



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت درمان

مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی اصفهان



فرم شماره ۹
۱۳۹۵/۱۱/۲۳-۷۳

یک لیست بازدید از مراکز خدمات آمبولانس فصولی

مشخصات:

نام شهرستان:	آدرس:	تلفن:
نام مرکز:	نام موسس / موسسین:	پروانه بهره برداری / تاریخ اعتبار:

اطلاعات فضای فیزیکی مرکز:

<input type="checkbox"/> اتاق کارکنان	<input type="checkbox"/> ارتباطات	<input type="checkbox"/> استراحت	<input type="checkbox"/> انبار دارویی	<input type="checkbox"/> پذیرش و نگهداری مدارک پزشکی	<input type="checkbox"/> سرویس عمومی	<input type="checkbox"/> پارکینگ آمبولانس
<input type="checkbox"/> تابلو سردرب مرکز						

وضعیت دفاتر ثبت اطلاعات:

توضیحات	موجود است	موجود نیست
<input type="checkbox"/> دفتر ثبت مأموریت ها		
<input type="checkbox"/> دفتر تحویل و تحول آمبولانس ها		
ثبت اطلاعات دفاتر	کامل	ناقص
ثبت اطلاعات فرم مأموریت		

تجهیزات پزشکی و غیرپزشکی داخل آمبولانس بر اساس کارت معاینه طبی استاندارد:

ردیف	موضوع	توضیحات
۱	<input type="checkbox"/> سلامت فنی و ظاهری آمبولانس ^۱	
۲	<input type="checkbox"/> مطابقت تجهیزات طبی آمبولانس مطابق چک لیست تیپ متناظر	
۳	<input type="checkbox"/> مطابقت داروهای آمبولانس با چک لیست داروهای ضروری و ترجیبهی تیپ متناظر	
۴	وجود داری تاریخ گذشته (داخل آمبولانس <input type="checkbox"/> داخل مرکز) تعداد و نام دارو در توضیحات قید شود	

وضعیت پرسنلی بر اساس پرونده مرکز:

ردیف	شماره پرسنل	نام و نام خانوادگی	پایان طرح	سمت	مدرک تحصیلی	مطابقت لباس با آیین نامه			گواهی / پروانه	
						عالی	خوب	بد	وجود	اعتبار
۱	<input type="checkbox"/>			اپراتور					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲	<input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۳	<input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۴	<input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۵	<input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۶	<input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۷	<input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۸	<input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۹	<input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۰	<input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۱	<input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۲	<input type="checkbox"/>			مسئول فنی D					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۳	<input type="checkbox"/>			مسئول فنی E					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۴	<input type="checkbox"/>			مسئول فنی N					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

۱ - در صورت وجود و یا تأیید هر مورد در باکس مربوطه علامت ✓ و در صورت عدم وجود و یا خرابی علامت X درج گردد.

کلیه وضعیت آمبولانس ها :

ردیف	شماره موتور	پلاک / شاسی	نوع آمبولانس	برچسبهای روی آمبولانس	نصب تعرفه و کارت طبی		نظافت	داروها ^۱	کارت معاینه طبی	
					تعرفه	کارت طبی			وجود	اعتبار
۱										
۲										
۳										
۴										
۵										
۶										
۷										

کلیه توضیحات:

ردیف	شرح	ردیف	شرح
۱			
۲			
۳			
۴			
۵			
۶			
۷			
۸			
۹			
۱۰			
۱۱			
۱۲			
۱۳			
۱۴			
۱۵			

نام و نام خانوادگی بازدید کننده:	فرد مسئول در زمان بازدید:
مهر و امضاء	مهر و امضاء

تاریخ آخرین بازدید از مرکز توسط ناظران مرکز مدیریت حوادث و فوریتهای پزشکی دانشگاه علوم پزشکی :

^۲ - طبق چک لیست داروهای ضروری و ترجمه آمبولانس ارزیابی شود