



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی تهران
معاونت درمان

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

ردیف	حیطه نظارت بستری	بلی	خیر	توضیحات
۱	روشویی برای شستشوی دست در فضای پیش ورودی وجود دارد.			
۲	شیر های اسکراب دارای فرمان الکترونیک یا پدالی هستند.			
۳	دپوی زباله و شان های کثیف در پیش ورودی موجود می باشد.			
۴	ارتباط بخش آنژیوگرافی قلبی/مغزی/پریفرال با اتاق عمل مربوطه ارتباط از نوع درجه یک باشد (همجوار یا حداکثر فاصله بین ورودی های بخش ها ۲۰ متر)			
۵	آنژیوگرافی قلبی/مغزی/پریفرال به تجهیزات فیلم یا دوربین دیجیتال مجهز است.			
۶	آنژیوگرافی /مغزی به انواع کاتتر مجهز است.(استنت و کاتترهای نورواینترنشن، کاتترهای مغزی با فرنچ ۳،۴،۵،۶،۷،۸ و کاتترهای کاروتیدو...)			
۷	آنژیوگرافی /مغزی به انواع کاتتر مجهز است.(انواع کاتتر گایدینگ، تی آر بند،و...)			
۸	آنژیوگرافی قلبی به انواع کاتتر مجهز است(استنت دوگانه، کاتترهای زیستی، بست عروقی قابل جذب، استنت های دارویی، استنت های فلزی، بالونهای آنژیو پلاستی و...)			
۹	چراغ های دیواری یا سقفی بطور مستقیم به چشم افراد نتابد و باعث خیرگی نشود وجود دارد.			
۱۰	تمام تختهای ریکاوری در معرض دید مستقیم ایستگاه پرستاری است.			
۱۱	جدا کننده تختها پرده یا پارتیشن است و دید به ایستگاه پرستاری حفظ می شود.			
۱۲	لیست اسامی نیروی انسانی موجود است.			
۱۳	به ازای هر اتاق آنژیوگرافی یک پرستار در بخش آنژیو گرافی قلبی/مغزی/پریفرال حضور دارد.			

			به ازای هر اتاق آنژیوگرافی یک تکنسین رادیولوژی در بخش آنژیوگرافی قلبی/مغزی/پریفرال حضور دارد.	۱۴
			به ازای هر اتاق آنژیوگرافی یک کارشناس اتاق عمل در بخش آنژیوگرافی قلبی/مغزی/پریفرال حضور دارد.	۱۵
			به ازای هر مرکز یک جراح در بیمارستان حضور دارد.	۱۶
			به ازای هر ۵ بیمار یک پرستار ریکاوری در بخش آنژیوگرافی قلبی/مغزی/پریفرال حضور دارد	۱۷

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 :

امضا :

(رییس /مدیر /مسئول فنی /مدیر پرستاری)