



### چـک لیست بازديد واحد تزريقات و پانسمان

### نام و نام خانوادگي پزشك: تاريخ و ساعت بازديد:

### نام و نام خانوادگي متصدي تزريقات: مدرك تحصيلي : شماره تلفن همراه

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **وضعيت استاندارد** | | | | | |
| **توضيحات** | **امتياز** | | | **عناوين مورد سنجش** | **رديف** |
|  | **0** | **1** | **2** |
|  |  |  |  | مجوز معتبر تاسيس واحد تزريقات و پانسمان از معاونت درمان دانشگاه اخذ شده است | 1 |
|  |  |  |  | سابقه مصونيت يا واكسيناسيون بر عليه هپاتيتB براي متصدي تزريقات وجود دارد | 2 |
|  |  |  |  | تابلو با عنوان تزريقات در خارج از ساختمان نصب مي باشد | 3 |
|  |  |  |  | براي جمع آوري زباله هاي نوك تيز و برنده از سيفتي باكسو بطور مناسب استفاده مي شود | 4 |
|  |  |  |  | تعداد مناسب تخت تزريقات به تفكيك زنان و مردان وجود دارد | 5 |
|  |  |  |  | دفتر ثبت اسامي بيماران موجود است(با ذكر نام و نام خانوادگي،سن، تاريخ و ساعت مراجعه، نام آمپول يا سرم، نوع تزريق، نام مسئول انجام تزريق، نام پزشك) | 6 |
|  |  |  |  | متصدي تزريقات ،روپوش سفيد و تميز با نصب اتيكت به تن دارد | 7 |
|  |  |  |  | از پگ هاي استريل با لحاظ كردن شرايط استاندارد استفاده مي شود | 8 |
|  |  |  |  | قرارداد حمل زباله عفوني ،با سازمان خدمات موتوري شهرداري وجود دارد | 9 |
|  |  |  |  | شرايط اتاق تزريقات(ازجمله نور، تهويه، سرمايش،گرمايش)ورعايت مقررات بهداشتي مناسب مي باشد | 10 |
|  |  |  |  | ديوارهاي اتاق تزريقات تا ارتفاع 180 سانتيمتر با سراميك يا سنگ و يا كليه وجوه با رنگ قابل شستشو پوشيده شده است | 11 |
|  |  |  |  | روشويي همراه با صابون مايع،در واحد تزريقات وجود دارد | 12 |
|  |  |  |  | سطل زباله درب دار و پدال دار با كيسه زباله زرد استاندارد وجود دارد | 13 |
| مواردي كه موجود نيست |  |  |  | در صورت انجام حجامت ، گواهي دوره حجامت وجود دارد | 14 |
| مواردي كه موجود نيست |  |  |  | تجهيزات مورد نياز (كپسول اكسيژن با مانومتر و ماسك، لارنگوسكوپ، لوله تراشه، آمبوبگ، چراغ قوه، گوشي و فشارسنج، سوندنلاتون، ست سرم، ، airway آنژيوكت، پگ پانسمان استريل، سرنگ و سر سوزن) وجود دارد. | 15 |
|  |  |  |  | داروهاي مورد نياز : بتادين ،الكل 70 ،آمپول هيدروكورتيزون،آمپول آدرنالين، آمپول آتروپين،آمپول كلسيم، آمپول آمينوفيلين، آمپول ديازپام، آمپول پرومتازين، آمپول متوكلوپراميد، آمپول فورزمايد، آمپول بي پريدين، آمپول نالوكسان، آب مقطر، پرلTNG ، سرم قندي 2عدد، سرم رينگر 2 عدد، سرم قندي و نمكي 2عدد ، نرمال سالين ، TNG 2عدد، ويال گلوكزهيپرتونيك | 16 |
|  |  |  |  | نحوه برخورد و ميزان همكاري با كارشناسان نظارت بر درمان مناسب است | 17 |

ميزان تعرفه دريافتي(ريال)جهت ارائه خدمات تزريق سرم............ تزريق عضلاني................... تزريق وریدی..................................................

به خانم/آقاي..................................................به دليل...............................................................................تذكرشفاهي داده شد و مقرر گرديد ايشان نسبت به رفع كليه اشكالات موجود سريعا اقدام و نتيجه اقدامات اصلاحي را به معاونت درمان دانشگاه كتبا اعلام نمايند.

**امضاي متصدي تزريقات**

**نام و نام خانوادگي و امضاء كارشناسان: مهر و امضاء پزشك:**