

# تغذیه

باسمه تعالی

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

## فرم تأیید محل مطب / دفتر کار

نام و نام خانوادگی: ..... شماره نظام پزشکی: ..... تخصص: .....  
تاریخ اعتبار پروانه: ..... استخدام / شاغل در مکان ..... می باشم / نمی باشم  
آدرس دقیق مطب / دفتر کار

آدرس: .....

تلفن همراه: ..... تلفن ثابت: .....

زمان فعالیت:  صبح  عصر  صبح و عصر

روزهای فعالیت:

کروکی دقیق مطب / دفتر کار

این قسمت توسط  
کارشناس صدور پروانه  
ها تکمیل می گردد.  
مرحله بازدید:  
 مرحله اول  
 مرحله دوم  
 مرحله سوم  
 مرحله بهره برداری  
امضاء کارشناس

با توجه به نظریه کارشناسی و موافقت اداره ارزیابی و صدور پروانه ها اینجانب ..... متعهد می شوم پس از اخذ تأییدیه فضای فیزیکی فوق مراجعه و تاریخ شروع بکار خود را مکتب به این اداره اعلام نمایم. ضمناً قبل از هرگونه نقل و انتقال و جابجایی محل مطب/دفتر کار به جای دیگر و تغییر فضای موجود مراتب را به این اداره اطلاع دهم.

### تاریخ

### مهر و امضاء متقاضی

### اطلاعات عمومی مربوط به مطب / دفتر کار

- مطب/دفتر کار مشترک با خانم یا آقای ..... شماره نظام پزشکی: .....
- مالکیت ساختمان:  شخصی  استیجاری
- تعداد طبقات ساختمانی:  یک طبقه  دو طبقه  سه طبقه  چهار طبقه  بیشتر
- ساختمان آسانسور دارد:  بلی  خیر
- واحد ساختمانی مطب از محل مسکونی جدا است  بلی  خیر
- ساختمان  نوساز  قدیمی
- بخش تزیینات و مطب در یک واحد ساختمانی قرار دارد  بلی  خیر  نامربوط



این قسمت مربوط به متقاضیان دندانپزشک می باشد

ریاست محترم اداره دندانپزشکی

با سلام

احتراماً اینجانب دکتر ..... به شماره نظام پزشکی ..... متقاضی تأسیس مطب در آدرس مذکور می باشم خواهشمندم در این خصوص اعلام نظر فرمائید .

تاریخ

امضاء و مهر متقاضی

اعلام نظر ریاست محترم اداره دندانپزشکی .....

فرم شماره (۱)

- ۱- پوشش دیوار اتاقهای عمل سرپائی، تزریقات و پانسمان تا زیر سقف کاشی یا سنگ (صاف و صیقل به رنگ روشن)
- ۲- پوشش دیوار اتاقهای معاینه، متخصص زنان و زایمان، دندانپزشک، مامائی، اتاق گچ، کارگاه دندانسازی پروتز دندانی تا ارتفاع ۱/۸۰ پا سنگ یا کاشی (صاف و صیقل به رنگ روشن) و مابقی تا زیر سقف صاف، صیقل، بدون درز و قابل شستشو به رنگ روغن روشن
- ۳- سایر فضاها به جز موارد بند ۱ و ۲ پوشش دیوارها صاف، صیقل، بدون درز و قابل شستشو به رنگ روغن روشن و با قرنیز سنگی ۲۰-۱۰ سانتی متری (اطراف روشویی به عرض ۱ متر و ارتفاع ۱/۵ متر سنگ یا کاشی)
- ۴- کف اتاقها مقاوم، صاف، بدون درز و قابل شستشو (در صورت استفاده از پوشش کف به جز سرامیک می بایست نمونه آن جهت تأیید به اداره ارائه گردد.)
- ۵- در خصوص استفاده از پوششهایی به جز کاشی و رنگ روغن برای دیوارها می بایست نمونه آن جهت تأیید به اداره ارائه گردد.
- ۶- در نظر گرفتن اتاق CSSD مجزا جهت مطبهای دندانپزشکی مساحت ۶ مترمربع با در نظر گرفتن سینک شستشو و محل استقرار اتوکلاو کلاس B الزامی است.
- ۷- پزشک خانواده می بایست دارای ۳ اتاق باشد که شامل اتاق معاینه پزشک، اتاق تزریقات و پانسمان و اتاق دستیار پزشک خانواده است.
- ۸- در خصوص دفتر کار مامایی و متخصص زنان و زایمان و وجود تنها یک مجموعه پلکان که شامل یک پاگرد و حداکثر ۲۰ پله می باشد مورد تأیید است.

## شرایط تأسیس مطب و دفتر کار

### ۱- اخذ پروانه مطب

پزشکان و دندانپزشکان می بایست جهت انجام هرگونه فعالیت پزشکی و درمانی در مراکز خصوصی اعم از ( مطب، بیمارستان و درمانگاههای غیر دولتی اعم از خصوصی، خیریه و...) یا مراجعه به سازمان نظام پزشکی پروانه مطب (شهر، روستا یا منطقه مورد طبابت) مورد نظر را اخذ نمایند.

**نکته ۱:** پزشکان و دندانپزشکان (رسمی، پیمانی، طرحی، ضریب K و...) می بایست از محل کار موافقت در خصوص فعالیت در بخش خصوصی در ساعات غیر اداری را اخذ نمایند. در ضمن اخذ موافقت معاونت درمان در خصوص مشمولین تعهدات ضریب K نیز الزامی می باشد.

**نکته ۲:** لازم به ذکر است مشمولین تعهدات ضریب K که در بینش از یک شهرستان خدمت می نمایند می بایست موافقت واحدهای محل خدمت را جهت تأسیس مطب در یک شهر اخذ نمایند.

**نکته ۳:** قابل ذکر است پروانه های مطب که مشروط به گذراندن دوره طرح نیروی انسانی، تعهدات ضریب K و... صادر گردیده فقط تا پایان تعهدات مذکور معتبر است؛ حتی اگر تاریخ اعتبار پروانه منتهی نگردیده باشد.

**نکته ۴:** مکاتبه یا سازمان نظام پزشکی در خصوص (پزشکان و دندانپزشکان) تحت پوشش در شبکه های بهداشت درمان که فاقد هرگونه تعهدی هستند به طور مستقیم توسط شبکه و شهر مربوطه انجام خواهد شد.

### ۲- تأیید فضای فیزیکی و شرایط محل کار و مطب

• پزشکان و پیراپزشکان پس از اخذ (پروانه مطب یا دفتر کار) از سازمان نظام پزشکی، جهت تأیید فضای فیزیکی در شهرستان شیراز به اداره ارزیابی و صدور پروانه ها و در سایر شهرستانها به اداره نظارت شبکه بهداشت و درمان مربوطه مراجعه و نسبت به تکمیل فرم ارزیابی (مطب و دفتر کار) و هماهنگی لازم با کارشناس صدور پروانه ها به منظور تعیین تاریخ بازدید از محل اقدام می نماید.

• دندانپزشکان می بایست قبل از اخذ نوبت بازدید از محل مطب اداره نظارت بر دندانپزشکی (در شهرستانها از اداره نظارت بر درمان شبکه) موافقت اخذ نمایند.

قابل ذکر است که بازدید از محل مذکور به منزله تأیید نهایی محل کار و مطب نیست لذا متقاضی می بایست پس از بازدید از محل کار و یا مطب پیگیری لازم را جهت اطمینان از تأیید محل مذکور به عمل آورد.

### ۳- شروع به کار در محل کار و مطب تأیید شده

• مراجعه متقاضیان شهرستان شیراز به اداره ارزیابی و صدور پروانه های معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی و در سایر شهرستانها به اداره نظارت بر درمان شبکه بهداشت و درمان مربوطه پس از تأیید محل مذکور و اعلام تاریخ شروع بکار به صورت حضوری و کتبی توسط متقاضی

• اعلام تاریخ شروع بکار به سازمانهای بیمه گر و... مشروط به تأیید نهایی فضای فیزیکی محل مطب توسط اداره ارزیابی و صدور پروانه های دانشگاه و در سایر شهرستانها توسط اداره نظارت بر درمان شبکه بهداشت و درمان خواهد بود.

• قابل ذکر است عدم اعلام تاریخ مذکور به صورت حضوری و کتبی به منزله عدم فعالیت در محل کار و مطب است لذا در این خصوص دقت لازم به عمل آید.

### ۴- فعالیت در مطب دوم

• مراجعه و اخذ موافقت، همراه با ذکر آدرس مطب دوم از سازمان نظام پزشکی

• هماهنگی لازم با اداره ارزیابی و صدور پروانه ها جهت اخذ مجوز لازم و همچنین طی مراحل قبلی اعم از (اخذ نوبت بازدید، اعلام تاریخ شروع بکار توسط متقاضی و...)

• قابل ذکر است فعالیت در مطب دوم نیز دقیقاً می بایست به اطلاع اداره ارزیابی و صدور پروانه ها رسانده و مراحل قبلی طی گردد.

## ۵- تعطیلی مطب و دفاتر کار

- متقاضی می بایست در صورت تعطیل نمودن محل مطب ( موقت و یا دائم ) مراتب را حضوری و کتبی به اداره ارزیابی و صدور پروانه های دانشگاه و یا شبکه بهداشت و درمان شهرستان مربوطه اعلام نماید .
- مکاتبه با سازمانهای بیمه گر ، شهرداری ، دارایی و... در خصوص تعطیلی مشروط به تأیید قبلی فضای فیزیکی مطب و اعلام قبلی تاریخ شروع بکار در مطب از طرف متقاضی می باشد .
- متقاضی می تواند در صورت تمایل فرد جایگزین واجد شرایطی ( دارای پروانه مطب معتبر شهر یا منطقه ای که مطب در آن است ، عدم تداخل با برنامه کاری فرد جایگزین و... ) را پس از هماهنگی و اخذ مجوز از این اداره در مطب مشغول به فعالیت نماید .
- قابل ذکر است در صورت عدم اعلام تاریخ مذکور توسط متقاضی این اداره پاسخگوی سازمانهای بیمه گر ، ارائه گواهی سابقه کار و... نمی باشد .

## ۶- جایجایی محل مطب

- اعلام تاریخ تعطیلی مطب قبلی و مجدداً طی مراحل قبلی از قبیل (اخذ نوبت بازدید ، پیگیری جهت بازدید از محل مطب ، اعلام تاریخ شروع بکار در محل مطب جدید توسط متقاضی ، اعلام تاریخ تعطیلی مطب قبلی توسط متقاضی و...)

## ۷- قطع حق محرومیت از مطب

- پزشکان و دندانپزشکان ( مشمول طرح نیروی انسانی ، تعهدات ضریب K ، رسمی و پیمانی و... ) می بایست پس از افتتاح و شروع بکار در مطب مراتب را به اطلاع محل کار خود برسانند .
- ۸- متقاضی می بایست در خصوص مقررات کلی و عمومی از جمله اندازه ، نصب و برداشتن تابلو ، انجام تبلیغات ، بکارگیری پرسنل در محل کار و مطب اعم از ( متصدی تزریقات ، دندانساز ، عینک ساز ، دستیار و... ) هماهنگی لازم را با معاونت درمان انجام دهند .
- ۹- در صورتی که نوبت بازدید دوم به بعد می باشد می بایست فیش بانکی مربوطه واریز گردد.

### نکته:

- دفاتر کار کاربوپراکتیک ، کار درمان ، پزشک متخصص ارتوپد ، متخصص طب فیزیکی و توانبخشی می بایست دارای رمپ یا آسانسور باشند.
- شرایط انجام سونوگرافی در مطب متخصص زنان و زایمان: استقرار دستگاه سونوگرافی در مطب متخصص زنان و زایمان در حیطة تخصصی مربوطه و عدم ارائه گزارش و دریافت وجه و صرفاً جهت بیماران خود بلامانع است (فارغ التحصیلان رشته زنان و زایمان دارای فلوشیپ پریناتولوژی و دوره تکمیلی تخصصی ناباروری مجاز به اخذ تعرفه می باشد)
- در صورت عدم حضور متقاضی در زمان بازدید فرد جایگزین می بایست اطلاعات جامعی از وضعیت فضای فیزیکی و محل استقرار تجهیزات مطب و یا مؤسسه داشته باشند.
- پزشکگانی که قصد تأسیس مطب پزشک خانواده دارند می بایست یک اتاق ۱۲ متری و دارای روشویی باشد جهت دستیار ارائه نمایند. (پوشش دیوار به رنگ روشن و روغنی قابل شستشو باشد)

اینجانب دکتر ..... (پزشک / دندانپزشک) (عمومی / متخصص / فوق تخصص / <sup>تجربه</sup>.....) به شماره نظام پزشکی ..... متعهد به رعایت موارد فوق الذکر می گردم و حاضر در صورت عدم رعایت مراتب فوق با اینجانب طبق مقررات قانونی برخورد گردد و حق هیچگونه اعتراضی نخواهم داشت .

مهر و امضای نظام پزشکی

