

پزشک

دندان پزشکی

باسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس
اداره ارزیابی و صدور پروانه های مؤسسات درمانی

فرم تأیید محل مطب / دفتر کار

نام و نام خانوادگی: شماره نظام پزشکی: تخصص:
تاریخ اعتبار پروانه: استخدام / شاغل در مکان: می باشم / نمی باشم
آدرس دقیق مطب / دفتر کار

آدرس:

تلفن همراه:

تلفن ثابت:

زمان فعالیت: صبح عصر صبح و عصر

روزهای فعالیت:

کروکی دقیق مطب / دفتر کار

- این قسمت توسط
کارشناس صدور پروانه
ها تکمیل می گردد.
مرحله بازدید:
 مرحله اول
 مرحله دوم
 مرحله سوم
 مرحله بهره برداری
امضاء کارشناس

با توجه به نظریه کارشناسی و موافقت اداره ارزیابی و صدور پروانه ها اینجانب متعهد می شوم پس از اخذ تأییدیه فضای فیزیکی فوق مراجعه و تاریخ شروع بکار خود را مکتوب به این اداره اعلام نمایم. ضمناً قبل از هرگونه نقل و انتقال و جابجایی محل مطب/دفتر کار به جای دیگر و تغییر فضای موجود مراتب را به این اداره اطلاع دهید.

اطلاعات عمومی مربوط به مطب / دفتر کار

مهتر و امضاء متقاضی

- تاریخ:
- شماره نظام پزشکی:
- ۱- مطب/دفتر کار مشترک با خانم یا آقای
 ۲- مالکیت: شخصی استیجاری
 ۳- تعداد طبقات ساختمانی: یک طبقه دو طبقه سه طبقه چهار طبقه بیشتر
 ۴- ساختمان آسانسور دارد: بلی غیر
 ۵- واحد ساختمانی مطب از محل مسکونی جدا است: بلی خیر
 ۶- ساختمان: نو ساز قدیم
 ۷- بخش تزیینات و مطب در یک واحد ساختمانی قرار دارد: بلی خیر نامربوط

معیارهای فضای فیزیکی مرکز

مساحت ۱۲ متر یا بیشتر
ارتفاع تا سقف ۲/۷۰ متر می باشد.
مسدود بودن درزهای سقف ، کف دیوارها با مصالح ساختمانی قابل قبول
رنگ آمیزی سقف با رنگ روشن و مناسب
پوشش دیوارها بر اساس فرم پیوست شماره ۱
دارای سیستم تهویه ، حرارتی و برودتی کارا می باشد (عدم استفاده از پنکه سقفی و دستی)
نور کافی و مناسب می باشد
کلید پنجره های ورودی به مطب /دفتر کار و هواکش های برقی در تمام قسمتها مجهز به توری می باشد.
کف قابل شستشو می باشد (بر اساس فرم پیوست شماره ۱)
اتاق روشویی دارد (با مخزن صابون مایع)
پلکان استاندارد (بر اساس فرم پیوست شماره ۱) با استفاده از حفاظ مناسب در بالکن و پنجره ها جهت جلوگیری از حوادث احتمالی
وضعیت بهداشتی راهرو و پله ها مناسب است
سرویس بهداشتی مناسب جهت مراجعین وجود دارد (کاشی تا زیر سقف، دارای فلاش تانک و تهویه، روشویی و مخزن صابون مایع)
کپسول اطفاء حریق کارا یا سیستم مناسب کنترل آتش سوزی وجود دارد (کپسول ۴ کیلوگرمی با شارژ معتبر)
استفاده از آب مصرفی لوله کشی بهداشتی و سالم بودن اتصالات
کافی و مناسب بودن میزان روشنایی در کلید قسمتها و عدم استفاده از لامپ آویز
داشتن سطل زباله مخصوص زباله های عادی و عفونی (آبی و زرد رنگ)
تعداد و اندازه تابلو مطابق استانداردهای لازم باشد. (۵۰*۷۰ فلزی یا مطابق آیین نامه سازمان نظام پزشکی)

نظریه کارشناسی

۱- تایید می شود

۲- پس از رفع نواقص تایید می شود

۳- تایید نمی شود

نام و امضاء کارشناس اول:

نام و امضاء کارشناس دوم:

توضیح:

۵- تعطیلی مطب و دفاتر کار

- متقاضی می بایست در صورت تعطیل نمودن محل مطب (موقت و یا دائم) مراتب را حضوری و کتبی به اداره ارزیابی و صدور پروانه های دانشگاه و یا شبکه بهداشت و درمان شهرستان مربوطه اعلام نماید.
- مکاتبه با سازمانهای بیمه گر، شهرداری، دارایی و... در خصوص تعطیلی مشروط به تأیید قبلی فضای فیزیکی مطب و اعلام قبلی تاریخ شروع بکار در مطب از طرف متقاضی می باشد.
- متقاضی می تواند در صورت تمایل فرد جایگزین واجد شرایطی (دارای پروانه مطب معتبر شهر یا منطقه ای که مطب در آن است، عدم تداخل با برنامه کاری فرد جایگزین و...) را پس از هماهنگی و اخذ مجوز از این اداره در مطب مشغول به فعالیت نماید.
- قابل ذکر است در صورت عدم اعلام تاریخ مذکور توسط متقاضی این اداره پاسخگوی سازمانهای بیمه گر، ارائه گواهی سابقه کار و... نمی باشد.

۶- جابجایی محل مطب

- اعلام تاریخ تعطیلی مطب قبلی و مجدداً طی مراحل قبلی از قبیل (اخذ نوبت بازدید، پیگیری جهت بازدید از محل مطب، اعلام تاریخ شروع بکار در محل مطب جدید توسط متقاضی، اعلام تاریخ تعطیلی مطب قبلی توسط متقاضی و...)

۷- قطع حق محرومیت از مطب

- پزشکان و دندانپزشکان (مشمول طرح نیروی انسانی، تعهدات ضریب K، رسمی و پیمانی و...) می بایست پس از افتتاح و شروع بکار در مطب مراتب را به اطلاع محل کار خود برسانند.

- ۸- متقاضی می بایست در خصوص مقررات کلی و عمومی از جمله اندازه، نصب و برداشتن تابلو، انجام تبلیغات، بکارگیری پرسنل در محل کار و مطب اعم از (متصدی قزبقات، دندانساز، عینک ساز، دستیار و...) هماهنگی لازم را با معاونت درمان انجام دهند.

- ۹- در صورتی که نوبت بازدید دوم به بعد می باشد می بایست فیش بانکی مربوطه واریز گردد.

نکته:

- دفاتر کار کاروپراکتیک، کار درمان، پزشک متخصص ارتوپد، متخصص طب فیزیکی و توانبخشی می بایست دارای رمپ یا آسانسور باشند.
- شرایط انجام سونوگرافی در مطب متخصص زنان و زایمان: استقرار دستگاه سونوگرافی در مطب متخصص زنان و زایمان در حیطه تخصصی مربوطه و عدم ارائه گزارش و دریافت وجه و صرفاً جهت بیماران خود بلامانع است (فارغ التحصیلان رشته زنان و زایمان دارای فلوشیپ پریناتولوژی و دوره تکمیلی تخصصی ناباروری مجاز به اخذ تعرفه می باشد)
- در صورت عدم حضور متقاضی در زمان بازدید فرد جایگزین می بایست اطلاعات جامعی از وضعیت فضای فیزیکی و محل استقرار تجهیزات مطب و یا مؤسسه داشته باشند.
- پزشکانی که قصد تأسیس مطب پزشک خانواده دارند می بایست یک اتاق ۱۲ متری و دارای روشویی باشد جهت دستیار ارائه نمایند. (پوشش دیوار به رنگ روشن و روغنی قابل شستشو باشد)

اینجانب دکتر (پزشک/ دندانپزشک) (عمومی/ متخصص/ فوق تخصص)

شماره نظام پزشکی متعهد به رعایت موارد فوق الذکر می گردم و حاضریم در صورت عدم رعایت مراتب

فوق با اینجانب طبق مقررات قانونی برخورد گردد و حق هیچگونه اعتراضی نخواهم داشت.

مهر و امضای نظام پزشکی

ندارد	دارد	لیست تجهیزات ضروری مطب
		۱- کپسول اکسیژن به همراه مانومتر و ماسک اکسیژن یک بار مصرف
		۲- آمپول، ماسک، air way، لارنگوسکوپ، لوله تراشه (سایز اطفال و بزرگسال)
		۳- Safety Box جهت معدوم ساختن نیدل ها و اجسام نوک تیز و برنده
		۴- وجود اتوکلاو کلاس B در مطب های دندانپزشکی
		۵- گوشی
		۶- دستگاه فشارخون
		۷- چکش رفلکس
		۸- پایه سرم
		۹- تخت معاینه
		۱۰- پاراوان
		۱۱- چراغ قوه
		۱۲- ترازو
		۱۳- اتوسکوپ
		۱۴- آنژیوکت در سایزهای مختلف
		۱۵- ست سرم
		۱۶- سرنگ 2cc-5cc-10cc
		۱۷- لارنگوسکوپ
		۱۸- کپسول اطفاء حریق ۴ کیلوگرمی با شارژ معتبر

لیست داروهای اورژانس

تعداد	نام دارو
۵ عدد	آمپول دیازپام
۱۰ عدد	نیتروگلیسیرین زیرزبانی
هر کدام دو عدد	R/L-D/S D/W 5%

تعداد	نام دارو
۵ عدد	آمپول اپی نفرین
۲ عدد	آمپول نالوکسان
۳ عدد	آمپول هیدروکورتیزون
۵ عدد	آمپول اتروپین

* در خصوص فوق تخصصین گوارش وجود تراسی احياء به صورت كامل و با چیدمان استاندارد و دستگاه الكتروشوك نیز الزامی می باشد.

* در خصوص متخصصین زنان و زایمان داشتن ست زایمان فقط برای موارد اورژانس - ست IUD- اسپکولوم یک بار مصرف سونی کید- دستگاه فور یا اتوکلاو الزامی می باشد

* در خصوص متخصصین و فوق تخصص قلب وجود تراسی احياء كامل با چیدمان استاندارد الزامی می باشد

* در خصوص شرایط اتاق آندوسکوپي و کولونوسکوپي وجود اتاق مستقل با حداقل مترای ۱۲ متر مربع دارای روشویی، تهویه مطلوب و نور مناسب، دیوار پوشش تا زیر سقف کاشی یا سنگ (صاف و صیقل به رنگ روشن) قابل شستشو، وجود کمد قابل شستشو و دارای اشعه UV و هواکش جهت نگهداری اسکوپ ها، سینک دو مرحله ای جهت شستشو اسکوپ ها، کف اتاق مقاوم و صاف بدون درز و قابل شستشو (در صورت استفاده از پوشش کف به جز سرامیک می بایست نمونه جهت تأییدیه به اداره ارائه گردد)

این قسمت مربوط به متقاضیان دندانپزشکی می باشد

ریاست محترم اداره دندانپزشکی

با سلام

احتراماً اینجانب دکتر به شماره نظام پزشکی متقاضی تأسیس مطب در آدرس مذکور می باشم خواهشمندم در این خصوص اعلام نظر فرمائید.

تاریخ

امضاء و مهر متقاضی

اعلام نظر ریاست محترم اداره دندانپزشکی

فرم شماره (۱)

- ۱- پوشش دیوار اتاقهای عمل سریانی، تزریقات و پانسمان تا زیر سقف کاشی یا سنگ (صاف و صیقل به رنگ روشن)
- ۲- پوشش دیوار اتاقهای معاینه، متخصص زنان و زایمان، دندانپزشک، مامائی، اتاق گچ، کارگاه دندانسازی پروتز دندانی تا ارتفاع ۱/۸۰ با سنگ یا کاشی (صاف و صیقل به رنگ روشن) و مابقی تا زیر سقف صاف، صیقل، بدون درز و قابل شستشو به رنگ روغن روشن
- ۳- سایر فضاها به جز موارد بند ۱ و ۲ پوشش دیوارها صاف، صیقل، بدون درز و قابل شستشو به رنگ روغنی روشن و با قرنیز سنگی ۲۰-۱۰ سانتی متری (اطراف روشویی به عرض ۱ متر و ارتفاع ۱/۵ متر سنگ یا کاشی)
- ۴- کف اتاقها مقاوم، صاف، بدون درز و قابل شستشو (در صورت استفاده از پوشش کف به جز سرامیک می بایست نمونه آن جهت تأییدیه به اداره ارائه گردد.)
- ۵- در خصوص استفاده از پوششهایی به جز کاشی و رنگ روغن برای دیوارها می بایست نمونه آن جهت تأیید به اداره ارائه گردد.
- ۶- در نظر گرفتن اتاق CSSD مجزا جهت مطبهای دندانپزشکی مساحت ۶ مترمربع با در نظر گرفتن سینک شستشو و محل استقرار اتوکلاو کلاس B الزامی است.
- ۷- پزشک خانواده می بایست دارای ۳ اتاق باشد که شامل اتاق معاینه پزشک، اتاق تزریقات و پانسمان و اتاق دستیار پزشک خانواده است.
- ۸- در خصوص دفتر کار مامایی و متخصص زنان و زایمان و وجود تنها یک مجموعه پلکان که شامل یک پاگرد و حداکثر ۳ پله می باشد مورد تأیید است.

جدول اصلاح شده داروهای اورژانس مورد نیاز در مطب های دندانپزشکی

ردیف	اسم ژنریک دارو	شکل دارو	تعداد	دوز
۱	اپی نفرین	amp	یک سرنگ لود شده + سه آمپول یک میلی لیتری	1:1000(1mg/ml)
۲	دیفن هیدرامین	amp	سه آمپول یک میلی لیتری	50mg/ml
۳	نیترو گلیسرین	اسپری یا قرص زیر زبانی	یک اسپری	0.4mg/dose
۴	آلبوتروپول (سالبوتامول)	اسپری	یک اسپری	
۵	آسپرین	قرص	دو ورق	325mg
۶	آب مقطر	ویال	۱۰	5ml
۷	لیدوکائین ۲٪	amp	۲	20mg/cc-5mg
۸	دیازپام	amp	۳	5mg/cc-2cc or 10mg/cc-1cc
۹	هیدرو کورتیزون	amp	۵	100mg/2cc
۱۰	دکستروز ۵۰٪	ویال	۱	50cc
۱۱	سدیم کلراید ۰/۹٪	معلول	۲	1000cc
۱۲	شکر یا قند		یک بطری	

وسایل ضروری مطبهای دندانپزشکی

نام وسیله	تعداد
انوکلاو کلاس B	یک دستگاه
کپسول اکسیژن از نوع E	یک سیلندر
ماسک اکسیژن	یک عدد برای بالغین یک عدد برای اطفال
دریچه فشار مثبت اکسیژن (آمبو بگ)	یک عدد برای بالغین یک عدد برای اطفال
سرنگ تزریق	سه عدد سرنگ دو سی سی
ساکشن و سر ساکشن	حداقل دو عدد سر ساکشن
توربینک	یک عدد
فشار سنج	یک عدد
گوشی پزشکی	یک عدد
فورسپس تکمیل	یک عدد

درخواست تاسیس مطب

دندانپزشکی

رئیس محترم اداره امور دندانپزشکی

با سلام و احترام

اینجانب دکتر دندانپزشک (عمومی/متخصص)
استخدام دانشگاه / غیراستخدام به شماره نظام پزشکی بدینوسیله درخواست تاسیس
مطب به آدرس: دارم.

(در ضمن فرم تاییدیه محل مطب را نیز کاملا تکمیل نموده، تعهد می نمایم مفاد آن را کاملا اجرا
نمایم) خواهشمند است وفق مقررات اقدامات لازم را به عمل آورید.

مهر و امضاء:

شماره تماس:

• پس از تنظیم به انضمام تصویر پروانه مطب و تصویر سند مالکیت به اسم تاسیس کننده مطب یا اجاره نامم
معتبر به نام موسس مطب و فرم تایید محل به میز خدمت جهت ثبت در دبیرخانه دانشگاه مراجعه فرمائید.