



Sheet No-9
1399/12/10-V8

مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی اصفهان

چک لیست رتبه بندی مراکز آمبولانس خصوصی

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

نام کارشناس:

نام مرکز:		تعداد موارد	تاریخ اعتبار:	نام	موضوع	ردیف
نام مؤسس:						
سال تأسیس:						
آدرس:						
بیمارستان:		تلفن مستقیم:				
درمانگاه:		موضوع				
جراحی محدود:		موضوع				
سایر:		موضوع				
جمع	ضریب	موضوع				
	۱	<input type="checkbox"/> سلامت فنی و ظاهری آمبولانس ها				
	۴	<input type="checkbox"/> مطابقت داروهای آمبولانس با چک لیست داروهای ضروری و ترجیحی تیپ متناظر ^۱				
	۵	<input type="checkbox"/> مطابقت تجهیزات آمبولانس با چک لیست تیپ متناظر ^(۱)				
	۲	<input type="checkbox"/> نظافت آمبولانسها <input type="checkbox"/> برچسب های روی بدنه آمبولانس ^۲ <input type="checkbox"/> برچسب سلامت				
	۲	<input type="checkbox"/> وجود و نصب کارت معاینه طبی معتبر و تعرفه خدمات آمبولانس داخل کابین عقب ^(۳)				
	۵	فقدان داروی تاریخ گذشته: <input type="checkbox"/> داخل آمبولانس <input type="checkbox"/> داخل مرکز (تعداد و نام داروها در دفتر گزارش بازدید قید شود)				
	۱	فضای فیزیکی: <input type="checkbox"/> مدیریت <input type="checkbox"/> ارتباطات <input type="checkbox"/> استراحت کارکنان <input type="checkbox"/> انبار داروئی و تجهیزات پزشکی <input type="checkbox"/> پذیرش و نگهداری مدارک پزشکی <input type="checkbox"/> سرویس عمومی (سرویس بهداشتی و حمام) <input type="checkbox"/> پارکینگ مسقف آمبولانس <input type="checkbox"/> تناسب پارکینگ با تعداد آمبولانسها (تعداد پارکینگ:) <input type="checkbox"/> تابلوی سردرب مرکز <input type="checkbox"/> متر از ساختمان (حداقل ۶۰ متر)				
	۲	ثبت مستندات: آمار مأموریتها(<input type="checkbox"/> دفتر <input type="checkbox"/> نرم افزار) (میانگین مأموریت ماهانه:) <input type="checkbox"/> حکم مأموریت آمبولانس				
	۲	دقیق و کامل بودن ثبت اطلاعات: (<input type="checkbox"/> دفاتر <input type="checkbox"/> فرم مأموریت) <input type="checkbox"/> اخذ مجوز تبلیغات				
	۵	<input type="checkbox"/> حضور تکنسین و رانندگان آمبولانس <input type="checkbox"/> نظارت پزشک مسئول فنی <input type="checkbox"/> داشتن پروانه/گواهی آموزشی معتبر از اورژانس				
	۱	<input type="checkbox"/> متناسب بودن تعداد پرسنل با تعداد آمبولانسها طبق آئین نامه ^۳				
	۲	<input type="checkbox"/> مطابقت لباس با آئین نامه <input type="checkbox"/> هماهنگی با مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی قبل از بکارگیری پرسنل جدید				
	۲	وجود مدارک: (<input type="checkbox"/> تحصیلی <input type="checkbox"/> پروانه فعالیت <input type="checkbox"/> گواهی سوء پیشینه <input type="checkbox"/> عدم اعتیاد) کلیه پرسنل (اپراتور راننده و...)				
	۳	<input type="checkbox"/> وجود برنامه ماهیانه پرسنل با مهر و امضاء مدیر مرکز و مطابقت آن با وضع موجود				
	۱	میانگین زمان حضور بر بالین بیمار <input type="checkbox"/> ۴- کمتر از ۵,۵ ساعت <input type="checkbox"/> ۳- ۰,۵ تا ۱ ساعت <input type="checkbox"/> ۲- ۱ تا ۲ ساعت <input type="checkbox"/> ۱- بیش از ۲ ساعت				
	۴	<input type="checkbox"/> رعایت تعرفه های مصوب وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی				
	۱	میزان رضایت بیمار/همراهان از برخورد پرسنل آمبولانس <input type="checkbox"/> ۲- خوب <input type="checkbox"/> ۱- متوسط <input type="checkbox"/> ۰- غیر قابل قبول				
	۱	میزان رضایت بیمار/همراهان از آمبولانس یا تجهیزات <input type="checkbox"/> ۲- خوب <input type="checkbox"/> ۱- متوسط <input type="checkbox"/> ۰- غیر قابل قبول				
	۳	<input type="checkbox"/> ارسال آمار اعزام ماهیانه به مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی				
	۴	<input type="checkbox"/> در اختیار داشتن حداقل دو دستگاه آمبولانس تیپ A کمتر از ۱۰ سال ساخت				
	۱	آمبولانسهای تیپ A بالای ۵ سال ساخت (دستگاه)				
	۲	تعداد آمبولانسهای تیپ A کمتر از ۵ سال ساخت (دستگاه)				
	۳	آمبولانسهای تیپ B بالای ۵ سال ساخت (دستگاه)				
	۳	تعداد آمبولانسهای تیپ B کمتر از ۵ سال ساخت (دستگاه)				
	۴	آمبولانسهای بالای ۱۰ سال (تیپ A : : B :)				
مهر و امضاء کارشناس ناظر		نام خانوادگی مهر و امضاء مسئول مرکز		جمع کل از ۱۰۰ امتیاز		

۱- طبق چک لیست های ابلاغی از وزارت بهداشت

۲- موارد مشکل دار با ذکر کد و پلاک انتظامی آمبولانس در دفتر گزارش بازدید (فرم شماره ۱) قید گردد.

۳- در صورت نیاز پس از چک مستندات موجود در مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی، امتیاز داده شود.



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

SheetNo-9

1399/12/10-V8

مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی اصفهان

چک لیست رتبه بندی مراکز آمبولانس خصوصی

تاریخ بازدید :

ساعت بازدید :

نام کارشناس: