



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز (معاونت درمان)

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز (معاونت درمان)

## وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Dd فرم

### دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز (معاونت درمان)

#### فرم بازدید و بازرسی از لابراتوارهای پروتز دندان

نام و نام خانوادگی ..... ساعت بازدید ..... تاریخ بازدید ..... ساعت حضور ..... تلفن ..... آدرس .....

خیر

بلی

- ۱- آیا لابراتوار دارای **پروانه معتبر** برای محل فعالیت میباشد؟
- ۲- آیا **قابلوها با آیین نامه مطابقت** دارد؟
- ۳- آیا **دفتر ثبت سفارش وسوابق** برای کلیه سفارشات میباشد؟
- ۴- آیا لابراتوار **فاقد هرگونه تجهیزات دندانپزشکی** مانند صندلی و یونیت میباشد؟
- ۵- آیا لابراتوار دارای **فضای فیزیکی کافی و بهداشتی** میباشد؟
- ۶- آیا لابراتوار دارای **تهویه مناسب و نور کافی** میباشد؟
- ۷- آیا **قالبها** دریافتی از مطبها قبل از قالب ریزی بدرستی با  **محلول مناسب ضد عفونی** میشوند؟
- ۸- آیا **شاغلین فنی** دارای مجوز اشتغال هستند؟
- ۹- آیا **متصدی محل** در موقع بازدید در محل حضور داشتند؟
- ۱۰- آیا **متصدی محل و شاغلین دارای کارت واکسیناسیون هپاتیت B** هستند؟
- ۱۱- آیا **اصول ایمنی و بهداشتی (عینک، سمعک و محافظ)** در محل بدرستی رعایت میشود؟
- ۱۲- آیا **دستگاه اطفاء حریق** در محل وجود دارد؟
- ۱۳- آیا **تجهیزات و لوازم** مورد نیاز بمقدار کافی تامین شده است؟

#### نظریه کارشناسی:

تشویق       تذکر شفاهی       تذکر کتبی       درج در پرونده       دعوت به مذاکره       ارجاع به تعزیرات

پیگیری       پلیپ موقت جهت تعیین تکلیف       لغو دائم پروانه و تعطیلی محل

توضیحات :