

## چک لیست نظارت بر مراکز مشاوره و ارائه مراقبت های پرستاری در منزل

به استناد ماده ۸ قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و آیین نامه اجرائی مصوب ۶۵/۵/۲۶ هیات وزیران و اصلاحات بعدی و مواد ۱۶ و ۲۵ آئین نامه تاسیس مرکز مشاوره و ارائه مراقبت های پرستاری در منزل مصوب ۱۳۹۵/۴/۱۵ و ابلاغ شماره ۱۰۱/۶۹۱/د مقام عالی وزارت به منظور نظارت موثر و کارآمد، پایش کیفیت خدمات و مراقبت های پرستاری در منزل، مراکز مذکور بر اساس این چک لیست نظارت خواهند شد.

### مشخصات مرکز:

نام مرکز:

نام موسس / موسسین:

تلفن همراه:

تلفن همراه:

نام مسئول فنی: صبح:

عصر:

شب:

نام مرکز:

منطقه شهرداری(در شهر های بزرگ):

تلفن ثابت:

شماره نمابر:

تاریخ اعتبار پروانه بهره برداری مرکز :

تاریخ نظارت: .....

نام مرکز: .....

**محور فضای فیزیکی**

رتبه	شاخص / استاندارد ارزیابی	توضیحات، نحوه ارزیابی و امتیازدهی	امتیاز مکتسبه ۰-۱
۱	مساحت کل واحد حداقل ۴۵ متر مربع است	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات:	
۲	مشخصات نام و محل مرکز مطابق با پروانه بهره برداری است	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات:	
۳	مرکز دارای سالن انتظار می باشد	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات:	
۴	وضعیت کلی بهداشت سالن مناسب است	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات: مطابق استانداردهای وزارت بهداشت و سایر استانداردهای موجود	
۵	وضعیت کلی روشنایی سالن مناسب است	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات: مطابق استانداردهای وزارت بهداشت و سایر استانداردهای موجود	
۶	وضعیت کلی تهویه سالن مناسب است	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات: مطابق استانداردهای وزارت بهداشت و سایر استانداردهای موجود	
۷	مرکز دارای اتاق مسئول مرکز و عقد قرارداد می باشد	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات:	
۸	مرکز دارای اتاق مشاوره/ آموزش می باشد	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات:	
۹	مرکز دارای سرویس بهداشتی می باشد	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات:	
۱۰	سرویس بهداشتی مناسب است	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات: مطابق استانداردهای وزارت بهداشت و سایر استانداردهای موجود	
۱۱	مرکز دارای کپسول اطفاء حریق مناسب، دارای شارژ معتبر جهت مواقع ضروری می باشد	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات: به ازای هر ۵۰ متر مربع یک کپسول ۴ کیلوگرمی ضروری است	

تاریخ نظارت:.....

نام مرکز:.....

**محور امکانات و تجهیزات اداری – پزشکی**

رتبه	شاخص / استاندارد ارزیابی	توضیحات، نحوه ارزیابی و امتیازدهی	امتیاز مکتسبه ۰-۱
۱	مرکز دارای حداقل یک دستگاه رایانه است	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات:	
۲	رایانه به شبکه اینترنت پر سرعت متصل است	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات:	
۳	یک دستگاه پرینتر در مرکز موجود است	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات:	
۴	یک دستگاه اسکنر در مرکز موجود است	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات:	
۵	یک دستگاه تلفن مستقل در مرکز موجود است	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات:	
۶	یک دستگاه فاکس در مرکز موجود است	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات:	
۷	میز و صندلی و لوازم مرتبط برای مراجعین و آموزش گیرندگان در مرکز موجود است	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات:	
۸	امکانات و تجهیزات بایگانی جهت حفظ اسناد و مدارک در مرکز موجود و زمان نگهداری اسناد با مقررات و قوانین رسمی مربوطه انطباق دارد	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات:	
۹	کپسول اکسیژن، مانومتر و ملزومات آن در مرکز موجود است	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات:	
۱۰	دستگاه ساکشن و ملزومات آن در مرکز موجود است	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات:	
۱۱	امکانات و تجهیزات لازم در زمان اعزام پرستاران به محل ارائه خدمت وجود دارد(حداقل یک عدد کیف مراقبتی مطابق دستورالعمل ابلاغی در مرکز موجود است)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات:	
۱۲	کیف مراقبتی به تعداد مورد نیاز جهت ارائه خدمت در منازل، توسط مرکز تهیه شده است	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات:	
۱۳	مرکز برنامه لازم جهت امحاء زباله های عفونی را طبق دستورالعمل ابلاغی دارد	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات:	
۱۴	مرکز دستورالعمل های مدیریت و نگهداری امکانات، تجهیزات و کالیبراسیون را به طور صحیح و مطابق استانداردهای موجود رعایت مینماید	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات:	
۱۵	مرکز محلی جهت نگهداری ملزومات و تجهیزات پزشکی دارد	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات: وجود اتاق مجزا الزامی نیست	
۱۶	مرکز برای استفاده از تجهیزات پزشکی با موسسه یا بیمارستانی قرارداد دارد	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات:	

تاریخ نظارت: .....

نام مرکز: .....

محور نیروی انسانی			
رتبه	شاخص / استاندارد ارزیابی	توضیحات، نحوه ارزیابی و امتیازدهی	امتیاز مکتسبه ۰-۱
۱	نیروی انسانی مجاز در مرکز ارائه خدمت می نمایند	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات: مطابق ماده ۴ آیین نامه	
۲	لیست و فهرست کارکنان مرکز و برنامه کاری آنها جهت ارائه مراقبت ها و خدمات به بیماران و مددجویان و نظارت بر حسن اجرای انجام آن در مرکز موجود است	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات:	
۳	مستندات و پرونده پرسنلی موسس/موسسین، رئیس، مسئول فنی و تمامی کارکنان مرکز در مرکز موجود و با لیست اعلام شده به دانشگاه تطابق دارد	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات: پرونده پرسنلی می بایست شامل مدارک سجلی و تحصیلی باشد.	
۴	ارائه دهندگان خدمت در مرکز دارای پرونده پرسنلی، سوء پیشینه و قرارداد می باشند	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات:	
۵	مستندات معرفی پزشک عمومی به عنوان پزشک همکار که در تمام ساعات فعالیت مرکز در دسترس (آنکال) باشد، در مرکز موجود است	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات:	
۶	مستندات و قرارداد مشاوره و ارائه خدمات با پرستاران، پزشکان، پیراپزشکان و سایر حرف وابسته گروه پزشکی در مرکز موجود است	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات:	
۷	تمامی کارکنان مرکز دارای بیمه مسئولیت حرفه ای بوده و مستندات آن موجود است	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات:	
۸	مسئول فنی در ساعت ها و نوبت کاری های درج شده در پروانه حضور مستمر دارد	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات:	
۹	موسس/ رئیس/ مسئول فنی/ سایر کارکنان مرکز و پرسنل اعزامی به محل ارائه مراقبت ها دارای کارت شناسایی و اتیکت متحدالشکل با درج سمت می باشند	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات: کارت شناسایی می بایست عکس دار، معتبر و با شماره سریال مشخص با ذکر مدرک تحصیلی به همراه مهر و امضا دانشگاه مربوطه باشد.	

تاریخ نظارت:.....

نام مرکز:.....

### محور رضایتمندی و رعایت حقوق بیمار

رتبه	شاخص / استاندارد ارزیابی	توضیحات، نحوه ارزیابی و امتیاز دهی	امتیاز مکتسبه ۰-۱
۱	تعارف در معرض دید مراجعین نصب شده است	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات:	
۲	تعارف مصوب ارائه خدمات رعایت می شود	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات:	
۳	مستندات تشکیل پرونده بیمار مطابق با آیین نامه در مرکز موجود است	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات: پرونده بیمار می بایست ترجیحا بصورت الکترونیک و دارای محتوای خدمت، رضایت آگاهانه مددجو یا بستگان قانونی ایشان، تعریف خدمات، حجم و نوع خدمت باشد.	
۴	فرم ارزیابی اولیه بیمار تکمیل و در پرونده بیمار موجود می باشد	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات:	
۵	گزارش پرستاری صحیح ثبت و مستندات در پرونده بیمار موجود می باشد	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات:	
۶	سایر اوراق برحسب ضرورت ( مثل برگه علایم حیاتی) ثبت و در پرونده بیمار موجود می باشد	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات:	
۷	مستندات قرارداد مرکز با بیمار یا بستگان قانونی وی مطابق آیین نامه در مرکز موجود است	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات: قرارداد می بایست شامل مشخصات بیمار، آدرس محل زندگی، نوع بیماری، برنامه مراقبتی، هزینه ها و نحوه پرداخت و رضایت آگاهانه باشد.	
۸	خدمات و مراقبت های ارائه شده منطبق با قراردادهای تنظیمی و آیین نامه است	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات:	
۹	مرکز در قبال خدمات انجام شده و اخذ وجه، صورتحساب به بیمار یا بستگان قانونی وی تحویل می دهد	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات:	
۱۰	فرم ها و برگه های موجود در پرونده مطابق دستورالعمل های موجود است	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات:	
۱۱	مستندات نظارت بر کیفیت خدمات ارائه شده به بیماران و مددجویان در منزل بر اساس استانداردها و پروتکل های مصوب در مرکز موجود است	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات:	
۱۲	مستندات نظام کارآمد رسیدگی به شکایات و انتقادات در این مراکز وجود دارد	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات:	
۱۳	ارایه خدمات پرستاری به بیماران و مددجویان با رعایت قانون انطباق امور اداری و فنی مؤسسات پزشکی با موازین شرع مقدس و آیین نامه اجرایی، توسط تمامی کارکنان مرکز صورت می گیرد	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات:	
۱۴	رعایت شئون اخلاقی اسلامی، موازین علمی، فنی و پوشیدن یونیفرم حرفه ای توسط ارائه دهندگان خدمت در منزل یا محل ارائه خدمت انجام می شود	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات:	
۱۵	رضایت سنجی از بیماران انجام و مستندات آن در مرکز موجود می باشد	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات:	
۱۶	تغییر و تحول بیمار به صورت بالینی به کادر پرستاری نوبت کاری بعد صورت می گیرد	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات:	

تاریخ نظارت:.....

نام مرکز:.....

**محور رعایت مقررات قانونی و بخشنامه ها**

رتبه	شاخص / استاندارد ارزیابی	توضیحات، نحوه ارزیابی و امتیاز دهی	امتیاز مکتسبه ۰-۱
۱	مقررات مربوط به تابلوها، سرنسخه ها و تبلیغات موسسات رعایت می شود	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات: مطابق قانون تشکیل سازمان نظام پزشکی و سایر قوانین مرتبط	
۲	تعداد، ابعاد و متن مندرج در تابلو های مرکز منطبق بر دستورالعمل ابلاغی وزارتخانه می باشد	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات: مطابق قانون تشکیل سازمان نظام پزشکی و سایر قوانین مرتبط	
۳	اصل پروانه بهره برداری (پروانه تاسیس) مرکز در معرض دید نصب است	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات:	
۴	پروانه بهره برداری معتبر است	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات:	
۵	اصل پروانه مسئولیت فنی در معرض دید مراجعین نصب شده است	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات:	
۶	پروانه مسئول فنی معتبر است	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات:	
۷	ساعات فعالیت مرکز منطبق با ساعات کاری درج شده در پروانه بهره برداری است	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات:	
۸	استانداردها، بخشنامه ها و دستورالعمل های مصوب وزارت بهداشت در مرکز موجود و به طور دقیق اجرا می شود	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات:	
۹	مستندات و قرارداد همکاری و پشتیبانی مرکز با حداقل یک بیمارستان در مرکز موجود است	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات:	
۱۰	در صورت ارائه خدمات مشاوره ای و مراقبتی به مراکز و موسسات مانند مدارس، کارخانجات، ادارات و ... توسط مرکز مستندات آن موجود می باشد	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات:	
۱۱	هیچ نوع خدمت مراقبتی به جز عقد قرارداد، مشاوره و آموزش در محل مرکز انجام نمی شود.	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات: ( طبق آیین نامه ابلاغی )	

نام و نام خانوادگی مسئول فنی/موسس:

تاریخ و امضاء:

۱- نام و نام خانوادگی ارزیابی کننده:

تاریخ و امضاء:

۲- نام و نام خانوادگی ارزیابی کننده:

تاریخ و امضاء:

۳- نام و نام خانوادگی ارزیابی کننده:

تاریخ و امضاء:

۴- نام و نام خانوادگی ارزیابی کننده:

تاریخ و امضاء:

تاریخ نظارت:.....

نام مرکز:.....

### فرم جمع بندی امتیازات محورهای ارزیابی مرکز مشاوره و ارائه مراقبت های پرستاری در منزل

ردیف	نام محور ارزیابی	امتیاز کل محور	امتیاز مکتسبه محور	ضریب امتیاز محور	امتیاز نهایی محور
۱	محور فضای فیزیکی	۱۱		۱	
۲	محور امکانات و تجهیزات اداری - پزشکی	۱۶		۱	
۳	محور نیروی انسانی	۹		۳	
۴	محور رضایتمندی و رعایت حقوق بیمار	۱۶		۳	
۵	محور رعایت مقررات قانونی و بخشنامه ها	۱۱		۲	
	<b>جمع کل امتیازات</b>	<b>۶۳</b>			

نام و نام خانوادگی مدیر پرستاری دانشگاه/دانشکده:

تاریخ و امضاء: