

چک لیست کشوری در مانگاه دندانپزشکی عمومی

نام مؤسسه:

تاریخ اعتبار پروانه بهره برداری:

نام و نام خانوادگی مسئول فنی:

تاریخ اعتبار پروانه مسئول فنی:

آدرس پستی و منطقه شهرداری:

تلفن ثابت مرکز:

تلفن همراه مسئول فنی:

مجوز خاص: *

تاریخ و ساعت بازدید:

محور	عنوان	شاخص اندازه گیری				توضیحات
		۰	۱	۲	ضریب	
مجوز	پروانه بهره برداری معتبر است.				۴	مشاهده
	پروانه مسئول فنی معتبر است.				۴	مشاهده
	لابراتوار (ها) پروتز دندانی همکار با درمانگاه دارای مجوز قانونی می باشد				۲	مشاهده رویت تصویر پروانه
	دندانپزشکان شاغل دارای پروانه مطب معتبر می باشند				۴	مشاهده
آموزش ، اطلاع رسانی و مدارک پزشکی ، نیروی انسانی	مسئول فنی و یا قائم مقام معرفی شده حضور دارند.				۳	مشاهده حضور مسئول فنی بر اساس پروانه صادره پزشک یا دندان پزشک قائم مقام معرفی شده به معاونت درمان طبق آئین نامه
	افراد فاقد صلاحیت در مطب فعالیت نمی نمایند.				۳	مشاهده و بررسی
	دستیار دندانپزشکی آموزش دیده با رعایت ضوابط و با حضور دندانپزشک فعالیت میکند				۲	مشاهده
	اندازه و تعداد تابلو و عناوین مندرج مطابق استاندارد میباشد				۱	مشاهده
	عناوین سرنسوخه و تابلو و کارت ویزیت مطابق پروانه می باشد				۱	مشاهده
	برای هر بیمار پرونده با شرح حال کامل و رعایت اصول مستند سازی تشکیل میشود				۳	مشاهده اخذ براثت نامه و رضایت نامه ، طرح درمان و وجود امضا و مهر پزشک معالج در این سنجه در نظر گرفته می شود.
	برنامه ی کاری دندانپزشکان در معرض دید مراجعین موجود بوده و دندانپزشکان مطابق برنامه فعالیت دارند.				۲	مشاهده
	ساختار فیزیکی درمانگاه منطبق با ضوابط و الزامات تاسیس درمانگاه می باشد.				۲	مشاهده و بررسی شرایط مطابق با ضوابط می باشد
	وسایل آلوده دندانپزشکی پس از استفاده بلافاصله بوسیله آب شسته و سپس در محلول ضدعفونی (مورد تاییدوزارت بهداشت و درمان) غوطه ور میشود				۲	مشاهده و بررسی

**پیشگیری و
بهداشت**

اتوکلاو کلاس B با شرایط استاندارد	مشاهده و بررسی	۳			وسایل نگهداری شده در محلول ضد عفونی در پایان روز پس از برساژ مجدداً با آب شسته ، خشک شده و در اتوکلاو استریل میشود
تعویض به موقع safety box (پس از پر شدن ۳/۴ safety box) - درج تاریخ شروع استفاده بر روی safety box - نحوه OUT نمودن safety box	مشاهده و بررسی	۲			مدیریت پسماندهای نوک تیز و پرنده (سفتی باکس) به شیوه صحیح انجام می پذیرد.
وجود قرارداد دفع پسماند عفونی معتبر	مشاهده مستندات	۱			قرارداد حمل زباله عفونی با خدمات موتوری شهرداری وجود دارد
هند پیس شامل: سر توربین، آنگل ، ایر موتور ، قلم کویترون ، هند پیس جراحی، روتاری و ... - مطابق با دستورالعمل کنترل عفونت در دندانپزشکی وزارت متبوع	مشاهده و مصاحبه	۳			هندپیس های دندانپزشکی قبل از استفاده با شرایط استاندارد استریل می شود. (اتوکلاو Class B)
مشاهده	مشاهده	۲			سینک روشویی از سینک شستشوی ابزار مجزا می باشد
پوار آب و هوا، کلیدهای یونیت، دسته چراغ، سر ساکشن و ...	مشاهده	۱			از روکش یونیت، پیش بند، دستکش یکبار مصرف، ماسک، عینک محافظ و روپوش پزشکی مناسب استفاده می شود
دستکش و پنبه و پیش بند مناسب	مشاهده	۲			جهت شستشوی ابزار آلوده از وسایل حفاظت فردی استفاده می شود
مطابق با دستورالعمل کنترل عفونت در دندانپزشکی وزارت متبوع	مشاهده و مصاحبه	۳			فرزها قبل از استفاده در اتوکلاو استریل میشود
مشاهده	مشاهده	۱			دندانپزشک و دستیاران روپوش تمیز پوشیده و در حین کار از ماسک و عینک محافظ استفاده می نمایند.
مشاهده	مشاهده	۱			صابون یا مایع دستشویی و دستمال کاغذی در روشویی موجود میباشد
وجود سینک جدا گانه شستشوی ابزار کنترل شود					اتاق CSR استاندارد وجود دارد
وجود سطل زباله دربدار با کیسه ی زرد رنگچک شود	مشاهده	۲			دستورالعمل کنترل عفونت دندانپزشکی در محور بهداشت دست، بهداشت عمومی و فردی رعایت می گردد.
پیش بند، لیوان ، روکش یونیت و اجزا ، دستکش(جهت دندانپزشک و دستیار)- سر ساکشن	مشاهده	۱			برای بیماران از وسایل یک بار مصرف ضروری یکبار مصرف استفاده میشود
مشاهده و بررسی	مشاهده و بررسی	۲			کلیه سطوح و کف درمانگاه و دیوارها مطابق دستورالعمل در پایان کار(روزانه/ هفتگی) توسط محلول مورد تایید وزارت متبوع ضد عفونی میشود
مشاهده و بررسی	مشاهده و بررسی	۲			برای هر بیمار از یک کارپول مجزا استفاده شده و باقیمانده به طرز صحیح دفع شود.
مشاهده و بررسی	مشاهده و بررسی	۲			در پایان شیفت کاری از ساکشن به مدت یک دقیقه محلول ضد عفونی عبور داده میشود

نتیجه آزمایش و تیتراژ آنتی بادی - مطابق آخرین دستورالعمل ابلاغی	مشاهده		۳			مستندات مصونیت در برابر هیپاتیت B دندانپزشکان و دستیاران وجود دارد.	
مطابق دستورالعمل ابلاغی	مشاهده و بررسی		۲			آمالگام مازاد مصرف شده جمع آوری و سپس دفع میشود	
	مشاهده و بررسی		۲			تری های قالب گیری پلاستیکی و فلزی پس از شستشو و خشک شدن مطابق دستورالعمل	
دستکش و پیش بند مناسب	مشاهده		۲			جهت شستشوی ابزار آلوده از وسایل حفاظت فردی استفاده می شود.	
	مشاهده و بررسی		۲			قالبها قبل از ارسال به لابراتوار با محلول مورد تایید ضدعفونی می شود	
	مشاهده		۲			تعداد یونیت در درمانگاه منطبق بر این نامه است	
	مشاهده		۲			تعداد تجهیزات متناسب با تعداد یونیت و بیماری باشد.	دارو و تجهیزات
	مشاهده و بررسی		۲			چیدمان وسایل استریل شده در کشوها مناسب می باشد	
عدم وجود داروهای غیر اورژانسی و تاریخ گذشته در درمانگاه	مشاهده و بررسی		۱			دارو و یا وسایل مصرفی تاریخ گذشته و یا داروی غیر اورژانس وجود ندارد	
پیش بند سربی، محافظ تیروئید در گروه های هدف	مشاهده و بررسی		۲			دستگاه رادیوگرافی پری اپیکال با رعایت اصول حفاظت از اشعه در درمانگاه موجود میباشد	
وجود تراسی احیاء به صورت کامل و با چیدمان استاندارد مجهز به پریرز برق - وجود داروهای اورژانس به طور کامل و با تاریخ معتبر - وجود چک لیست کنترل تراسی و داروها در هر نوبت کاری - رعایت دستورالعمل داروهای پرخطر	مشاهده و بررسی		۲			تراسی کد اورژانس ، داروها و امکانات کامل احیا وجود دارد	
	مشاهده و بررسی		۲			کپسول اطفاء حریق و برق اضطراری موجود است	
نصب دستورالعمل ممنوعیت استعمال دخانیات ، پوستر منشور حقوق بیمار و نحوه رسیدگی به شکایات در معرض دید مراجعین	مشاهده		۱			دستورالعمل ممنوعیت استعمال دخانیات ، پوستر منشور حقوق بیمار و نحوه رسیدگی به شکایات نصب می باشد.	رعایت حقوق گیرندگان خدمت
	مشاهده و مصاحبه		۲			حریم خصوصی و محرمانگی رعایت می شود	
مطابق دستورالعمل های ابلاغی وزارت متبوع و سایر مراجع ذی صلاح اقدام فاقد مجوز	مشاهده		۳			اقدامات درمانی - تشخیصی غیر مجاز انجام نمی شود	
	مشاهده		۲			تبلیغات غیر مجاز و اغوا کننده وجود ندارد	

	مشاهده و مصاحبه		۲			در صورت درخواست بیمار صورت حساب خدمات ارائه شده داده می شود.	
	مشاهده		۱			سیستم گرمایش و سرمایش و تهویه با وضعیت نور و نظافت مناسب موجود است	
	مشاهده		۱			تعرفه های مصوب وزارت متبوع در معرض دید عموم نصب شده است.	تعرفه
بررسی مستندات بر مبنای رعایت تعرفه های مصوب	مشاهده و بررسی		۲			تعرفه های مصوب ابلاغی وزارت متبوع رعایت می شود.	

ایرادات مشاهده شده :		نظریه کارشناس
.۱		
.۲		
.۳		
.۴		
.۵		
پیشنهادات اصلاحی :		
ضمن دریافت یک رونوشت از گزارش متعهد می شوم ظرف مدت یک ماه نواقص تذکر داده شده طبق مفاد چک لیست فوق را برطرف نموده و گزارش اقدامات اصلاحی را به صورت مکتوب به معاونت درمان دانشگاه ناظر تحویل دهم.		
نام و نام خانوادگی بازدید شونده :	امضا و مهر :	
نام و نام خانوادگی کارشناس بازدید کننده :	امضا (ها) :	

