



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس

فرم درخواست بهره‌برداری

درمانگاه چند تخصصی درد

نمونه معاونت درمان

(اداره ارزیابی و صدور پروانه)

فرم ارزیابی و بهره برداری درمانگاه چند تخصصی درد

نام موسسه :

نام موسس / موسسین:

- نوع وابستگی : ☐ دولتی ☐ خصوصی ☐ تعاونی ☐ غیره
- نوع مالکیت: ☐ مستقل ملکی ☐ استیجاری ☐ غیره
- وضعیت ساختمانی : ☐ زمین می باشد ☐ در حال احداث ☐ آماده بهره برداری

مشخصات کلی ساختمان مرکز

- مساحت کل مرکز متر مربع
- مساحت زیر بنا متر مربع
- تعداد طبقات
- تعداد کل اتاقهای موسسه:
- کاربری هر طبقه به تفکیک :

آدرس دقیق موسسه / مرکز

شهر : منطقه شهرداری : خیابان : کوچه :

پلاک : طبقه: واحد : جنب : تلفن تماس ثابت:

همراه

کروکی دقیق مؤسسه / مرکز

نام و امضاء متقاضی / نماینده موسسه :

تاریخ درخواست

معیارهای فضای فیزیکی مرکز	
ارتفاع تا سقف حداقل	۲/۷۰ متر
عرض راهروهای ورودی	حداقل ۱/۵۰ متر
ارتفاع پله	حداکثر ۱۸ سانتی متر
عرض پله	۳۰ سانتی متر
طول پله	حداقل ۱۲۰ سانتی متر
سالن انتظار، پذیرش و ایستگاه پرستاری	حداقل ۳۰ مترمربع
حسابداری و بایگانی	۱۲ مترمربع
اتاق مدیریت و مسئول فنی	۱۲ مترمربع
انبار تجهیزات	۸ مترمربع
اتاق تحت نظر حداقل ۲ تخت	۱۲ مترمربع
اتاق جراحیهای سرپایی و تزریقات	۱۶ مترمربع
محوطه نظیفات و حوضچه تی شوی	۶ مترمربع
سرویسهای بهداشتی مراجعین (۲ سرویس به تفکیک خانم ها و آقایان با تهویه مناسب و ارتفاع حداقل ۲ متر)	۸ مترمربع
سرویس بهداشتی پرسنل (۲ سرویس به تفکیک خانم ها و آقایان با تهویه مناسب و ارتفاع حداقل ۲ متر)	۸ مترمربع
آبدارخانه	۸ مترمربع
محل ژنراتور برق اضطراری	۶ مترمربع
محل جمع آوری مجزای پسماندهای عفونی و عادی و نگهداری در مکان مناسب	۶ مترمربع
رختکن و اتاق استراحت پرسنل (به تفکیک خانم ها و آقایان)	۱۲ مترمربع

[illegible][illegible][illegible]

معیارهای فضای فیزیکی مرکز	
CSR	۸ مترمربع
اتاقهای مشاوره و معاینه حداقل ۳ اتاق	(هر کدام ۱۲ مترمربع)
داروخانه در صورت نیاز	حداقل ۴۰ متر مربع
اتاق جهت انجام الکتروآنسفالوگرافی	
اتاق جهت طب سوزنی و تحریک الکتریکی (در صورت نیاز)	حداقل ۱۲ مترمربع
رعایت ضوابط استاندارد در ابعاد درب ها (عرض درب ورودی ۱۲۰cm - درب اتاقها ۱ متر - درب سرویس ۷۵cm)	
مرکز دارای آسانسور می باشد	
مرکز دارای رمپ ورودی می باشد . (با در نظر گرفتن شیب مناسب)	
وجود منبع ذخیره آب	
مرکز دارای سیستم سرمایش و گرمایش مناسب و استاندارد می باشد(عدم استفاده از پنکه)	
مجوز بودن مرکز به ژنراتور <input type="checkbox"/> برق اضطراری <input type="checkbox"/>	

تجهیزات تاسیساتی، ایمنی و حفاظتی
رعایت شرایط محافظتی و ایمنی مانند قرار دادن حفاظ برای پله و تخت بیماران و روشنایی کافی، محافظت در برابر سیستم الکتریکی به نحویکه ایمنی بیماران و پرسنل در موسسه تامین شود الزامی است
سیستم برق اضطراری داشته باشد(بویژه بیمارستان، درمانگاه، مرکز جراحی محدود، مرکز درمان نابار وری و...)
سیستمهای برودتی / حرارتی موسسه مناسب باشد(درجه حرارت ۲۵-۲۰ تامین گردد)
سیستم اطفاء حریق دارای شارژ معتبر مناسب باشد(به ازای هر ۵۰ متر مربع یک کیپسول ۴ کیلوگرمی)
پریزهای برق در محل مناسب و با حفاظ مناسب وجود داشته باشد
رعایت قوانین و مقررات
مرکز در خیابان اصلی واقع است.
مرکز دارای حداقل یک خط تلفن اعلام شده به ۱۱۸ می باشد
عنوان تابلو طبق متن مندرج در پروانه تاسیس است
اندازه تابلو بر اساس ابعاد استاندارد می باشد.(ابعاد ۱۰/۵×۲/۱ و حداکثر ۲ تابلو)

نوبت اول		نوبت دوم		نوبت سوم	
بلی	خیر	بلی	خیر	بلی	خیر

لیست تجهیزات پزشکی مورد نیاز جهت بهره برداری درمانگاه عمومی

نوبت سوم		نوبت دوم		نوبت اول		لیست تجهیزات
بلی	خیر	بلی	خیر	بلی	خیر	
						گوشی پزشکی به ازای هر اتاق پزشک ۱ عدد
						فشارخون سنج دستی (رومیزی) به ازای هر اتاق پزشک ۱ عدد
						افتالموسکوپ ۲ عدد
						الکتروانسفالوگراف EEG ۱ عدد
						الکتروشوک ۱ عدد
						ترالی اورژانس ۱ عدد
						ساکشن پرتابل ۱ عدد
						ترازوی وزن و قد سنج به ازای هر اتاق پزشک ۱ عدد
						اتوکلاو کوچک ۲ عدد
						ست پانسمان ۱ عدد
						سوچرست ۱ عدد
						تجهیزات مورد نیاز جهت انجام طب سوزنی (در صورت نیاز) ۱ عدد
						یخچال دارو ۱ عدد
						کپسول اکسیژن ۲ عدد
						تخت معاینه به ازای هر اتاق پزشک ۱ عدد
						پاراوان به ازای هر اتاق پزشک ۱ عدد
						پایه سرم ۳ عدد
						کمد دارو ۲ عدد
						چراغ معاینه به ازای هر اتاق پزشک ۱ عدد
						دیش پانسمان ۳ عدد
						بیکس گاز وپنبه به ازای هر اتاق پزشک ۱ عدد

لیست تجهیزات		نوبت اول		نوبت دوم		نوبت سوم	
		بلی	خیر	بلی	خیر	بلی	خیر
جای درجه دهانی به ازای هر اتاق پزشک	۱ عدد						
جای آبسلانک به ازای هر اتاق پزشک	۱ عدد						
ترالی پانسمان	۱ عدد						
جای پنبه الک به ازای هر اتاق پزشک	۱ عدد						
نکاتوسکوپ به ازای هر اتاق پزشک	۱ عدد						
تابوره به ازای هر اتاق پزشک	۱ عدد						
چکش رفلکس به ازای هر اتاق پزشک	۱ عدد						
ترالی حمل اکسیژن	۱ عدد						
برانکارد	۱ عدد						
ویلچر	۱ عدد						
اتوسکوپ	۲ عدد						
تجهیزات مورد نیاز جهت انجام بلوکهای تخصصی و تزریقات داخلی نخاعی و متصل							

نکته: لیست نواقص تجهیزات خاصی که در فرم مذکور عنوان نشده است شامل :

بلی ☐ خیر ☐

لیست تجهیزات موجود مطابق با آئین نامه می باشد.

(۵) نیروی انسانی:

لیست پرسنل درمانگاه

[illegible]

نکته: چنانچه پرسنل در مرکز در مانی دیگری مشغول به کار هستند نام مرکز و شیفت کاری عنوان گردد.

..... توضیحات:

☐ بلی ☐ خیر

- نیروی انسانی معرفی شده مطابق با آئین نامه می باشد.

نظریه کارشناسان مرحله اول :

مورد تأیید می باشد ☐ مورد تأیید نمی باشد ☐ پس از رفع نواقص و بازدید مجدد تأیید می گردد ☐

نام و امضاء کارشناسان : ۱- ۲-

نظریه کارشناسان مرحله دوم :

مورد تأیید می باشد ☐ مورد تأیید نمی باشد ☐ پس از رفع نواقص و بازدید مجدد تأیید می گردد ☐

نام و امضاء کارشناسان : ۱- ۲-

نظریه کارشناسان مرحله سوم :

مورد تأیید می باشد ☐ مورد تأیید نمی باشد ☐ پس از رفع نواقص و بازدید مجدد تأیید می گردد ☐

نام و امضاء کارشناسان : ۱- ۲-