

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:

تلفن همراه مسئول فنی:

تلفن ثابت مرکز:

مجوز خاص: *

آدرس پستی و منطقه شهرداری:

تاریخ و ساعت بازدید:

محور	عنوان	شاخص اندازه گیری					روش ارزیابی	توضیحات
		۰	۱	۲	ضریب	امتیاز		
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 سرنسخته 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 برائت 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

**پیشگیری و
بهداشت**

مشاهده و بررسی		۲		وسایل آلوده دندانپزشکی پس از استفاده بلافاصله بوسیله آب شسته و سپس در محلول ضدعفونی (مورد تاییدوزارت بهداشت و درمان) غوطه ور میشود
مشاهده و بررسی	اتوکلاو کلاس B با شرایط استاندارد	۳		وسایل نگهداری شده در محلول ضد عفونی در پایان روز پس از برساژ مجددا با آب شسته ، خشک شده و در اتوکلاو استریل میشود
مشاهده و بررسی	تعویض به موقع safety box (پس از پرشدن ۳/۴ safety box) - درج تاریخ شروع استفاده بر روی safety box - نحوه OUT نمودن safety box	۲		مدیریت پسماندهای نوک تیز و برنده (سفتی باکس) به شیوه صحیح انجام می پذیرد.
مشاهده مستندات	وجود قرارداد دفع پسماند عفونی معتبر	۱		قرارداد حمل زباله عفونی با خدمات موتوری شهرداری وجود دارد
مشاهده و مصاحبه	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	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
مشاهده	پوار آب و هوا، کلیدهای یونیت، دسته چراغ، سر ساکشن و ...	۱		از روکش یونیت، پیش بند، دستکش یکبار مصرف، ماسک، عینک محافظ و روپوش پزشکی مناسب استفاده می شود
مشاهده	دستکش و پنبه و پیش بند مناسب	۲		جهت شستشوی ابزار آلوده از وسایل حفاظت فردی استفاده می شود
مشاهده و مصاحبه	مطابق با دستورالعمل کنترل عفونت در دندانپزشکی وزارت متبوع	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			اتاقی CSR استاندارد وجود دارد
مشاهده	وجود سطل زباله دربدار با کیسه ی زرد رنگچک شود	۲		دستورالعمل کنترل عفونت دندانپزشکی در محور بهداشت دست، بهداشت عمومی و فردی رعایت می گردد.
مشاهده	پیش بند، لیوان ، روکش یونیت و اجزا ، دستکش(جهت دندانپزشک و دستیار)- سر ساکشن	۱		برای بیماران از وسایل یک بار مصرف ضروری یکبار مصرف استفاده میشود
مشاهده و بررسی	مشاهده و بررسی	۲		کلیه سطوح وکف 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		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 هپاتیت 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 ضد عفونی میشوند	
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 ضد عفونی می شود	
	مشاهده		۲			تعداد یونیت در درمانگاه منطبق بر این نامه است	دارو و تجهیزات
	مشاهده		۲			تعداد تجهیزات متناسب یا تعداد یونیت و بیماری باشد.	
	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 اورژانسی 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 پریش برق - وجود داروهای اورژانسی 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 اورژانسی ، داروها و امکانات کامل احیا وجود دارد	
	مشاهده و بررسی		۲			کپسول اطفا حریق و برق اضطراری موجود است	رعایت حقوق گیرندگان خدمت
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.	
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
پیشنهاد اصلاحی و مداخلات قابل اجرا:		
<p>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 .</p>		
نام و نام خانوادگی بازدید شونده:	امضا و مهر	
نام و نام خانوادگی کارشناس بازدید کننده :	امضا	امضا