

## دانشگاه علوم پزشکی شیراز

### مدیریت نظارت و اعتبار بخشی معاونت درمان / اداره امور رادیولوژی

#### چک لیست ارزیابی فنی تخصصی واحدهای تصویربرداری واگذار شده به بخش خصوصی

نام واحد واگذار شده: \_\_\_\_\_ نام و نام خانوادگی پیمانکار: \_\_\_\_\_  
 تاریخ اعتبار پروانه بهره برداری بخش تصویربرداری: \_\_\_\_\_ نام و نام خانوادگی مسئول فیزیک بهداشت: \_\_\_\_\_  
 تاریخ اعتبار پروانه مسئول فنی بخش تصویربرداری: \_\_\_\_\_ تلفن همراه پیمانکار: \_\_\_\_\_  
 تاریخ اعتبار تائیدیه مجوز کار با اشعه: \_\_\_\_\_ تلفن مرکز: \_\_\_\_\_  
 تاریخ ارزیابی: \_\_\_\_\_

#### تجهیزات بخش واگذار شده:

رادیوگرافی CR□/DR □ ماموگرافی CR□/□DR □ سنجش تراکم استخوان □ ام آر آی □  
 پری اپیکال □ پانورکس CR□/□ DR □ سونوگرافی □ سی تی اسکن □

محور	عنوان	روش ارزیابی		توضیحات
		امتیاز کل	امتیاز	
مجوز	بخش واگذار شده دارای مسئول فنی رادیولوژیست با پروانه معتبر می باشد.	۱۰		رویت پروانه مسوول فنی بخش تصویربرداری مشاهده
	مرکز دارای مجوز کار با اشعه معتبر می باشد.	۶		رویت مجوز کار با اشعه معتبر بخش تصویربرداری مشاهده
	کنترل کیفی و کالیبراسیون سالیانه دستگاه ها انجام می شود.	۵		ثبت تاریخ آخرین کالیبراسیون مشاهده
	مرکز دارای تاییدیه بهداشت ( تایید نقشه و دوزیمتری ) سالیانه می باشد.	۵		ثبت تاریخ دزیمتری مشاهده
	مسئول فنی و مسئول فیزیک بهداشت در برنامه کاری بخش حضور دارد.	۵		مشاهده
نیروی انسانی ، قوانین و مستندات	لیست پزشکان همکار و پرتوکاران مطابق با اسامی اعلامی به معاونت درمان و مجوز کار با اشعه می باشد	۶		بررسی مستندات مربوط به ارسال لیست پزشکان و پیراپزشکان به معاونت درمان و طبق مجوز کار با اشعه مشاهده
	پرتوکاران بخش ، فارغ التحصیل رشته تحصیلی مرتبط بانوع فعالیت خودمی باشند.	۵		مطابق آیین نامه مشاهده
	رعایت قانون انطباق در خدمات تصویربرداری	۵		بررسی برنامه شیفت بندی بخش تصویربرداری مشاهده
	مقررات ویژه پرتوکاران موضوع مفاد ۲۰ از فصل پنجم قانون حفاظت در برابر اشعه رعایت می شود.	۵		مطابق قانون حفاظت در برابر اشعه مشاهده
	ارزیابی کیفیت تصاویر و اصول گزارش نویسی توسط	۸		پزشک متخصص در بازه های زمانی مشخص کلیشه مشاهده

های تصویربرداری را ارزیابی کیفی نماید			مسئول فنی انجام شده و اقدامات اصلاحی انجام میشود.
	مشاهده و بررسی	۵	ارائه گزارش اورژانسی به فوریت و ارائه گزارش غیر اورژانسی حداکثر ظرف ۷۲ ساعت برنامه ریزی و اجرا می شود.
مطابق آیین نامه و قوانین / الزامات کنترل عفونت ، رضایت آگاهانه و ....	مشاهده	۵	اقدامات تشخیصی درمانی انجام شده مطابق با خدمات واگذار شده و با رعایت استانداردها انجام می پذیرد.
	مشاهده	۵	اطلاعات بیمار در سیستم پذیرش بیمارستان ثبت می گردد.
	مشاهده	۵	فروش دارو و تجهیزات در مرکز انجام نمی گیرد.
	مشاهده مستندات	۵	گزارشات دوره ای فیلم بیج و آزمایشات دوره ای کارکنان موجود بوده و با پرسنل فعال مطابقت دارد.
رؤیت و بررسی دریافتی ها	مشاهده و بررسی	۵	تعرفه مصوب رعایت می شود.
	مشاهده	۵	اقدامات حفاظتی مربوط به، مراجعین، زنان باردار و کودکان در موسسه رعایت میگردد.
	مصاحبه و بررسی	۵	مراجعین نسبت به ارائه خدمات و نحوه برخورد پرسنل، رضایت دارند.
		۱۰۰	جمع کل

سایر

بررسی چند تعرفه خدمت ( ترجیحا مبالغ دریافتی آزاد با ذکر کد ملی تعرفه ) انجام شود:

هزینه اضافی تحت هر عنوان ( چاپ فیلم / وسائل مصرفی / مواد ضد عفونی کننده یا .... ) از بیمار اخذ  می شود  نمی شود

ایرادات مشاهده شده:	<b>نظریه کارشناس</b>
پیشنهاد اصلاحی و مداخلات قابل اجرا:	
ضمن دریافت یک رونوشت از گزارش فوق تمامی موارد مورد بررسی و مفاد چک لیست به رؤیت و تایید اینجانب رسیده است .	
امضاء و مهر شرکت حقوقی و یا فرد حقیقی ( پیمانکار ) :	نام و نام خانوادگی پیمانکار یا نماینده قانونی ایشان :
امضاء کارشناس رادیولوژی مورد تایید : امضاء رئیس یا مدیر مرکز :	نام و نام خانوادگی کارشناس رادیولوژی مورد تایید بیمارستان یا مرکز واگذار کننده :