



دانشگاه علوم پزشکی  
و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

فرم درخواست بهره‌برداری مرکز

# فیزیوتراپی

بخش معاونت درمان

(اداره ارزیابی و صدور پروانه)



فرم ارزیابی و بهره برداری موسسه فیزیوتراپی

نام موسسه :

نام موسس / موسسین:

- دولتی : نوع وابستگی       خصوصی       تعاونی       غیره  
 مستقل : محل استقرار       مستقر در درمانگاه       مستقر در بیمارستان  
 مستقل ملکی : نوع مالکیت       استیجاری       غیره  
 صبح : نوع فعالیت موسسه       عصر  
 زمین می باشد       در حال احداث       آماده بهره برداری : وضعیت ساختمانی

مشخصات کلی ساختمان مرکز

- مساحت کل مرکز ..... متر مربع      مساحت زیر بنا ..... 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 :



## وضعیت بهداشتی مؤسسه

داشتن کف شوی در قسمت های مورد نیاز

تأمین آب مصرفی از شبکه عمومی آب شهر و مورد تایید بهداشتی و سالم بودن اتصالات

سالم ، صاف ، بدون درز، شکاف و به رنگ روشن بودن سقف اتاقها   
سالن  راهرو  انبار

مقاوم ، صاف ، بدون درز ، سالم و قابل شستشو بودن کف اتاقها  سالن   
راهرو  انبار

تجربه: اطراف روشویی به ابعاد حداقل  $1 \times \frac{1}{2}$  متر مربع کاشی کاری باشد

وجود دستشویی در قسمت های مورد نیاز

وجود سیستم دفع بهداشتی فاضلاب ( چاه جاذب، اتصال به شبکه جمع آوری فاضلاب) و سالم بودن اتصالات

پوشش دیوار سایر اتاقها قابل شستشو ، مقاوم ، صاف و بدون درز و به رنگ روشن می باشد

روشویی ها مجهز به آب سرد و گرم  صابون مایع  حوله کاغذی و یا خشک کن برقی  می باشد

رعایت نظافت عمومی در کلیه قسمت های ساختمان

مناسب بودن شرایط بهداشتی ابدارخانه 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 یا سنگ و یا سرامیک ، شیر آب و کف شوی)

تهویه مناسب به نحوی صورت گیرد که همیشه هوای داخل سالم ، تازه ، کافی و عاری از بو باشد

مکان در زیر زمین دارای پنجره نورگیر  و تهویه مناسب می باشد

وجود قرنیز سنگی به ارتفاع ۲۰-۱۰ سانتی متر پائین دیوارها

کلیه اتاقها  سالن  راهروها  دارای نور مناسب و کافی است

نحوه صحیح جمع آوری و دفع پسماند ( استفاده از سطل و کیسه زیاله )

مجهز بودن پنجره های باز شو و هواکش برقی به توری مناسب و مقاوم در کلیه قسمت های مرکز

سالم و قابل شستشو بودن وسایل و لوازم کار ( صندلی ، میز و ... )

ضوابط شورای عالی محیط زیست در خصوص جلوگیری از تولید سر صدا رعایت گردد (شیشه های مجاور به خیابان ویا مکانهای شلوغ دوجداره گردد)

نوبت سوم	
بله	خیر

نوبت دوم	
بله	خیر

نوبت اول	
بله	خیر

نوبت سوم	
خیر	بلی

نوبت دوم	
خیر	بلی

نوبت اول	
خیر	بلی

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 (بویتزه بیمارستان، درمانگاه، مرکز جراحی محدود، مرکز درمان ناباروری و...)
سیستمهای برودتی / حرارتی موسسه مناسب باشد (درجه حرارت ۲۰-۲۵ 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
عنوان تابلو طبق متن مندرج در پروانه تاسیس است
اندازه تابلو بر اساس ابعاد استاندارد می باشد. (ابعاد ۱/۴۰ × ۱ و حداکثر ۲ تابلو)
لیست تجهیزات (وسایل الکتروترابی)
اولتراسوند یا دستگاه مافوق صوت
اینترفرنشیال یا دستگاه جریان تداخل
دستگاه گالوانیک فارادیک
چراغ مادون قرمز
ویبراتور یا دستگاه لرزننده
چراغ ماوراء بنفش
حمام پارافین
هات پک (HOT Pack)
پک سرد
وسایل مکانو ترابی (حرکت درمانی)
چرخ شانه جهت حرکات شانه
فریم تعلیق درمانی با تخت مربوطه
قلاب <input type="checkbox"/> قرقره <input type="checkbox"/> طناب <input type="checkbox"/> وزنه <input type="checkbox"/> فنر و لاستیک <input type="checkbox"/>
دوچرخه ثابت
پارالل با آینه تمام قد

نوبت سوم		نوبت دوم		نوبت اول		وسایل مکانوتراپی ( حرکت درمانی )	
خیر	بلی	خیر	بلی	خیر	بلی		
							واکر ( Walker )
							عصای معمول و عصای چهارپایه
							نردبان انگشتی ( Lander-Finger )
							دستگاه ورزشی جهت حرکات مچ دست ( Wristexs )
							Wall bar ( آموزش دست و ایستادن )
							کشش گردن مکانیکی
							ست وزنه در اندازه های مختلف
							میز عضله چهارسر ( کوادری سیس )
							قرقره ( Pully ) یکطرفه و دوطرفه جهت حرکات شانه
							کیسه شن ( Sand bag )

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

.....  
 .....  
 خیر  بلی

.....  
 .....  
 • لیست تجهیزات موجود مطابق با آئین نامه می باشد.

نظریه کارشناسان مرحله اول :

مورد تائید میباشد  مورد تائید نمی باشد  پس از رفع نواقص و بازدید مجدد تائید میگردد

نام و امضاء کارشناسان : ۱-

۲-

نظریه کارشناسان مرحله دوم :

مورد تائید میباشد  مورد تائید نمی باشد  پس از رفع نواقص و بازدید مجدد تائید میگردد

نام و امضاء کارشناسان : ۱-

۲-

نظریه کارشناسان مرحله سوم :

مورد تائید میباشد  مورد تائید نمی باشد  پس از رفع نواقص و بازدید مجدد تائید میگردد

نام و امضاء کارشناسان : ۱-

۲-