

چک لیست کشوری مطب دندانپزشک عمومی / متخصص

نام و نام خانوادگی دندانپزشک :

شماره نظام پزشکی (مندرج در پروانه) :

ملی دارنده پروانه :

شماره و تاریخ اعتبار پروانه مطب :

رشته مندرج در پروانه: **

آدرس پستی و منطقه شهرداری :

تلفن ثابت و همراه :

تاریخ و ساعت بازدید :

ساعت و روزهای فعالیت :

شهرستان مجاز به فعالیت مندرج در پروانه مطب :

گرایش های مندرج در تابلو:

شرایط خاص *:

محور	عنوان	شاخص اندازه گیری					روش ارزیابی	توضیحات
		۰	۱	۲	ضریب	امتیاز		
مجوز	دندانپزشک دارای پروانه مطب طبابت معتبر مشغول به فعالیت می باشد.				۴		مشاهده	
	لابراتوار (ها) پروتز دندانی همکار مطب دارای مجوز قانونی می باشد.				۲		مشاهده	رویت تصویر پروانه
نیروی انسانی	افراد فاقد صلاحیت در مطب فعالیت نمی نمایند.				۳		مشاهده و بررسی	
	دستیار دندانپزشکی آموزش دیده با رعایت ضوابط و با حضور دندانپزشک فعالیت می کند.				۲		مشاهده	
اطلاع رسانی و مدارک پزشکی	اندازه ، تعداد و عناوین تابلو استاندارد می باشد.				۲		مشاهده	اندازه و تعداد تابلو مطابق با آئین نامه تابلو و سرنسخه سازمان نظام پزشکی- درج حد اکثر ۳ عنوان در تابلو - عدم استفاده از عناوین مرکز و یا پاراکلینیک - عدم درج زیبایی
	عناوین سرنسخه، کارت ویزیت و مهر پزشکی مطابق پروانه می باشد (سرنسخه ضمیمه گردد)				۲		مشاهده و بررسی	مشاهده همسان بودن عناوین تابلو و سرنسخه و کارت ویزیت
	دفتر یا سیستم ثبت الکترونیکی ثبت مشخصات جهت بیماران وجود دارد				۲		مشاهده مستندات	* نرم افزار قابل جایگزینی است
	برای تمامی مراجعین پرونده (الکترونیکی و یا فیزیکی) تشکیل می شود.				۲		مشاهده مستندات	ثبت نام و نام خانوادگی- سن- تاریخ و ساعت و علت مراجعه- اقدامات انجام شده- تشخیص بیماری و طرح درمان- درج نام و مهر دندانپزشک و تعرفه در پرونده
	الزامات آیین نامه ضوابط و تسهیلات مطب در مرحله تاسیس رعایت گردیده است.				۲		مشاهده و بررسی	شرایط مطابق آیین نامه مذکور
فضای فیزیکی	سوابق مصونیت بر علیه هیأتیت B برای کادر درمانی وجود دارد				۳		مشاهده مستندات	بررسی مستندات مربوط به مصونیت بر علیه هیأتیت B

پیشگیری و بهداشت	مدیریت پسماندهای نوک تیز و برنده (سفتی باکس) به شیوه صحیح انجام می پذیرد.				۲	مشاهده و بررسی	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
	قرارداد حمل زباله عفونی (ویژه) با مدیریت اجرایی پسماند پزشکی ویژه خدمات موتوری شهرداری وجود دارد				۱	مشاهده مستندات	وجود قرارداد دفع پسماند عفونی معتبر
	برای تمیز کردن کف و سطوح از محلول ضد عفونی کننده مناسب استفاده می گردد.				۱	مشاهده	وجود محلول های ضد عفونی سطوح کوچک و بزرگ - وجود محلول ضد عفونی سریع الاثر - استفاده صحیح از محلولهای ضد عفونی
	ضد عفونی ساکشن یونیت و اجزای مربوطه ، تری های قالب گیری و قالب ها قبل از ارسال انجام می گردد				۲	مشاهده	مشاهده،
	سینک روشویی از سینک شستشوی ابزار مجزا می باشد				۲	مشاهده	مشاهده
	از روکش یونیت، پیش بند، دستکش یکبار مصرف، ماسک، عینک محافظ و روپوش پزشکی مناسب استفاده می شود				۱	مشاهده	پوار آب و هوا، کلیدهای یونیت، دسته چراغ، سر ساکشن و ...
	جهت شستشوی ابزار آلوده از وسایل حفاظت فردی استفاده می شود				۲	مشاهده	دستکش و پنبه و پیش بند مناسب
	دفع صحیح و اصولی آمالگام مازاد بر مصرف انجام می گردد				۱	مشاهده	مطابق دستورالعمل های ابلاغی
	اصول بهداشت دست رعایت می گردد				۲	مشاهده	مشاهده- نصب پروشور اسکراب دست در محل روشویی
	برساز ابزار و وسایل قبل از ضد عفونی و استریلیزاسیون آنها بصورت صحیح انجام می شود.				۲	مشاهده	مطابق دستورالعمل ابلاغی
دارو و تجهیزات	سطل زباله درب دار و یا پدال دار با کیسه زباله زرد رنگ جهت زباله های عفونی وجود دارد				۱	مشاهده	وجود سطل های زباله درب دار پدالی به تعداد کافی - استفاده از کیسه زرد با آرم پرخطر جهت زباله های عفونی - استفاده از کیسه مشکی جهت زباله های غیر عفونی - تخلیه و شستشوی مرتب سطل های زباله
	وضعیت نور ، تهویه و سیستمهای برودتی/حرارتی و نظافت مطب ، مناسب می باشد				۱	مشاهده	وجود نور کافی (طبیعی یا مصنوعی) و تهویه مطلوب در مطب - کف و دیوار ها قابل شستشو - وجود روشویی - وجود سیستم سرمایش و گرمایش مناسب (غیر از بخاری گازسوز)
	دستگاه رادیوگرافی پری اپیکال استاندارد با رعایت دستور العمل های مربوطه موجود و مورد استفاده قرار می گیرد				۲	مشاهده	با رعایت استانداردهای مربوطه
	تعداد یونیت بر اساس حداکثر مجاز مصوب می باشد				۲	مشاهده	مطابق استاندارد مطب های دندانپزشکی حداکثر می توانند ۳ دستگاه یونیت (کار و معاینه) داشته باشند. مطب های متخصصین ارتودنسی می تواند ۴ دستگاه یونیت (کار و معاینه) داشته باشند.

مطابق استاندارد	مشاهده		۲				ست معاینه استریل در مطب وجود دارد. (به تعداد کافی)
شامل سر توربین، آنگل، ایرموتور، هندپیس جراحی، قلم کویترون، ترمیمی، درمان ریشه و ...	مشاهده		۲				ست درمان استاندارد به تعداد بیماران یک شیفت موجود می باشد
از جمله: لارنگوسکوپ، آمبوبگ، airway، لوله تراشه، آنژیوکت، آمبولهای هیدروکورتیزون، آدرنالین، آتروپین و دیازپام، نالوکسان، و پرل TNG) و ...	مشاهده و بررسی		۲				ست احیاء و داروهای اورژانس (emergency box) وجود دارد
وجود کپسول اکسیژن آماده و ایمن به همراه مانومتر و ماسک اکسیژن یکبار مصرف و رعایت موارد کنترل عفونت	مشاهده و بررسی		۲				کپسول اکسیژن سالم و پر با مانومتر سالم و ماسک تمیز وجود دارد
وجود مستندات و سوابق مربوط به کالیبراسیون اتوکلاو و تست اتوکلاو معتبر	مشاهده و بررسی		۳				جهت استریل کردن وسایل صرفاً از اتوکلاو کلاس B استفاده می شود
وجود یک کپسول آتش نشانی ۴ کیلوگرمی با شارژ معتبر به ازاء هر ۵۰ متر مربع	مشاهده و بررسی		۱				کپسول اطفاء حریق (با شارژ معتبر) وجود دارد
							دستگاه فشارسنج کالیبره و سالم وجود دارد.
							یونیت های دندانپزشکی از ساکشن مرکزی یا برقی برای مکش استفاده می کنند
مشاهده نصب پروانه در معرض دید مراجعین	مشاهده		۱				پروانه مطب معتبر در معرض دید نصب می باشد
مطابق دستورالعمل ابلاغی	مشاهده		۱				اصول محرمانگی اطلاعات بیمار و حریم خصوصی رعایت می گردد. حفظ اصول محرمانگی، حریم خصوصی و الزامات طرح انطباق رعایت می گردد.
انجام تبلیغات با اخذ مجوز لازم از سازمان نظام پزشکی - عدم وجود تبلیغات غیر مجاز و گمراه کننده	مشاهده و بررسی		۲				تبلیغات غیر مجاز و یا گمراه کننده وجود ندارد.
مطابق دستورالعمل های ابلاغی وزارت متبوع و سایر مراجع ذی صلاح اقدام فاقد مجوز یا فرد فاقد صلاحیت	مشاهده		۳				اقدامات درمانی- تشخیصی غیر مجاز انجام نمی شود
رؤیت نصب تعرفه ها در معرض دید مراجعین در سالن انتظار	مشاهده		۱				تعرفه های مصوب ابلاغی در معرض دید بیماران نصب است
بررسی مستندات (دفاتر پذیرش و ...) مبنی بر رعایت تعرفه های مصوب ابلاغی و وزارت متبوع	مشاهده و بررسی		۳				تعرفه های مصوب ابلاغی وزارت متبوع، رعایت می گردد.

اشکالات مشاهده شده :		نظریه کارشناس
پیشنهادهای اصلاحی :		
ضمن دریافت یک رونوشت از گزارش متعهد می شوم ظرف مدت 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 و تاریخ :
نام و نام خانوادگی کارشناسان بازدید کننده :		امضا (ها)