

# چک لیست نظارت بر موسسه ساخت و فروش عینک طبی

نام و نام خانوادگی دارنده پروانه مؤسسه:

تاریخ اعتبار پروانه مؤسسه:

مدرک تحصیلی دارنده پروانه مؤسسه\*:  دیپلم  کاردان اپتیک  کارشناسی  کارشناس ارشد  PHD

شماره عضویت سازمان نظام پزشکی:

تلفن ثابت و همراه دارنده پروانه:

کد ملی دارنده مجوز:

شماره پروانه:

آدرس پستی و منطقه شهرداری:

تاریخ و ساعت بازدید:

شیفت فعالیت مؤسسه:

| محور                     | عنوان   | شاخص اندازه گیری |   |   |      | روش ارزیابی    | توضیح  |
|--------------------------|---|------------------|---|---|------|----------------|--|
|                          |   | ۰                | ۱ | ۲ | ضریب |                |  |
| مجوز                     | پروانه بهره برداری معتبر است.   |                  |   |   | ۴    | مشاهده         |  |
|                          | پروانه مسئول فنی معتبر می باشد.   |                  |   |   | ۴    | مشاهده         |  |
| نیروی انسانی             | مسئول فنی حضور دارد.  |                  |   |   | ۳    | مشاهده         |  |
|                          | کلیه مراحل ساخت و فروش عینک تحت نظارت مسئول فنی انجام می شود                          |                  |   |   | ۳    | مشاهده         |  |
| مدارک پزشکی              | اندازه ، تعداد و عناوین تابلوی موسسه استاندارد می باشد.                               |                  |   |   | ۲    | مشاهده         | حداکثر ۳ تابلو، اندازه و تعداد تابلو مطابق با آئین نامه تابلو سازمان نظام پزشکی -            |
|                          | رسید فیش دریافتی به مراجعین ارائه می شود.   |                  |   |   | ۲    | مشاهده         | مشاهده ته برگ رسیدهای ارائه شده به مراجعین   |
| فضای فیزیکی              | ساختار فیزیکی منطبق بر آخرین پلان و تایید شده توسط معاونت درمان دانشگاه می باشد       |                  |   |   | ۱    | مشاهده         | مقایسه ساختار فیزیکی کنونی با نقشه تایید شده فضای فیزیکی در زمان تاسیس مرکز                  |
|                          | تجهیزات ساخت و فروش عینک موجود می باشد  |                  |   |   | ۲    | مشاهده         | ویترین مناسب- فریم عینک-دستگاه تراش- لنزومتر- گرم کن   |
| بهداشت و پیشگیری         | وضعیت نور ، تهویه و سیستمهای برودتی/حرارتی و رعایت اصول بهداشتی، مناسب می باشد        |                  |   |   | ۱    | مشاهده         | وجود نور کافی و تهویه مطلوب - مناسب بودن سیستمهای روشنایی و عدم استفاده از لامپهای آویز      |
|                          | کپسول اطفاء حریق وجود دارد  |                  |   |   | ۲    | مشاهده و بررسی | به ازای هر ۵۰ متر مربع ۱ کپسول ۴ کیلوگرمی با تاریخ اعتبار معتبر                              |
| رعایت حقوق گیرندگان خدمت | تبلیغات غیر مجاز و یا گمراه کننده وجود ندارد.   |                  |   |   | ۲    | مشاهده         | انجام تبلیغات با اخذ مجوز لازم از سازمان نظام پزشکی - عدم وجود تبلیغات غیرمجاز و گمراه کننده |
|                          | دستورالعمل ممنوعیت استعمال دخانیات ، منشور حقوق بیمار و رسیدگی به شکایات نصب می باشد. |                  |   |   | ۱    | مشاهده         |  |
|                          | پروانه معتبر و ساعت فعالیت ، در معرض دید مراجعین نصب می باشند                         |                  |   |   | ۱    | مشاهده         |  |
|                          | اصول محرمانگی ، حریم خصوصی و الزامات طرح انطباق رعایت می گردد.                        |                  |   |   | ۱    | مشاهده         | مطابق دستورالعمل ابلاغی  |
|                          | اقدامات غیرمجاز انجام نمی شود   |                  |   |   | ۳    | مشاهده         | فروش لنز تماسی- معاینه چشم   |
| تعرفه                    | تعرفه خدمات درمانی مصوب در معرض دید مراجعین نصب شده است                               |                  |   |   | ۱    | مشاهده         |  |
|                          | تعرفه خدمات درمانی مصوب رعایت می شود.   |                  |   |   | ۲    | مشاهده و بررسی |  |

ایرادات مشاهده شده:

## نظریه کارشناس

پیشنهاد اصلاحی و مداخلات قابل اجرا:

ضمن دریافت یک رونوشت از گزارش متعهد می شوم ظرف مدت .....نواقص تذکر داده شده طبق مفاد چک لیست فوق را برطرف نموده و گزارش اقدامات اصلاحی را به صورت مکتوب به معاونت درمان دانشگاه ناظر تحویل دهم .

امضا و مهر

نام و نام خانوادگی کارشناسان بازدید کننده :

نام و نام خانوادگی بازدید شونده:

