



دانشگاه علوم پزشکی  
و خدمات بهداشتی درمانی استان کلوم

فرم درخواست بهره برداری

# دانشگاه دندانرشی

حوزه معاونت درمان

(اداره ارزیابی و صدور پروانه)



باسمه تعالی

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

فرم ارزیابی و بهره برداری درمانگاه شبانه روزی دندانپزشکی

نام موسسه :

نام موسی / 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 زیربنا ..... متر مربع
- تعداد طبقات .....

آدرس دقیق موسسه / مرکز

شهر : ..... منطقه شهرداری : ..... خیابان : ..... کوچه : .....

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

همراه .....  
.....

کروکی دقیق موسسه / مرکز

نام و امضاء متقاضی / نماینده موسسه :

تاریخ درخواست:

### معیارهای فضای فیزیکی مرکز

مساحت مفید ( بدون در نظر گرفتن ضخامت دیوار و مساحت فضاهای ارتباطی ) حداقل ۱۶۳ مترمربع
ارتفاع تا سقف حداقل ۲/۷۰ متر
عرض راهروهای ورودی حداقل ۱/۲ متر
ارتفاع پله حداکثر ۱۸ سانتی متر
عرض پله ۳۰ سانتی متر
طول پله حداقل ۱۲۰ سانتی متر
سالن انتظار حداقل ۳۰ مترمربع
اتاق پزشک مسئول فنی و مدیریت حداقل ۱۲-۱۰ مترمربع
پذیرش و بایگانی مدارک پزشکی حداقل ۱۸ مترمربع
محل نصب یونیتها حداقل ۵۰ مترمربع (به ازاء هر یونیت ۱۰ متر مربع )
اتاق دندانسازی حداقل ۶ متر مربع
رختکن پرسنل به تفکیک زن و مرد هر کدام حداقل ۶ متر مربع
رادیولوژی حداقل ۹ مترمربع
CSR حداقل ۹ مترمربع
انبار پشتیبانی حداقل ۸ مترمربع
آبدارخانه حداقل ۹ مترمربع
حوضچه تی شوی حداقل ۲ مترمربع (به ابعاد $60\text{cm} \times 60\text{cm} \times 80\text{cm}$ ) محل آویختن تی - وجود شیرآب سرد و گرم - قفسه وسایل نظافت
سرویس بهداشتی عمومی به تفکیک خانمها و آقایان حداقل ۴ مترمربع - ارتفاع حداقل ۲ متر
رعایت ضوابط استاندارد در ابعاد درب ها (درب ورودی $120\text{cm}$ - درب اتاقها ۱ متر - درب سرویس $75\text{cm}$ )
وجود منبع ذخیره آب
مرکز دارای سیستم سرمایش و گرمایش مناسب و استاندارد می باشد (عدم استفاده از پنکه)
جمع آوری مجزای پسماندهای عفونی و عادی و نگهداری در مکان مناسب
مجوز بودن مرکز به <input type="checkbox"/> زئراتور <input type="checkbox"/> برق اضطراری <input type="checkbox"/>

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

وضعیت بهداشتی مرکز	
داشتن کف شوی در قسمتهای موردنیاز	
تبصره : در صورت عدم اتصال به کف شوی وجود دستگاه اسکرابر الزامی است	
تأمین آب مصرفی از شبکه عمومی آب شهر و مورد تایید بهداشتی و سالم بودن اتصالات	
، صاف ، بدون درز، شکاف و رنگ آمیزی و مناسب بودن سقف اتاقها <input type="checkbox"/>	
سالن <input type="checkbox"/> راهرو <input type="checkbox"/> انبار <input type="checkbox"/>	
مقاوم ، صاف ، بدون درز، سالم و قابل شستشو بودن کف اتاقها <input type="checkbox"/> سالن <input type="checkbox"/>	
راهرو <input type="checkbox"/> انبار <input type="checkbox"/>	
پوشش دیوار اطراف استقرار یونیت و اتاق دندانسازی و CSR تا ارتفاع حداقل $\frac{1}{8}$ متر سنگ یا سرامیک باشد	
پوشش دیوار سایر اتاقها رنگ روغن قابل شستشو ، مقاوم ، صاف و بدون درز می باشد	
وجود دستشویی در قسمت های موردنیاز	
تبصره : اطراف روشویی به ابعاد حداقل $1 \times \frac{1}{2}$ متر مربع کاشی کاری باشد	
وجود سیستم دفع بهداشتی فاضلاب ( چاه جاذب، اتصال به شبکه جمع آوری فاضلاب و ... ) و سالم بودن اتصالات	
روشویی ها مجهز به آب سرد و گرم <input type="checkbox"/> صابون مایع <input type="checkbox"/> حوله کاغذی و یا خشک کن برقی <input type="checkbox"/> می باشد	
رعایت نظافت عمومی در کلیه قسمت های ساختمان	
مناسب بودن شرایط بهداشتی آبدارخانه در صورت وجود ( کاشیکاری تا زیر سقف و دارا بودن سینک و تهویه مناسب و کف شوی با شیب مناسب)	
وجود سرویس بهداشتی مناسب (دارای کاشیکاری تا زیر سقف ، تعبیه فلاش تانک، تهویه، روشویی با مخزن صابون مایع )	
مناسب بودن جایگاه تی شوی و دارا بودن شرایط بهداشتی لازم (پوشش با کاشی ، سنگ یا سرامیک، شیرآب و کف شوی)	
تهویه مناسب به نحوی صورت گیرد که همیشه هوای داخل سالم-تازه-کافی و عاری از بو باشد	
تبصره : در قسمت کارگاه دندانسازی وجود هود الزامی است	
مکان در زیر زمین دارای پنجره نورگیر <input type="checkbox"/> و تهویه مناسب می باشد	
وجود قرنیز سنگی به ارتفاع $20-10$ سانتی متر پائین دیوارها	
کلیه اتاقها <input type="checkbox"/> سالن <input type="checkbox"/> راهروها <input type="checkbox"/> دارای نور کافی و مناسب است	
نحوه صحیح تفکیک ، جمع آوری و دفع زباله ( استفاده از سطل و کیسه زباله و SAFETY BOX )	
تبصره : استفاده از سطل و کیسه زردرنگ جهت پسماندهای عفونی الزامی است	

نوبت اول	
خیر	بلی

نوبت دوم	
خیر	بلی

نوبت سوم	
خیر	بلی

نوبت سوم		نوبت دوم		نوبت اول	
بله	خیر	بله	خیر	بله	خیر

وضعیت بهداشتی مرکز
مجهاز بودن پنجره های باز شو و هواکش برقی به توری مناسب و مقاوم در کلیه قسمت های مرکز
مکانی مجزا جهت نگهداری مواد شوینده و گندزدا در نظر گرفته شده است
سالم و قابل شستشو بودن وسایل و لوازم کار ( صندلی ، میز و ... )
تبصره : در صورت وجود دستگاه رادیوگرافی ، پاراوان سربی و وسایل حفاظت فردی وجود دارد
ضوابط شورای عالی محیط زیست در خصوص جلوگیری از تولید سر و صدا رعایت گردد(شیشه های مجاور به خیابان ویا مکانهای شلوغ دوجداره گردد)
تجهیزات تاسیساتی، ایمنی و حفاظتی
رعایت شرایط حفاظتی و ایمنی مانند قرار دادن حفاظ برای پله و تخت بیماران و روشنائی 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 ناباروری و...)
سیستمهای برودتی / حرارتی مناسب باشد(درجه حرارت ۲۵-۲۰ تا مین ۲۰ تا مین ۲۵)
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 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 ۴۰/۱×۱ و حداکثر ۲ تابلو)

- ❖ وجود آسانسور مناسب در ساختمان های چند طبقه الزامی است.
- ❖ در صورت وجود پله رمپ با شیب مناسب (۸٪) در ورودی ساختمان الزامی می باشد.

(۴) لیست تجهیزات :

لیست تجهیزات درمانگاه

ردیف	نام دستگاه	مدل دستگاه	شماره سریال	تعداد

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

ردیف	نام و نام خانوادگی	مدرك تحصیلی	سمت	سابقه کار	ملاحظات

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

توضیحات:.....

.....

بلی  خی

• 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-