعادل،نردبان خوابیده و ایستاده،توپ وج،وسایل کمک آموزشی مکفی،رولر،بازیهای فکری،تستهای مورد و تک مورد ، مت ،پازل ، اوزر تسکی ،تخت CP،چراغ در اطاق تاریک با قابلیت افزایش و کاهش نوری،سطح شیبدار،بگ مورد استخوانی،دستکش همی پلژی،ست شناخت اشکال ،انواع عصا و کراچ ، فیس ، دوچرخه ثابت،) دیده می شود.	۱۲
		مشاهده مستند	به بیمار مدت درمان و عوارض احتمالی اطلاع داده می شود و هر ۱۰ جلسه فرم مخصوص رضایتمندی توسط بیمار تکمیل ، امضاء و در پرونده ثبت می باشد.	۱۳
		مشاهده مستند	ساعات فعالیت در معرض دید بوده و پوسترهای آموزشی و منشور حقوق بیمار قابل رویت می باشد.	۱۴
		مشاهده مستند	دفتر ثبت مراجعین و تشکیل پرونده بصورت دستی یا الکترونیک صورت می پذیرد، حداقل نگهداری پرونده بیماران (سه سال)انجام می شود.	۱۵
		مشاهده مستند	تعداد پرسنل به غیر از مسئول فنی با ذکر نام و کنترل واکسیناسیون کلیه افراد فعال در دفتر کار چک پیگیری می شود .	۱۶
		مشاهده مستند	در صورت فعالیت در مکان دیگر(فقط در درمانگاه و بیمارستانها و آنهم خارج از نوبت کاری قید شده در مجوز دفتر کار) بر گه ای دال بر ساعات فعالیت داده شده است.	۱۷
		مشاهده	سیستم اعلام و اطفاء حریق مناسب در دفتر کار وجود دارد.	۱۸
		مشاهده	طرح تکریم ارباب رجوع توسط پرسنل اجرا و رعایت می شود، و در صورت درخواست صورتحساب تحویل می شود.	۱۹
		مشاهده	دفتر کار دارای سرویس بهداشتی دارای آب سرد و گرم و مایع صابون و دستمال کاغذی می باشد.	۲۰
		مشاهده	سیستم حرارتی و برودتی مناسب به همراه تهویه و نور مناسب در دفتر کار وجود دارد.(دمای بین ۱۹-۲۵)	۲۱
		مشاهده مصاحبه	فقط مسئول فنی مشاوره لازم را صورت می دهند و از افراد فاقد صلاحیت استفاده نمی شود.	۲۲
		مشاهده	پوشش مناسب و استاندارد کار رویت می شود.	۲۳

۲۴	آیا فضای فیزیکی مطب مطابق با استاندارد است، حداقل ۴۰ متر مربع می باشد و از نظر نور و تهویه مناسب می باشد.	مشاهده
۲۵	تطابق ادرس دفتر کار با آدرس اعلام شده (جا به جایی دفتر کار با تأییدیه معاونت درمان)	مشاهده
۲۶	راهرو های ورودی مناسب است	مشاهده
۲۷	آیا مسئول فنی رابطه استخدامی با دانشکده دارد؟	
۲۸	نحوه برخورد و میزان همکاری با کارشناسان واحد نظارت بر درمان مناسب است	مشاهده

اینجانب متعهد می گردم هرگونه جابه جایی، تعطیلی و شروع مجدد کار دفتر کار ، با 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 امضای پزشک

نظریه کارشناس:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

به آقا/ خانم دکتر..... 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 و مقرر گردید مدت..... اصلاحات انجام شود، در ضمن مراتب به سازمان نظام پزشکی شهرستان جهت پیگیری موضوع و اعلام نتیجه به دانشکده علوم پزشکی ارسال می شود

موارد فوق به اینجانب دکتر ابلاغ گردید.

نام و نام خانوادگی و امضای کارشناسان:

-

مهر و امضای پزشک :

-