



محور فضای فیزیکی			
ردیف	شاخص ارزیابی	امتیاز مکتسبه	نحوه ارزیابی و امتیاز دهی و توضیحات
۱	آیا فضایی برای اطلاعات و پذیرش وجود دارد؟		بلی - خیر <input type="checkbox"/>
۲	آیا محلی برای بایگانی وجود دارد؟		مستقل <input type="checkbox"/> - مشترک <input type="checkbox"/> - ندارد <input type="checkbox"/>
۳	آیا اتاق مسئول فنی دارد؟		مستقل <input type="checkbox"/> - مشترک <input type="checkbox"/> - ندارد <input type="checkbox"/>
۴	آیا اتاق معاینه وجود دارد؟		بلی - خیر <input type="checkbox"/> توضیحات: وجود حداقل یک اتاق الزامی است.
۵	آیا اتاق روانشناس مشاوره دارد؟		مستقل <input type="checkbox"/> - مشترک <input type="checkbox"/> - ندارد <input type="checkbox"/>
۶	آیا اتاق دارو وجود دارد؟		بلی - خیر <input type="checkbox"/>
۷	آیا ارتفاع سقف اتاقهای درمانی مناسب است؟ (حداقل ۲۷۰ سانتی متر)		بلی - خیر <input type="checkbox"/>
۸	انبار دارو و ملزومات دارد؟		مستقل <input type="checkbox"/> - مشترک <input type="checkbox"/> - ندارد <input type="checkbox"/>
۹	سرویسهای بهداشتی:		مجزا از سرویسهای بهداشتی درمانگاه <input type="checkbox"/> به تفکیک پرسنل و بیماران وجود دارد <input type="checkbox"/> مشترک بین پرسنل و بیماران وجود دارد <input type="checkbox"/> توضیحات: (امتیاز هر یک از موارد علامت زده شده با هم جمع و در ستون امتیاز مکتسبه قید میشود)
محور رعایت حقوق بیمار و رضایتمندی مراجعین			
ردیف	شاخص ارزیابی	امتیاز مکتسبه	نحوه ارزیابی و امتیاز دهی و توضیحات
۱۰	پروانه تاسیس درمانگاه و مسئولین فنی در معرض دید مراجعین نصب گردیده است؟		بلی - خیر <input type="checkbox"/>
۱۱	آیا ساعات فعالیت بخش در معرض دید مراجعین نصب گردیده است؟		بلی - خیر <input type="checkbox"/>
۱۲	برنامه پزشکان و تیم درمانی در معرض دید مراجعین نصب گردیده است؟		بلی - خیر <input type="checkbox"/>
۱۳	آیا فعالیت بخش مطابق با برنامه اعلام شده مرکز می باشد؟		بلی - خیر <input type="checkbox"/>
۱۴	آیا پروانه های مطب پزشکان در معرض دید بیماران نصب گردیده است؟		بلی - خیر <input type="checkbox"/>
۱۵	آیا تعرفه ها در معرض دید مراجعین نصب گردیده است؟		بلی - خیر <input type="checkbox"/>
۱۶	آیا کارکنان دارای اتیکتهای مناسب جهت شناسایی می باشند؟		بلی - خیر <input type="checkbox"/> توضیحات: نام خانوادگی و سمت



۱۷	آیا در قبال خدمات انجام شده در بخش واخذ وجه، رسید به بیمار تحویل میگردد؟	بلی - خیر <input type="checkbox"/>	ممهور به مهر مرکز و تاریخ
نیروی انسانی			
ردیف	شاخص ارزیابی	امتیاز مکتسبه	نحوه ارزیابی و امتیاز دهی و توضیحات
۱۸	آیا پرسنل مطابق با آئین نامه و بخشنامه های ابلاغ شده ورتبه واحد فعالیت می نمایند؟		الف) واحد بارتبه ۱: بلی <input type="checkbox"/> - خیر <input type="checkbox"/> حداقل سه نفر پزشک عمومی دوره دیده یا روانپزشک در هر شیفت حداقل سه نفر کارشناس پرستاری و یا مقاطع بالاتر حداقل یک نفر کارشناس روانشناس بالینی یا مشاوره ب) واحد بارتبه ۲: بلی <input type="checkbox"/> - خیر <input type="checkbox"/> حداقل دو نفر پزشک عمومی دوره دیده یا روانپزشک در هر شیفت حداقل دو نفر کارشناس پرستاری و یا مقاطع بالاتر حداقل یک نفر کارشناس روانشناس بالینی یا مشاوره ج) واحد بارتبه ۳: بلی <input type="checkbox"/> - خیر <input type="checkbox"/> حداقل یک نفر پزشک عمومی دوره دیده یا روانپزشک در هر شیفت حداقل یک نفر کارشناس پرستاری و یا مقاطع بالاتر حداقل یک نفر کارشناس روانشناس بالینی یا مشاوره توضیحات: تنها یکی از بندهای الف، ب، یا ج امتیاز میگیرد.
۱۹	آیا فعالیت پرسنل با رشته تحصیلی آنان مطابقت دارد؟		(قضاوت گروه ارزیاب)
۲۰	آیا تصویرمدرك تحصیلی پرسنل در مرکز وجود دارد؟	بلی <input type="checkbox"/> - خیر <input type="checkbox"/>	
محور تجهیزات پزشکی			
ردیف	شاخص ارزیابی	امتیاز مکتسبه	نحوه ارزیابی و امتیاز دهی و توضیحات
۲۱	وجود تجهیزات ولوازم مصرفی بر اساس خدمات ارائه شده		(قضاوت گروه ارزیاب)
۲۲	آیا امکانات کامل احیاء وجود دارد؟	بلی <input type="checkbox"/> - خیر <input type="checkbox"/>	
محور تجهیزات غیر پزشکی (تاسیساتی - حفاظتی - ایمنی)			
ردیف	شاخص ارزیابی	امتیاز مکتسبه	نحوه ارزیابی و امتیاز دهی و توضیحات
۲۳	آیا سیستمهای برودتی / حرارتی بخش مناسب است؟ (درجه حرارت ۲۰-۲۵ تا مینم گردد)	بلی <input type="checkbox"/> - خیر <input type="checkbox"/>	
۲۴	آیا پریزهای برق در محل مناسب با حفاظ وجود دارد؟	بلی <input type="checkbox"/> - خیر <input type="checkbox"/>	
محور رعایت مقررات قانونی و بخشنامه های اجرایی ابلاغ شده			



نوع ارزیابی و امتیاز دهی و توضیحات	امتیاز مکتسبه	شاخص ارزیابی	ردیف
	بلی □ - خیر □	آیا آمار و گزارشات لازم به طور منظم به دانشگاه ارائه میگردد؟	۲۵
	حضور مستمر و دائم □ حضور نامنظم □	نوع حضور مسئولین فنی :	۲۶
(قضاوت گروه ارزیاب)		آیا مسئولین فنی به شرح وظایف خود آگاهی دارند و عمل می نمایند؟	۲۷
	بلی □ - خیر □	آیا در طی مسیر درمان بازنگری توسط تیم درمان انجام میشود؟	۲۸
	بلی □ - خیر □	متادون در واحد در حضور پرستار مصرف میشود؟	۲۹
	بلی □ - خیر □ توضیحات: بررسی پرونده حداقل ۳ بیمار	آیا میزان متادون داده شده به بیمار (شروع درمان و ادامه آن) با میزان مورد نیاز طبق پروتکل درمان مطابقت دارد؟ (طبق لیست پیوست شماره ۱)	۳۰
	بلی □ - خیر □	آیا میزان متادون دریافتی با متادون مصرفی مطابقت دارد؟	۳۱
	بلی □ - خیر □	آیا برای حذف بیمار از سیستم درمان معیار مشخص کتبی وجود دارد؟ (طبق پروتکل)	۳۲
	بلی □ - خیر □	آیا درمان بیمار به صورت گروهی (تیم درمانی) انجام میگردد؟	۳۳
	بلی □ - خیر □	آیا پرسنل بخش به معاونت درمان معرفی شده اند؟	۳۴
	بلی □ - خیر □	آیا بخشنامه ها و دستورالعمل های ابلاغ شده به طور منظم نگهداری میشود؟	۳۵

محور مدارک پزشکی و اطلاع رسانی

نوع ارزیابی و امتیاز دهی و توضیحات	امتیاز مکتسبه	شاخص ارزیابی	ردیف
	سیستم مکانیزه □ - غیر مکانیزه □	آیا سیستم اطلاعات و پذیرش مناسب دارد ؟	۳۶
	مکانیزه ، تشکیل میشود □ - غیر مکانیزه ، تشکیل میشود □ تشکیل نمیشود □	وضعیت تشکیل پرونده بیماران به چه صورت است؟	۳۷
	بلی □ - خیر □ پرونده کامل: قید موارد ذیل: قید مشخصات فردی - قید تشخیص پزشک - قید تاریخچه کامل بیمار قید نوع و مقدار مصرف مواد - قید علت مراجعه - قید داروهای تجویز شده و اقدامات درمانی - قید نوع پوشش بیمه ای - قید هزینه	نوع تکمیل پرونده بیماران در بخش کامل است ؟	۳۸
	بلی □ - خیر □ پرونده کامل: قید موارد ذیل: قید مشخصات فردی - تصویر شناسنامه بیمار - قید تاریخچه دقیق بیمار - قید میزان و نوع مصرف - قید شرایط ورود به درمان با متادون - قید میزان دقیق دوز متادون اولیه - قید میزان دقیق متادون مصرف شده	نوع تکمیل پرونده بیماران در واحد متادون کامل است ؟	۳۹



قید میزان دقیق متادون تحویل داده شده در طول درمان قید زمانهای مراجعه بیمار و دریافت متادون-قید زمانهای پیگیری بیمار در منزل قید زمان ویزیت های انجام شده توسط روانشناس قید ویزیت های انجام شده توسط مددکار قید نتیجه تست مورفین و اعتیاد(حداقل یک آزمایش در ماه) قید داروهای تجویز شده همراه با تصویر نسخه-قید دقیق دوزهای منزل قید پیگیریهای انجام شده در صورت عدم مراجعه بیمار قید نتیجه پیش آزمون و پس آزمون(در صورت انجام)-قید نوع پوشش بیمه ای قید هزینه			
بلی <input type="checkbox"/> - خیر <input type="checkbox"/>		۴۰	واحد به دستگاه رایانه و اینترنت مجهز میباشد؟
بلی <input type="checkbox"/> - خیر <input type="checkbox"/>		۴۱	آیا بر نحوه نگهداری پرونده ها و مدارک و اسناد پزشکی کنترل و نظارت وجود دارد؟
بلی <input type="checkbox"/> - خیر <input type="checkbox"/>		۴۲	آیا زمان نگهداری اسناد و مدارک پزشکی در این مرکز با مقررات و قوانین رسمی مربوطه انطباق دارد؟
بلی <input type="checkbox"/> - خیر <input type="checkbox"/>		۴۳	آیا متادون در گاو صندوق نگهداری میشود؟
بلی <input type="checkbox"/> - خیر <input type="checkbox"/>		۴۴	آیا بیمارهایی که طبق قانون باید به دانشگاه مربوطه گزارش شوند به طور منظم گزارش می شوند؟
بلی <input type="checkbox"/> - خیر <input type="checkbox"/>		۴۵	آیا پرونده ای برای درج نسخ اصلی گزارشات ارسال شده به دانشگاه وجود دارد؟
بلی <input type="checkbox"/> - خیر <input type="checkbox"/>		۴۶	آیا ثبت اطلاعات در پرونده بیماران و نگهداری پرونده ها به گونه ای میباشد در تحقیقات پزشکی مورد استفاده قرار گیرد؟
مکانیزه <input type="checkbox"/> - غیرمکانیزه <input type="checkbox"/>		۴۷	وضعیت تنظیم صورت حسابهای مالی به چه صورت است؟
محور بهداشت			
نحوه ارزیابی و امتیاز دهی و توضیحات	امتیاز مکتسبه	شاخص ارزیابی	ردیف
بلی <input type="checkbox"/> - خیر <input type="checkbox"/>		۴۸	کف و دیوارهای بخش از جنس مقاوم و قابل شستشو ، صاف و بدون درز و شکاف می باشند؟
بلی <input type="checkbox"/> - خیر <input type="checkbox"/>		۴۹	آیا دیوارهای فضاهای عمومی و اتاقها دارای قرنیز مناسب با حداقل ارتفاع ۱۰ سانتی متر و رنگ آمیزی شده می باشند؟
بلی <input type="checkbox"/> - خیر <input type="checkbox"/>		۵۰	آیا سقف فضاهای بخش رنگ آمیزی شده ، دارای سطح صاف و بدون درز و شکاف می باشد؟
بلی <input type="checkbox"/> - خیر <input type="checkbox"/> توضیحات: در صورت عدم وجود پنجره امتیاز کامل را میگیرد		۵۱	آیا پنجره های مشرف به معابر پرسرو صدا دو جداره می باشد؟
بلی <input type="checkbox"/> - خیر <input type="checkbox"/> توضیحات: در صورت عدم وجود پنجره امتیاز کامل را میگیرد		۵۲	آیا در و پنجره های بخش، سالم ، قابل شستشو و رنگ آمیزی شده می باشد؟



۵۳	آیا پنجره های باز شو مشرف به خارج دارای توری های سالم و ضد زنگ و قابل شستشو می باشد؟	بلی <input type="checkbox"/> - خیر <input type="checkbox"/> توضیحات: در صورت عدم وجود پنجره امتیاز کامل را میگیرد
۵۴	آیا ضوابط شورایی عالی محیط زیست در خصوص جلوگیری از تولید سرو صدا رعایت می گردد؟	(قضاوت گروه ارزیاب)
۵۵	آیا اتاقهای معاینه و درمانی دارای روشویی مناسب می باشند؟	اطراف کاشی کاری شده در ابعاد ۱/۵*۱ متر <input type="checkbox"/> شیر آب گرم و سرد <input type="checkbox"/> - مایع صابون <input type="checkbox"/> حوله کاغذی <input type="checkbox"/> توضیحات: (امتیاز هر یک از موارد علامت زده شده با هم جمع و در ستون امتیاز مکتسبه قید میشود)
۵۶	آیا کلیه تختها از جنس مقاوم در برابر زنگ زدن، سالم و قابل شستشو می باشند؟	بلی <input type="checkbox"/> - خیر <input type="checkbox"/>
۵۷	آیا از ملحفه ، روبالشی و رو انداز تمیز و یکبار مصرف استفاده می شود؟	یکبار مصرف و تمیز بودن <input type="checkbox"/> تمیز بودن <input type="checkbox"/> - خیر <input type="checkbox"/> توضیحات: یکی از گزینه ها انتخاب گردد
۵۸	وضعیت تهویه بخش مطلوب میباشد؟	بلی <input type="checkbox"/> - خیر <input type="checkbox"/>
۵۹	وضعیت نور بخش مطلوب میباشد؟	فضاهای عمومی (۱۵۰-۵۰ لوکس) <input type="checkbox"/> اتاقهای معاینه (۵۰۰-۳۰۰ لوکس) <input type="checkbox"/> توضیحات: (امتیاز هر یک از موارد علامت زده شده با هم جمع و در ستون امتیاز مکتسبه قید میشود)
۶۰	آیا وضعیت بهداشتی سیستمهای روشنایی بخش مناسب است ؟ (عدم استفاده از لامپهای آویز)	بلی <input type="checkbox"/> - خیر <input type="checkbox"/>
۶۱	آیا وضعیت پوشش کارکنان مناسب می باشد ؟ (لباس - کفش)	تمیزی و بهداشت <input type="checkbox"/> ترجیحا رنگهای روشن (متناسب با نوع کار) <input type="checkbox"/> توضیحات: (امتیاز هر یک از موارد علامت زده شده با هم جمع و در ستون امتیاز مکتسبه قید میشود)
۶۲	وضعیت سرویسهای بهداشتی ؟ (در صورت وجود سرویسهای بهداشتی مستقل از درمانگاه)	فلاش تانک <input type="checkbox"/> - تهویه مناسب <input type="checkbox"/> کاشیکاری دیوارها تا زیر سقف <input type="checkbox"/> کاسه توالت سالم و بدون ترک خوردگی <input type="checkbox"/> مایع صابون <input type="checkbox"/> - وجود شیر آب گرم و سرد در توالت <input type="checkbox"/> سطل زباله درب دار پدالی دارای کیسه زباله <input type="checkbox"/> روشویی مجهز به آب گرم و سرد <input type="checkbox"/> خشک کن اتوماتیک دست <input type="checkbox"/> - حوله کاغذی <input type="checkbox"/> توضیحات: (امتیاز هر یک از موارد علامت زده شده با هم جمع و در ستون امتیاز مکتسبه قید میشود)
۶۳	آیا تجهیزات، ابزار و سطوح بدرستی ضد عفونی میشوند؟	(قضاوت گروه ارزیاب)
۶۴	آیا سطل های زباله درب دار با کیسه زباله به تعداد کافی در بخش وجود دارد؟	بلی <input type="checkbox"/> - خیر <input type="checkbox"/>
۶۵	آیا سطل ها و مخازن زباله (پسماندها) به طور مرتب تخلیه و شستشو می شوند ؟	بلی <input type="checkbox"/> - خیر <input type="checkbox"/>



۶۶	آیا وضعیت تجهیزات از نظر بهداشتی مناسب است؟	(قضاوت گروه ارزیاب)
۶۷	آیا بهداشت و نظافت عمومی در بخش رعایت می گردد؟ (نمای ظاهری کلیه فضاها)	(قضاوت گروه ارزیاب)

محور امتیازات ویژه			
ردیف	شاخص ارزیابی	امتیاز مکتسبه	نحوه ارزیابی و امتیاز دهی و توضیحات
۱	آیا جزوه ها و پوستره های آموزشی برای راهنمایی بیماران در بخش وجود دارد؟ (بهداشتی - درمانی)	بلی □ - خیر □	
۲	آیا امکانات سمعی بصری جهت آموزش بیماران در واحد وجود دارد؟	بلی □ - خیر □	
۳	آیا جزوه های آموزشی در اختیار بیماران قرار میگیرد؟	بلی □ - خیر □	
۴	آیا بیمار و خانواده بیمار در خصوص کاهش آسیب (ایدز و هپاتیت) آموزش دیده اند؟	بلی □ - خیر □	



فرم جمع بندی امتیازات محورهای عملکردی مرکز سوء مصرف مواد

ردیف	نام محور ارزیابی و عملکردی	درصد امتیاز محوره کل	حداکثر امتیاز	امتیاز مکتسبه
۱	محور فضای فیزیکی	٪۶	۵۴	
۲	محور رعایت حقوق بیمار و رضایتمندی مراجعین	٪۱۵	۱۳۵	
۳	محور نیروی انسانی	٪۹	۸۱	
۴	محور تجهیزات پزشکی	٪۵	۴۵	
۵	محور تجهیزات حفاظتی-تاسیساتی و ایمنی	٪۵	۴۵	
۶	محور رعایت مقررات قانونی و بخشنامه های اجرایی ابلاغ شده	٪۱۸	۱۶۲	
۷	محور مدارک پزشکی و اطلاع رسانی	٪۱۲	۱۰۸	
۸	محور بهداشت	٪۳۰	۲۷۰	
	جمع کل امتیازات	٪۱۰۰	۹۰۰	



فرم نظر سنجی پرسشنامه ارزیابی جهت تمدید پروانه موسسات پزشکی کشور

۱. در صورتی که نظر و یا انتقادی در خصوص سوالات و یا گزینه ها دارید، آنرا مرقوم فرمایید:

ردیف	محور سوال	شماره سوال	نظر

در خصوص نحوه دریافت و تکمیل پرسشنامه ها با روند جدید (خود ارزیابی موسسات، ورود به وب سایت و سپس بررسی آن توسط دانشگاه ها) نظر خود را اعلام فرمایید:

** نظرات خود را با مراجعه به وب سایت دفتر الکترونیک سلامت (eho.ir) و تکمیل فرم مربوطه و یا به آدرس:
تهران، خیابان حافظ تقاطع جمهوری، ساختمان وزارت بهداشت، اداره امور پروانه های پزشکی - ارسال فرمایید.