

چک لیست کشوری موسسه رادیولوژی و سونوگرافی

- نام مؤسسه: _____
 نام و نام خانوادگی مسئول فنی: _____
 نام و نام خانوادگی مسئول فیزیک بهداشت: _____
 آدرس پستی و منطقه شهرداری: _____
 تلفن همراه مسئول فنی: _____
 تجهیزات / نوع / تعداد: _____
 تاریخ اعتبار پروانه بهره برداری: _____
 تاریخ اعتبار پروانه مسئول فنی: _____
 تاریخ اعتبار تأییدیه مجوز کار با اشعه: _____
 تلفن مرکز: _____
 تاریخ و ساعت بازدید: _____
- سنجش تراکم استخوان
 سونوگرافی
 ماموگرافی آنالوگ □ CR/DR
 پانورکس آنالوگ □ CR/ DR
 رادیوگرافی آنالوگ □ CR/DR/DDR
 پری اپیکال

مخبر	عنوان	شاخص اندازه گیری					روش ارزیابی	توضیحات
		۰	۱	۲	ضریب	امتیاز		
مجوز	مرکز دارای پروانه معتبر می باشد				۴		مشاهده	
	مسئولین فنی دارای پروانه معتبر می باشند.				۳		مشاهده	
نیروی انسانی، قوانین و مستندات	مسئول فیزیک بهداشت حداقل در یک شیفت کاری حضور دارد.				۲		مشاهده	
	در مرکز تصویربرداری، مسئول فنی در تمام ساعات فعالیت بخش طبق پروانه حضور دارد.				۳		حضور مسئول فنی بر اساس پروانه صادره یا پزشک جانشین معرفی شده به معاونت درمان طبق آئین نامه مشاهده	
	لیست پرتوپردازان و پرتو کاران مطابق با اسامی اعلامی به معاونت درمان و مجوز کار با اشعه می باشد				۱		بررسی مستندات مربوط به ارسال لیست پزشکان و پیراپزشکان به معاونت درمان و طبق مجوز کار با اشعه مشاهده	
	پرتوکاران بخش، فارغ التحصیل رشته تحصیلی مرتبط بانوع فعالیت خودمی باشند.				۲		مطابق آیین نامه مشاهده	
	مقررات ویژه پرتوکاران موضوع مفاد ۲۰ از فصل پنجم قانون حفاظت در برابر اشعه رعایت می شود.				۲		مطابق قانون حفاظت در برابر اشعه مشاهده	
مراقبت و درمان	فعالیت موسسه مطابق پروانه بهره برداری می باشد.				۲		شواهد و مستندات و در موارد مورد نیاز بازدید شب مشاهده	
	مشخصات دموگرافیک بیمار و مارکر مناسب با نوع خدمت در کلیشه ثبت میگردد.				۲		نام و نام خانوادگی بیمار سن بیمار نام مرکز -تاریخ -استفاده از کد پرسنلی-مارکر (ماموگرافی: از nipple مارکر برای کلیه بیماران، mole مارکر و scare مارکر در مواقع ضروری و لازم استفاده میشود). - مشاهده	

ارزیابی کیفیت تصاویر توسط مسئول فنی انجام شده و اقدامات اصلاحی انجام میشود.						۱	مشاهده	پزشک متخصص در بازه های زمانی مشخص کلیشه های تصویربرداری را ارزیابی کیفی نماید
اصول گزارش نویسی رعایت میشود.						۲	مشاهده مستندات	شامل ثبت تاریخ و ساعت گرافی و گزارش - مشخصات بیمار - شرح حال بیمار - روش و نحوه پروسیجر - نام پزشک درخواست کننده و ...
ارائه گزارش اورژانسی به فوریت و ارائه گزارش غیر اورژانسی حداکثر ظرف ۴۸ ساعت برنامه ریزی و اجرا می شود.						۲	مشاهده و بررسی	
کلیشه ی اقدام تشخیصی به صورت فیزیکی در اختیار بیمار قرار می گیرد.						۲	مشاهده	سی دی به همراه گزارش یا پرینت کلیشه کفایت می کند.
فرآیند تعیین دوز دارویی، محاسبه، و تجویز و تزریق داروها انجام، ثبت و توسط پزشک نظارت میشود.						۳	مشاهده مستندات	تعیین دز ماده حاجب / دارو توسط پزشک متخصص صورت پذیرد و تزریق طبق شرح وظایف
اقدامات تشخیصی درمانی مداخله ای با رعایت استاندارد انجام می پذیرد.						۳	مشاهده	مطابق آیین نامه و قوانین / الزامات کنترل عفونت ، رضایت آگاهانه و ...
در سیستم پذیرش بیمار تمامی اطلاعات لازم ثبت می گردد.						۱	مشاهده	ثبت نام و نام خانوادگی بیمار ، سن ، تاریخ و ساعت پذیرش و انجام خدمت ، نوع درخواست ، نام پزشک درخواست کننده ، نام کارشناس و پزشک
شرح حال کامل از بیمار با توجه به نوع خدمت اخذ و ثبت و مورد استفاده قرار میگیرد .						۲	مشاهده مستندات	علت مراجعه - سوابق درمانی و اقدامات انجام شده - تشخیص بیماری - نام و امضا بیمار و شرح حال گیرنده
اطمینان از انجام آزمایشات و آمادگی های پزشکی لازم قبل از انجام خدمت حاصل می شود.						۳	مشاهده و بررسی	Bun و Cr در بیماران سی تی اسکن با ماده حاجب قبل از آزمون چک میشود. GFR بیمار توسط پزشک / بخش درخواست کننده محاسبه میشود .
فضای فیزیکی						۲	مشاهده و بررسی	مقایسه ساختار فیزیکی کنونی با نقشه تایید شده فضای فیزیکی در زمان تاسیس یا تمدید مجوز کار با اشعه
از لباس ، ملحفه و روانداز تمیز و یکبار مصرف استفاده می شود						۱	مشاهده	تمیز بودن تخت استفاده از ملحفه و روبالشی یکبار مصرف جهت آن - تمیز بودن روانداز و در اختیار قراردادن ملحفه جهت استفاده از روانداز(پتو)
پیگیری و بهداشت						۲	مشاهده مستندات	
وضعیت نور ، تهویه و سیستم های برودتی/حرارتی و رعایت اصول بهداشتی، مناسب می باشد						۱	مشاهده	وجود نور کافی و تهویه مطلوب در فضاهای مختلف - وجود سیستم سرمایش و گرمایش مناسب (غیر از بخاری گازسوز) - تهویه مناسب در صورت وجود تاریکخانه - مکنندگی

مناسب تهویه جهت خروج هوای یونیزه از اتاق های پرتوزا							
مشاهده		۳				تجهیزات پرتویی موجود با مجوز کار با اشعه و پروانه مطابقت دارد	دارو و تجهیزات
مشاهده و بررسی		۲				ترالی اورژانس در قسمتهای مختلف مرکز تصویربرداری به طور جداگانه با تجهیزات کامل در دسترس می باشد.	
مشاهده		۲				فروش دارو و تجهیزات در مرکز انجام نمی گیرد.	
مشاهده		۱				نگاتوسکوپ سالم به تعداد کافی در محل های مناسب نصب گردیده باشد.	
مشاهده		۲				سیستم برق اضطراری و کپسول اطفاء حریق (با شارژ معتبر) وجود دارد	
مشاهده مستندات		۱				کلیه اتاق های تصویربرداری مربوطه هر ۶ ماه یکبار توسط مسئول فیزیک بهداشت از نظر دزیمتری بررسی می شود.	
مشاهده		۲				وسایل حفاظتی از جمله شیلدهای مختلف و روپوش سربی در بخشهای مربوطه و تک تک اتاقهای گرافی موجود میباشد و کارکنان برای بیماران از آن استفاده می کنند	
مشاهده		۲				چراغ هشداردهنده هماهنگ با اکسپوز بر درب های اتاق های پرتوزا نصب شده است.	
مشاهده		۱				دستورالعمل حفاظتی مربوط به کارکنان، مراجعین، زنان باردار و کودکان در موسسه نصب شده است.	
مشاهده مستندات		۲				گزارشات دوره ای فیلم بچ موجود بوده و با پرسنل فعال مطابقت داشته و بررسی میشود.	

	مشاهده		۲			محرمانگی و حفظ حریم خصوصی انجام می شود.	رعایت حقوق گیرندگان خدمت
نصب دستورالعمل ممنوعیت استعمال دخانیات ، پوستر منشور حقوق بیمار و نحوه رسیدگی به شکایات در معرض دید مراجعین	مشاهده		۱			دستورالعمل ممنوعیت استعمال دخانیات ، پوستر منشور حقوق بیمار و نحوه رسیدگی به شکایات نصب می باشد.	
برگه های آموزشی و مصاحبه با بیمار	مشاهده وبررسی		۲			آموزش و آمادگی های لازم جهت خدمت تصویربرداری به بیمار داده میشود.	
مشاهده	مشاهده		۲			سرویس بهداشتی با روشویی مناسب و رعایت ضوابط بهداشتی وجود دارد.	
مشاهده نصب اتیکت شناسایی شامل نام خانوادگی و سمت ، توسط کلیه کارکنان	مشاهده		۱			اتیکتهای خوانا همراه با اسم و مشخصات کلیه کارکنان و فیلم بچ پرتوکاران نصب می باشند	
	مشاهده		۲			آب سردکن همرا با لیوان یکبار مصرف وجود دارد.	
	مشاهده					تعرفه مصوب در معرض دید نصب شده است.	تعرفه
رؤیت و بررسی دریافتی ها	مشاهده و بررسی		۳			تعرفه مصوب رعایت می شود.	
بررسی مستندات(دفاتر پذیرش و...)	مشاهده		۲			مبلغ دریافتی در مرکز ثبت و رسید به بیمار تحویل داده میشود.	

ایرادات مشاهده شده :		نظریه کارشناس
پیشنهاد اصلاحی و مداخلات قابل اجرا:		
ضمن دریافت یک رونوشت از گزارش متعهد می شوم ظرف مدتنواقص 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 بازدید شونده:	
امضا (ها)	نام و نام خانوادگی کارشناسان بازدید کننده :	