



## چک لیست نظارت بر دفتر کار گفتار درمان

کد سند: NUMS-DT-SHC-CL.۰۱/۰۰



مرکز ملی گفتاردرمانی و خدمات گفتاری

نام و نام خانوادگی: تاریخ تدوین: آذر ۱۳۹۷ شماره نظام پزشکی تاریخ بازنگری: آذر ۱۳۹۸ مدرک تحصیلی:

تاریخ اعتبار و شماره پروانه دفتر کار: روز و ساعت فعالیت صبح: عصر:

شماره تلفن ثابت: شماره تلفن همراه: تاریخ بازدید:

آدرس دفتر کار / درمانگاه: رابطه استخدامی با دانشگاه:

ردیف	وضعیت استاندارد	ابزار پایش	بلی	خبر	توضیحات-درج موارد مغایر با استاندارد
۱.	اصل پروانه معتبر در اتاق کار نصب شده است	مشاهده			
۲.	تعداد و اندازه تابلوهای نصب شده در دفتر کار رعایت شده است (حداکثر سه تابلو ۷۰*۵۰ عدم استفاده از عناوین غیر موجه در تابلو و عدم استفاده از تراکت تبلیغاتی غیر مجاز، ساعات بازگشائی)	مشاهده			
۳.	اندازه سرنسخه در حد مجاز باشد (۲۵*۱۵) و استاندارد عناوین رعایت شده است.	مشاهده			
۴.	تعرفه های ابلاغی دانشگاه 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			
۶.	دستورالعمل ممنوعیت فروش و تحویل هرگونه دارو و لوازم و تجهیزات پزشکی، درخواست آزمایشات پاراکلینیکی و رادیولوژی، دخل و تصرف در سر نسخه پزشکان رعایت می گردد.	مشاهده مستند			
۷.	الزامات صدور گواهی استراحت رعایت می گردد.	مستند			
۸.	حداقل زمان لازم برای ویزیت بیمار رعایت می شود. (۳۰ دقیقه)	مشاهده مستند			
۹.	بهداشت کلی دفتر کار مطلوب می باشد.	مشاهده			
۱۰.	دفتر کار دارای سرویس بهداشتی دارای آب سرد و گرم و مایع صابون و دستمال کاغذی می باشد.	مشاهده			
۱۱.	امکانات رفاهی از قبیل صندلی، آب آشامیدنی، لیوان یک بار مصرف و ... در دفتر کار وجود دارد	مشاهده			
۱۲.	سیستم اطفاء حریق مناسب در دفتر کار وجود دارد. (سیستم اعلام از سال ۱۳۹۷)	مشاهده			
۱۳.	سیستم حرارتی و برودتی مناسب به همراه تهویه و نور مناسب در دفتر کار وجود دارد.	مشاهده			
۱۴.	برای بیماران پرونده مراقبت دستی و یا الکترونیکی تشکیل می شود (نام و نام خانوادگی کل اعضاء خانواده به همراه تاریخچه پزشکی، رشد حرکتی، رشد عاطفی، رشد اجتماعی، کنترل اختلالات بلع، آوا شناختی، اختلالات صوت، زبان پریشی بزرگسال، بیماری های گوش، حلق، بینی، حنجره، اعصاب، سرگرمی و علائق، تغذیه و خواب، سوابق درمانی و	مشاهده مستند			



چگونگی بروز اختلال)	تاریخ تدوین: آذر ۱۳۹۷	تاریخ بازنگری: آذر ۱۳۹۸		
۱۵	با همکاران پزشک اطفال، مغزو اعصاب، ENT، روانپزشک، کاردرمان، شنوایی سنج همکاری داشته و در صورت لزوم بیمار به متخصصان مربوطه با خلاصه پرونده ارجاع داده می شوند.	مستند		
۱۶	ارزیابی با کمک تست های تشخیصی، بررسی نمونه صدای ضبط شده، بررسی ساختار دهان و مهارت های دهانی انجام می گردد. (در صورت داشتن مورد)	مستند		
۱۷	درمان بر اساس نوع اختلال با رویکرد مناسب صورت می پذیرد.	مستند		
۱۸	پس از ارزیابی شدت اختلال اقدامات مرتبط انجام می پذیرد. ۱. مراحل درمان به همراهیان/بیمار اطلاع داده می شود. ۲. هر هفته چند جلسه با بیمار کار می شود؟ ۳. در هر دوره ۱۰ جلسه ای پیشرفت فرد بررسی می گردد و فرم مخصوص رضایتمندی از بیمار یا همراهی اخذ می گردد.	مستند مصاحبه		
۱۹	اختلالات بسته به نوع آن (بلع، تاخیر در تکلم، صوت، آفازی، اختلال یادگیری، خواندن و نوشتن، لکنت، فلج مغزی، اختلالات گفتار و زبان از نظر کم شنوایی و اوتیسم) از یکدیگر جدا و روند بهبودی بصورت استاندارد انجام می گیرد.	مستند		
۲۰	وسایل موجود در دفتر کار مطابق دستورالعمل موجود است. (آبسالنگ، چراغ قوه، نی، آینه، دستکش یکبار مصرف، کارت دید آموز، کتاب فرهنگ مصور با جمله ها و حروف اضافه، نخ و مهره، ضبط صوت یا کامپیوتر، لگو، وسایل صدادار، گاز استریل و اسپرومتر)	مشاهده		
۲۱	رده های مختلف سنی مورد پذیرش قرار می گیرند.	مستند		
۲۲	تحریک کلامی مراجعه کننده به صورت مناسب انجام می پذیرد و وسایل صداساز برای کودکان وجود دارد.	مشاهده مصاحبه		
۲۳	متن خواندنی برای بزرگسال به صورت جداگانه وجود دارد.	مشاهده		
۲۴	آموزش به بیمار و خانواده در خصوص نحوه انجام اقدامات در منزل وجود دارد.	مستند مصاحبه		
۲۵	استاندارد پوشش حرف پزشکی مراعات شده است.	مشاهده		
۲۶	اقدامات تخصصی توسط افراد دارای صلاحیت در دفتر کار انجام می شود.	مشاهده		
۲۷	طرح تکریم ارباب رجوع توسط پرسنل اجرا و رعایت می شود.	مشاهده مصاحبه		
۲۸	نحوه برخورد و میزان همکاری با کارشناسان واحد نظارت بر درمان مناسب است	مشاهده		



چک لیست نظارت بر دفتر کار گفتار درمان

کد سند: ۰۱/۰۰/NUMS-DT-SHC-CL



\* همکاری در برنامه های غربالگری افراد در معرض خطر گفتار در کودکان، گفتاری و آرجاع صورت، تلفظ، نطق، شنیداری، بلوغ، آذرخش، خیر

اینجانب ..... متعهد می گردم هرگونه مرخصی موقت، جابه جایی، تعطیلی و شروع مجدد کار دفتر 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 گفتار درمان

نظریه کارشناس:

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

موارد فوق به اینجانب..... ابلاغ گردید.

مهر و امضای گفتاردرمان : نام و نام خانوادگی و امضای کارشناسان:

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 نمایم.