معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی تبریز

|  |
| --- |
| **فرم بازدید دفاتر تغذیه ورژیم درمانی** |

نام ونام خانوادگی مسئول فنی:خانم/آقای تلفن تماس: تاریخ:

نشانی کامل محل کار:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. آیا نسبت به تشکیل پرونده بیمار (مشخصات و روند درمانی) و بایگانی آن اقدام شده است؟ | بلی | خیر |
| 1. آیا پروانه دارای اعتبار در دفتر کار نصب شده است؟ | بلی | خیر |
| 1. آیا مراعات لازم درخصوص عدم تجویز دارو غیر از ویتامین و املاح انجام می گیرد؟ | بلی | خیر |
| 1. آیا تعرفه های قانونی رعایت میشود؟ | بلی | خیر |
| 1. آیا فقط مسئول فنی انجام مشاوره می نماید(افراد دیگر دخالت ندارند)؟ | بلی | خیر |
| 1. آیا تابلوها، مهر و سربرگها با آیین نامه ها مطابقت دارند؟ | بلی | خیر |
| 1. آیا فضای فیزیکی دفتر مشاوره از نظر ابعاد و اصول بهداشتی مناسب می باشد؟ | بلی | خیر |
| 1. آیا فضای فیزیکی اتاق انتظار از نظر ابعاد، اصول بهداشتی و رفاهی مناسب می باشد؟ | بلی | خیر |
| 1. آیا حداقل تجهیزات تشخیص و معاینه فراهم شده است؟ | بلی | خیر |
| 1. آیا همکاری مطلوب با کارشناس نظارت بعمل می آید؟ | بلی | خیر |

توضیحات و نظر نهایی ناظر بازدید کننده:..............................................................................................................................................

................................................................................................................................................................................................................. .................................................................................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................................................................................

امضا ومهر مسئول فنی نام وامضای کارشناس نظارت بردرمان