



دانشگاه علوم پزشکی  
و خدمات بهداشتی درمانی استان ایلام

فرم درخواست بهره‌برداری

# درمانگاه تخصصی دیابت

حوزه معاونت درمان

(اداره ارزیابی و صدور پروانه)



دانشگاه علوم پزشکی  
و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس

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 تخصصی دیابت**

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: .....

• ک ..... اربری ه ..... ر طبقه ..... ه به ..... ه تفکیک : ک :  
.....  
.....

آدرس دقیق موسسه / مرکز

شهر : ..... منطقه شهرداری : ..... آدرس : .....

تلفن ثابت: ..... تلفن همراه .....

کروکی دقیق موسسه / مرکز

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

نام ، امضاء و مهر متقاضی/نماینده موسسه :  
تاریخ درخواست:



نوبت سوم		نوبت دوم		نوبت اول		معیارهای فضای فیزیکی مرکز	
خیر	بلی	خیر	بلی	خیر	بلی		
						حداقل	اتاق عمل سرپایی ۱۰ مترمربع
						حداقل	اتاق ABI (بررسی عروق بیماران مبتلا به زخم پای دیابتی) ۱۰ مترمربع
						حداقل	اتاق کارشناس تغذیه و آموزش ۱۳ مترمربع
							محل استقرار تزریقات - اسکرین و CPR می بایست در طبقه همکف باشد
							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)
							مجهز بودن مرکز به ژنراتور <input type="checkbox"/> برق اضطراری <input type="checkbox"/>

**پرسنل:**  
 فوق تخصص غدد و متابولیسم یا متخصص داخلی (حداقل یک نفر)  
 پزشک عمومی (حداقل دو نفر) با گواهی دوره کوتاه مدت مرکز مدیریت بیماریها  
 کارشناس پرستاری (حداقل یک نفر)  
 کارشناس تغذیه (حداقل یک نفر)  
 مشاورین تخصصی بر حسب نیاز از جمله متخصصین قلب و عروق ، چشم، کلیه و مجاری ادراری، اعصاب، داخلی، روانپزشکی و ...



## لیست تجهیزات پزشکی مورد نیاز جهت بهره برداری درمانگاه تخصصی دیابت

نوبت سوم		نوبت دوم		نوبت اول		لیست تجهیزات	
بله	خیر	بله	خیر	بله	خیر		
							گوشی پزشکی به ازای هر اتاق پزشك+ تزریقات+ CPR
						۱ عدد	
							فشارخون سنج دستی(رومیزی) به ازای هر اتاق پزشك+ تزریقات+ CPR
						۱ عدد	
							افتالموسکوپ
						۲ عدد	
							الکتروکاردیوگراف بک کاناله همراه با RECORDER
						۱ عدد	
							التروشوك
						۱ عدد	
							ترالی اورژانس
						۱ عدد	
							ساکشن پرتابل
						۲ عدد	
							ترازوی وزن و قد سنج به ازای هر اتاق پزشك
						۱ عدد	
							اتوکلاو کلاس B
						۲ عدد	
							ست پانسمان (در صورت امکان تجهیزات نوین زخم)
						۳ عدد	
							سوچرست
						۲ عدد	
							سونداژست
						۱ عدد	
							یخچال دارو
						۱ عدد	
							کپسول اکسیژن
						۲ عدد	
							تخت معاینه به ازای هر اتاق پزشك+ تزریقات+ CPR و دو شكن و سه شكن جهت اتاق عمل سرپایی
						۱ عدد	
							پاراوان به ازای هر اتاق پزشك+ تزریقات+ CPR
						۱ عدد	
							پایه سرم
						۳ عدد	
							کمد دارو
						۲ عدد	
							چراغ معاینه به ازای هر اتاق پزشك+ تزریقات+ CPR
						۱ عدد	
							دیش پانسمان
						۳ عدد	
							بیكس گاز و پنبه به ازای هر اتاق پزشك+ تزریقات+ CPR
						۱ عدد	
							دستگاه سیلر (دوخت) در واحد CPR
						۱ عدد	

نوبت سوم		نوبت دوم		نوبت اول		لیست تجهیزات	
خیر	بلی	خیر	بلی	خیر	بلی		
							جاي درجه دهاني به ازاي هر اتاق پزشك+ تزريقات+ CPR ۱ عدد
							جاي آيسلانك به ازاي هر اتاق پزشك+ تزريقات+ CPR ۱ عدد
							ترالي پانسمان ۲ عدد
							جاي پنبه الكل به ازاي هر اتاق پزشك+ تزريقات+ CPR ۱ عدد
							نكاتوسكوپ به ازاي هر اتاق پزشك+ تزريقات+ CPR ۱ عدد
							تابوره به ازاي هر اتاق پزشك+ تزريقات+ CPR ۱ عدد
							چكش رفلكس به ازاي هر اتاق پزشك ۱ عدد
							اره گچ بري (درصورت داشتن اتاق گچ) ۱ عدد
							ترالي حمل اكسيژن ۱ عدد
							برانكارد ۱ عدد
							ويلچر ۱ عدد
							اتوسكوپ ۲ عدد

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

.....  
 .....  
 خیر  بلی

لیست تجهیزات موجود مطابق با آیین نامه می باشد.

نام و نوع مؤسسه :

آدرس :

نظریه کارشناسان مرحله اول :

مورد تایید می باشد  مورد تایید نمی باشد

پس از رفع نواقص و بازدید مجدد تایید می گردد

نام و امضاء کارشناسان : ۱-

۲-

نظریه کارشناسان مرحله دوم :

مورد تایید می باشد  مورد تایید نمی باشد

پس از رفع نواقص و بازدید مجدد تایید می گردد

نام و امضاء کارشناسان : ۱-

۲-

نظریه کارشناسان مرحله سوم :

مورد تایید می باشد  مورد تایید نمی باشد

پس از رفع نواقص و بازدید مجدد تایید می گردد

نام و امضاء کارشناسان : ۱-

۲-