



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز

معاونت درمان

مدیریت نظارت بر درمان

تاریخ:

شماره:

فرم گزارش بازدید از دفاتر کار حرف وابسته به دندانپزشکی

نام:		تاریخ تولد:	
نام خانوادگی:		جنسیت: ☐ زن ☐ مرد	
نام پدر:			
مدرک دارد: ☐ بلی ☐ خیر			
نوع مدرک:			
۱- تکنسین کاردان پروتزهای دندانی ☐		۲- تکنسین دیپلمه پروتزهای دندانی ☐	
۲- تکنسین تجربی لابراتواری دندان ☐		۴- کمک تکنسین تجربی لابراتواری دندان ☐	
۵- کمک دندانپزشک تجربی ☐		۶- بهدار تجربی دندان ☐	
۷- دندانساز تجربی تبصره پنج ☐			
شماره پروانه:		تاریخ صدور:	
شهرستان مجاز:		نوع فعالیت (رشته):	
تاریخ اعتبار:			
آدرس دفتر کار:			
تلفن:			
آدرس محل سکونت:			
تلفن:			
شهرستان:		تعداد تابلو:	
تهران ☐ کرج ☐ شهریار ☐ ساوجبلاغ ☐ رباط کریم ☐		ابعاد تابلو:	
روزهای فعالیت:		عنوان تابلو:	
صبح ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐		عنوان سربرگ:	
شنبه ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐		نوع بازدید: ☐ موردی ☐ روتین ☐	
۵شنبه ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐		کد کارشناس ۱:	
عصر ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐		کد کارشناس ۲:	
ساعات کار: صبح:		کد منطقه:	
عصر:			
تاریخ بازدید:			
ساعت بازدید:			
لیست تجهیزات غیر مجاز:			
.....			
.....			

۱- وضعیت محل کار:

موضوع بررسی	مناسب	نامناسب	موضوع بررسی	مناسب	نامناسب
۱- پوشش کف			۴- تهویه		
۲- پوشش دیوار			۵- نظافت و ضد عفونی کف		
۳- نور محیط			۶- ضد عفونی سطوح		

۲- ارزیابی قسمت لابراتوار:

موضوع بررسی	بلی	خیر	موضوع بررسی	بلی	خیر
۱- تفکیک محل انجام سفارشات مختلف			۵- پذیرفتن قالبها در بسته بندی مجزا		
۲- مجزا بودن سینک لابراتوار از ابدار خانه			۶- ضد عفونی قالبها قبل از انجام مراحل لابراتوار		
۳- استفاده از ماسک و عینک در حین کار			۷- ضد عفونی وارسال کارهای آماده در بسته بندی مجزا		
۴- استفاده از ساکش هوا جهت کار پرسنل			۸- ضد عفونی سطوح در آخر هر روز کاری		

۳- ارزیابی قسمت دندانپزشکی

موضوع بررسی	بلی	خیر	موضوع بررسی	بلی	خیر
۱- استفاده از روپوش سفید و تمیز در حین کار			۷- استفاده از صابون مایع		
۲- استفاده از ماسک و عینک در حین کار			۸- شستشوی وسایل قبل از استریلیزاسیون		
۳- استفاده از پیش بند مجزا جهت هر بیمار			۹- دارا بودن اتو کلاو		
۴- استفاده از سینی مجزا جهت هر بیمار			۱۰- شستشوی ساکشن در آخر هر روز کاری		
۵- استفاده از لیوان یکبار مصرف و تعویض سر ساکشن			۱۱- استفاده از سطل زباله در دار مناسب		
۶- مجزا بودن سینک شستشوی ابزار از دستشویی دندانپزشک			۱۲- سالم بودن یونیت دندانپزشکی		

۴- مشخصات پرسنل شاغل

ردیف	نام و نام خانوادگی	سمت	مدرک تحصیلی	کارت فنی دارد	کارت فنی ندارد
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					

نظریه کارشناسی:-----

نام و نام خانوادگی و امضاء کارشناسان :

محل امضاء و مهر مسئول :