



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی تهران
معاونت درمان

چک لیست صدور پروانه / افزایش بخش بستری بیمارستان های دانشگاه تهران

نام بیمارستان:	شماره درخواست:	موضوع درخواست:
تاریخ بازدید:	آدرس:	
<input type="checkbox"/> نتیجه بازدید: تایید نهایی	<input type="checkbox"/> عدم تایید نهایی	

مشخصات بخش های درخواستی

بخش	برونسپاری	غیر برونسپاری	نام پیمانکار	توضیحات

چک لیست صدور پروانه / افزایش بخش بستری بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی تهران

ردیف	حیطه نظارت بستری	بلی	خیر	توضیحات
۱	سرپرستاری حداقل ۲ سال سابقه کار در بخش را دارد.			
۲	سرپرستار بخش حداقل یک فرد جانشین را با حدود اختیارات تفویض شده معرفی می نماید.			
۳	ایستگاه پرستاری در فضایی از بخش مستقر است که به کلیه اتاق بیماران اشراف دارد.			
۴	حداقل عرض قابل قبول فضای مختص یک تخت بستری غیر ویژه در اتاق های چند تخت خوابی ۲.۵ متر است. (فاصله محور تا محور تخت های بستری) (کتاب استاندارد و برنامه ریزی و طراحی بیمارستان ایمن-بخش بستری داخلی / جراحی عمومی-صفحه ۷۷)			
۵	پرده یا پاراوان بین تخت بیماران وجود دارد.			
۶	سیستم احضار پرستار در اتاق ، سرویس های بهداشتی و حمام بیماران نصب است.			
۷	ترالی اورژانس مطابق آخرین آیین نامه ابلاغی وزارت بهداشت، حاوی دارو و لوازم مصرفی به صورت آماده استفاده موجود است (مطابق ویرایش هفتم و تایید معاونت درمان)			
۸	سرویس بهداشتی عمومی مجزا برای بیماران خانم و آقا موجود است (در صورت بستری بیمار آقا و خانم).			
۹	یخچال مواد غذایی به ازای هر اتاق وجود دارد.			
۱۰	یخچال دارویی مجزا (به همراه ترمومتر) موجود است .			
۱۱	دستگیره اتکا جهت تعادل بیماران در اتاق ها موجود است.			
۱۲	در راهروی بخش دستگیره اتکا تردد بیماران نصب است.			
۱۳	ملزومات و امکانات جانبی رفاهی برای اقامت بیماران و همراهان ایشان در اتاق های بستری تامین می شود.			
۱۴	حداقل های امکانات رفاهی (میز و صندلی - ماکروفر - چای ساز - تشک و تخت خواب های سالم) برای کارکنان موجود است.			
۱۵	تجهیزات ضروری (مورد نیاز) بخش سالم و آماده به کار موجود و در هر شیفت کنترل می شود (سیستم رایانه ، پرینتر ، جا پرونده ای ، پرونده فلزی ، پاراوان و.....).			

			در اتاق ایزوله ، روشویی ، کمد لباس ، لوازم حفاظتی ، بین جهت البسه کثیف وجود دارد.
--	--	--	--

۱۶

حیطه نظارت بستری

تایید عدم تایید

توضیحات :

نام و نام خانوادگی بازدید کننده / کنندگان:

امضا:

امضا:

نام و نام خانوادگی بازدید شونده :

امضاء:

نام و نام خانوادگی مسئول مربوطه بیمارستان :
(رییس / مدیر / مسئول فنی / مدیر پرستاری)

امضا :