چک لیست بازدید از خدمات دندانپزشکی مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی

**فرم پایش مرکز بهداشتی درمانی (واحد دهان و دندان)**

نام دندانپزشک: نام مرکز: سال:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | شرح | سه ماهه اولضعیف متوسط خوب | سه ماهه دومضعیف متوسط خوب | سه ماهه سوم ضعیف متوسط خوب | سه ماهه چهارم متوسط خوب | توضیحات |
| 1 | استاندارد بودن فضای واحد (12 متر مربع برای هر یونیت) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |
| 2 | سیستم تهویه مناسب |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | سیستم گرمایشی و سرمایشی مطلوب |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | توری پنجره ها |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | سطل آشغال پدالی |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | آیا دیوارهای مرکز کاشی شده است |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | آیا کف واحد سرامیک یا سنگ است |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | آیا کمپرسور بیرون از فضای واحد است |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | آیا پرده مناسب برای پنجره ها موجود است |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | آیا واحد دندانپزشکی یخچال دارد |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 | آیا از صابون مایع استفاده می‏شود |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 | آیا دو روشویی مجزا در اتاق موجود است |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 | آیا شیر آلات واحد از نوع آرنجی است |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

ایرادات مشاهده شده:

پیشنهادات اصلاحی و مداخلات قابل اجرا:

نام و نام خانوادگی بازدید کننده:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ماه | فروردین | اردیبهشت | خرداد | تیر | مرداد | شهریور | مهر | آبان | آذر | دی | بهمن | اسفند |
| امتیاز |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |