



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی استان خراسان

فرم درخواست برهه برداری

دستگاه شخصی دیاست

حوزه معاونت دستان

(اوایله ارزیابی و صدور پروانه)

با سمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس

اداره ارزیابی و صدور بروانه های مؤسسات درمانی



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس

فرم ارزیابی و بهره برداری درمانگاه تخصصی دیابت

نام موسسه :

نام موسس / موسسین :

تعاونی

خصوصی

دولتی

غیره

غیره

استیجاری

مستقل ملکی

آماده بهره برداری

در حال احداث

زمین می باشد

وضعیت ساختمانی :

مشخصات کلی ساختمان مرکز

• مساحت کل مرکز متر مربع

• تعداد کل اتفاقهای موسسه:

• کاربری هر طبقه تفکیک: ک:

آدرس دقیق موسسه / مرکز

شهر: آدرس: منطقه شهرداری:

تلفن همراه تلفن ثابت:

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 مقاضی/نماينده موسسه :

تاریخ درخواست:

معیارهای فضای فیزیکی مرکز

ارتفاع تا سقف حداقل		متر مربع
حداقل ۱/۵	عرض راهروهای ورودی	متر مربع
حداکثر ۱۸	ارتفاع پله سانتی متر	متر مربع
حداقل ۱۲۰	عرض پله سانتی متر	متر مربع
حداقل ۳۰-۴۰	سالن انتظار، پذیرش و ایستگاه پرسنلاری	متر مربع
۱۲	حسابداری و بایگانی	متر مربع
۱۶-۱۲	اتاق مدیریت و مسنول فنی	متر مربع
۲۴	انبار تجهیزات	متر مربع
۱۶-۱۲	اتاق احیاء قلب و عروق (CPR)	متر مربع
۲۴	تزریقات و پانسمان و اتاق نوار قلب (به تفکیک زن و مرد)	متر مربع
۲۴	اتاق معابنه پژوهش متخصص و مشاور حداقل ۲ اتاق هر کدام ۱۲	متر مربع
۶	اتاق معابنه پژوهش عمومی ۲ اتاق هر کدام ۱۲	متر مربع
۶	CSR	متر مربع
۶	محوطه تنظیفات و حوضچه تی شوی	متر مربع
۸	سرمیسیهای بهداشتی مراجعین	متر مربع
۸	(سرمیسی به تفکیک خانم ها و آقایان با تهیه مناسب و ارتفاع حداقل ۲ متر)	متر مربع
۸	سرمیسی بهداشتی پرسنل	متر مربع
۱۲-۹	(سرمیسی به تفکیک خانم ها و آقایان با تهیه مناسب و ارتفاع حداقل ۲ متر)	متر مربع
۶	آبدارخانه	متر مربع
۶	محل ژئرатор برق اضطراری	متر مربع
۶	محل جمع آوری مجزای پسماندهای عفونی و عادی و نگهداری در مکان مناسب	متر مربع
۱۲	رختکن و اتاق استراحت پرسنل (به تفکیک خانم ها و آقایان)	متر مربع
۶	رخشویخانه (با تفکیک محل تمیز و کثیف)	متر مربع
۶	(درصورت عدم استفاده از ملحفه بکار مصرف)	متر مربع

معیارهای فضای فیزیکی مرکز

اتاق عمل سرپايري
٠١ متر مربع

درازی ABI (بررسی عروق بیماران مبتلا به زخم پای دیابتی) ۰-۱ مترمربع

آناتق کارشناس تغذیه و آموزش
حدائق ۱۳ مترمربع

محل استقرار تزریقات - اسکرین و CPCR می باشد در طبقه همکف باشد

رایعیت ضوابط استاندارد در ابعاد درب ها (عرض درب ورودی ۱۲۰ cm) - درب اتاقها ۱ متر - درب سرویس (75 cm)

مرکز دارای آسانسور می باشد

مرکز دارای رمی ورودی می باشد . (با در نظر گرفتن شب مناسب)

وحوادث منبع ذخیرہ آب

مرکز دارای سیستم سرمایش و گرمایش مناسب و استانداردمی باشد (عدم استفاده از بنکه)

برق اضطراری ژنراتور مجهز بودن مرکز به

پرسنل:
فوق تخصص عدد و متاپولیسم 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، روانیزشکی و ...

تجهیزات تاسیساتی، ایمنی و حفاظتی

رعایت شرایط محافظتی و اینمی مانند قرار دادن حفاظت برای پله و تخت بیماران روشانی کافی، محافظت در برابر سیستم الکتریکی به نحویکه اینمی بیماران ویراستل در موسسه تامین شود الزامی است

سیستم برق اضطراری داشته باشد (بویژه بیمارستان، درمانگاه، مرکز جراحی محدود، مرکز درمان نایاب و ...)

سیستم‌های بروتی/ حرارتی موسسه مناسب باشد (درجه حرارات ۲۰-۲۵ تامین گردد)

سیستم اطفاء حریق دارای شارژ معتبر مناسب باشد (به ازای هر ۵۰ متر مربع یک کپسول ۴ کیلوگرمی)

پریزهای برق در محل مناسب و با حفاظ مناسب وجود داشته باشد

ریاضیات 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 ۲/۱۰ × ۵/۱۰ و حداکثر ۲ تابلو)

لیست تجهیزات پزشکی موردنیاز جهت بهره برداری درمانگاه تخصصی دیابت

لیست تجهیزات	
گوشی پزشکی به ازای هر اتاق پزشک + تزریقات + CPCR	۱ عدد
فشارخون سنج دستی (رومیزی) به ازای هر اتاق پزشک + تزریقات + CPCR	۱ عدد
افتالموسکوپ	۲ عدد
الکتروکاردیوگراف یک کاناله همراه با RECORDER	۱ عدد
التروشوک	۱ عدد
ترالی اورژانس	۱ عدد
ساکشن پرتاپل	۲ عدد
ترازووی وزن و قد سنج به ازای هر اتاق پزشک	۱ عدد
اتوکلاو کلاس B	۲ عدد
ست پانسمان (در صورت امکان تجهیزات نوین زخم)	۳ عدد
سوچرس است	۲ عدد
سوندائز است	۱ عدد
یخچال دارو	۱ عدد
کپسول اکسیژن	۲ عدد
نخت معاینه به ازای هر اتاق پزشک + تزریقات + CPCR و دوشکن و سه شکن	۱ عدد
جهت اتاق عمل سرپایی	
پاراوان به ازای هر اتاق پزشک + تزریقات + CPCR	۱ عدد
پایه سرم	۳ عدد
کمد دارو	۲ عدد
چراغ معاینه به ازای هر اتاق پزشک + تزریقات + CPCR	۱ عدد
دیش پانسمان	۳ عدد
بیکس گاز و پینه به ازای هر اتاق پزشک + تزریقات + CPCR	۱ عدد
دستگاه سیلر (دوخت) در واحد CPCR	۱ عدد

لیست تجهیزات

- | | |
|--|-------|
| جای درجه دهانی به ازای هر اتاق پزشک + تزریقات + CPCR | ۱ عدد |
| جای آبسالنک به ازای هر اتاق پزشک + تزریقات + CPCR | ۱ عدد |
| ترالی پاسمن | ۲ عدد |
| جای پنبه الکل به ازای هر اتاق پزشک + تزریقات + CPCR | ۱ عدد |
| نکاتوسکوپ به ازای هر اتاق پزشک + تزریقات + CPCR | ۱ عدد |
| تابوره به ازای هر اتاق پزشک + تزریقات + CPCR | ۱ عدد |
| چکش رفلکس به ازای هر اتاق پزشک | ۱ عدد |
| اره گج بری (درصورت داشتن اتاق گج) | ۱ عدد |
| ترالی حمل اکسیژن | ۱ عدد |
| برانکارد | ۱ عدد |
| ویلچر | ۱ عدد |
| اتوسکوپ | ۲ عدد |

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

پلی خیر

لیست تجهیزات موجود مطابق با آئین نامه می باشد.

نام و نوع مؤسسه:

آدرس:

نظریه کارشناسان مرحله اول :

مورد تائید نمی باشد

پس از رفع نوافص و بازدید مجدد تائید میگردد

نام و امضاء کارشناسان : ۱ -

-۲

نظریه کارشناسان مرحله دوم :

مورد تائید نمی باشد

پس از رفع نوافص و بازدید مجدد تائید میگردد

نام و امضاء کارشناسان : ۱ -

-۲

نظریه کارشناسان مرحله سوم :

مورد تائید نمی باشد

پس از رفع نوافص و بازدید مجدد تائید میگردد

نام و امضاء کارشناسان : ۱ -

-۲