



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی استان هامان

فرم درخواست بهره‌برداری

مرکز درمان ناباروری

نوزه 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 مرکز درمان ناباروری

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 زیرینا 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 موسسه / مرکز

نام و امضاء متقاضی / نماینده موسسه :
تاریخ درخواست:

نوبت سوم		نوبت دوم		نوبت اول		معیارهای فضای فیزیکی مرکز		
خیر	بلی	خیر	بلی	خیر	بلی			
						۱۲ مترمربع	الف) اتاق سونوگرافی	کلینیک نازایی
						۱۲ مترمربع	ب) اتاق معاینه	
						۱۲ مترمربع	ج) اتاق مشاوره جهت پرستاری	
						۱۲ مترمربع	د) اتاق کنترل بارداران Highrisk با مانیتور جنین	
						۵۰ مترمربع	ه) آزمایشگاه بالینی (آزمایشگاه هورمون شناسی الزامی است)	
						۲۴ مترمربع	و) آزمایشگاه آندروولوژی	
						۱۲ مترمربع	ز) اتاق معاینه روانپزشکی	
						۱۲ مترمربع	الف) اتاق معاینه مردان	کلینیک آندروولوژی
						۱۲ مترمربع	ب) اتاق نمونه گیری	
						۳۰۰ مترمربع	الف) حداقل ۵ تخت برای بعد از انتقال جنین	بخش بستری
							ب) حداقل ۵ تخت جهت عوارض درمان با آمپولهای HCG	
							ج) حداقل ۵ تخت برای جراحی محدود	
							د) فضاهای پشتیبانی بخش	
						۳۶ (۶*۶) مترمربع	الف) اتاق عمل IVF	بخش اعمال جراحی
						۳۶ (۶*۶) مترمربع	ب) اتاق عمل لاپاراسکوپی و اعمال CIFT و ZIFT	
							ج) اتاق ریکاوری	
							د) فضای آمادگی	
							ح) فضاهای پشتیبانی	
						۲۴ مترمربع	الف) اتاق آزمایشگاه IVF	فضاهای جنبی
						۱۲ مترمربع	ب) اتاق جهت بیوفریزینگ	
						۱۲ مترمربع	ج) یک اتاق برای تهیه آب مخصوص و شستشوی لوازم IVF	
						۱۶ مترمربع	د) اتاق انتقال جنین و IUI	

نوبت سوم	
بله	خیر

نوبت دوم	
بله	خیر

نوبت اول	
بله	خیر

معیارهای فضای فیزیکی مرکز	
۱- پذیرش	۲۰ مترمربع
۲- سالن انتظار	۵۰ مترمربع
۳- رخشویخانه	۱۵ مترمربع
۴- آبدارخانه	۱۲ مترمربع
۵- سرویسهای بهداشتی به تفکیک خانمها و آقایان	۱۲ مترمربع
۶- اتاق مخصوص زوجین	۱۲ مترمربع
۷- واحد CSR	۷۰ مترمربع
۸- اتاق استراحت و رختکن پرسنل	۲۰ مترمربع
۹- اتاق انبار و لوازم مصرفی	۸ مترمربع
۱۰- اتاق مدیریت و مسئول فنی	۱۲ مترمربع
۱۱- اتاق بایگانی مدارک پزشکی	۲۰ مترمربع

فضاهای پشتیبانی

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 ناباروری 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 ۱۰×۲/۵ و حداکثر ۲ تابلو)	
مرکز حتماً می بایست دارای آسانسور بیماربر باشد.	

لیست تجهیزات پزشکی مورد نیاز جهت بهره برداری درمانگاه عمومی

نوبت سوم		نوبت دوم		نوبت اول		لیست تجهیزات	
خیر	بلی	خیر	بلی	خیر	بلی		
							گوشی پزشکی به ازای هر اتاق پزشك+ تزریقات+ CPCR ۱ عدد
							فشارخون سنج دستی(رومیزی) به ازای هر اتاق پزشك+ تزریقات+ CPCR ۱ عدد
							افتالموسکوپ ۲ عدد
							الکتروکاردیوگراف یک کاناله همراه با RECORDER ۱ عدد
							التروشوک ۱ عدد
							ترالی اورژانس ۱ عدد
							ساکشن پرتابل ۲ عدد
							ترازوی وزن وقد سنج به ازای هر اتاق پزشك ۱ عدد
							اتوکلاو کوچک ۲ عدد
							ست پانسمان ۳ عدد
							سوچرست ۲ عدد
							سونداژست ۱ عدد
							یخچال دارو ۱ عدد
							کپسول اکسیژن ۲ عدد
							تخت معاینه به ازای هر اتاق پزشك+ تزریقات+ CPCR ۱ عدد
							پاراوان به ازای هر اتاق پزشك+ تزریقات+ CPCR ۱ عدد
							پایه سرم ۳ عدد
							کمد دارو ۲ عدد
							چراغ معاینه به ازای هر اتاق پزشك+ تزریقات+ CPCR ۱ عدد
							دیش پانسمان ۳ عدد
							بیکس گاز وپنبه به ازای هر اتاق پزشك+ تزریقات+ CPCR ۱ عدد

نوبت سوم		نوبت دوم		نوبت اول		لیست تجهیزات	
خیر	بلی	خیر	بلی	خیر	بلی		
						عدد ۱	جای درجه دهانی به ازای هر اتاق پزشک+ تزریقات+ CPR
						عدد ۱	جای آسپلانک به ازای هر اتاق پزشک+ تزریقات+ CPR
						عدد ۲	ترالی پانسمان
						عدد ۱	جای پنبه الکل به ازای هر اتاق پزشک+ تزریقات+ CPR
						عدد ۱	نکاتوسکوپ به ازای هر اتاق پزشک+ تزریقات+ CPR
						عدد ۱	تابوره به ازای هر اتاق پزشک+ تزریقات+ CPR
						عدد ۱	چکش رفلکس به ازای هر اتاق پزشک
						عدد ۱	اره گچ بری (در صورت داشتن اتاق گچ)
						عدد ۱	ترالی حمل اکسیژن
						عدد ۱	برانکارد
						عدد ۱	ویلچر
						عدد ۲	اتوسکوپ
						عدد ۱	تخت GyNECOLOGY در کل درمانگاه

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

.....

 خیر بلی

لیست تجهیزات موجود مطابق با آئین نامه می باشد.

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 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-