

فرم پایش بلوک زایمان

دانشگاه: _____ شهرستان: _____ بیمارستان: _____ نوع بیمارستان: _____ تاریخ بازدید: _____
 درجه ارزشیابی: _____ درجه سطح بندی: _____ نتیجه بازدید: _____

عمومی			
ردیف	موضوع	پاسخ	توضیحات
1	آیا دسترسی مادران از خارج بیمارستان به اتاق معاینه آسان است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
2	آیا بخش، ایستگاه پرستاری (station) دارد؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
3	آیا نظافت محیط رعایت شده است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
4	آیا از پوستهای بهداشتی و تزئینی در اتاق ها استفاده شده است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
5	آیا اتاقی برای تعویض لباس و استراحت پرسنل وجود دارد؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
6	آیا محوطه مجزایی برای تعویض لباس بیمار وجود دارد؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
7	آیا محوطه ای برای نگه داری وسایل تمیز وجود دارد؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
8	آیا محوطه ای برای نگه داری وسایل کثیف وجود دارد؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
9	آیا محوطه ای برای نگه داری وسایل شستشو و نظافت وجود دارد؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
10	آیا اتاق بیمار پره اکلامپسی وجود دارد؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
11	آیا اتاق ایزوله در بخش وجود دارد؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
12	آیا اتاق کنفرانس یا کلاس درس وجود دارد؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
13	آیا سرویس بهداشتی پرسنل و بیماران مجزا است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
14	آیا سرویس های بهداشتی تمیز و سالم است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
15	آیا تلفن (خط داخلی) برای برقراری ارتباط با سایر قسمت ها وجود دارد؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
16	آیا تلفن مستقیم (خط آزاد) برای برقراری ارتباط با بیرون وجود دارد؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
17	آیا کپسول آتش نشانی سالم و با تاریخ معتبر در بلوک زایمانی وجود دارد؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
18	آیا یخچال برای نگهداری سنتوسینون و واکسن هپاتیت در بلوک وجود دارد؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	

19	آیا صندلی چرخ دار و برانکاره موجود است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
20	آیا دستگاه فور یا اتوکلاو در بلوک زایمانی وجود دارد؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
21	آیا دستگاه سونوگرافی پورتابل وجود دارد؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>

مدیریت

ردیف	موضوع	پاسخ	توضیحات
1	آیا لیست تمامی کارکنان بلوک زایمان (نام و نام خانوادگی، جزییات تماس و سمت سازمانی) مشخص و مکتوب است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
2	آیا برنامه ماهانه کارکنان مشخص و در معرض دید است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
3	آیا مسئول شیفت در برنامه ماهانه مشخص و ثبت شده است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
4	آیا ماما مسئول، ماما است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
5	آیا ماما مسئول مطابق با استاندارد مندرج در کتاب اعتباربخشی بیمارستان (صفحه 109) انتخاب شده است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
6	آیا شرح وظایف ماما مسئول مشخص است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
7	آیا مسئول شیفت، ماما است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
8	آیا شرح وظایف مسئول شیفت مشخص است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
9	آیا مسئول شیفت مطابق با استاندارد مندرج در کتاب اعتباربخشی بیمارستان (صفحه 109) انتخاب شده است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
10	آیا لیست اسامی اساتید معین و شماره تماس آنان در هر ماه مشخص و مکتوب است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
11	آیا لیست اسامی متخصصین مقیم در هر ماه مشخص و در معرض دید است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
12	آیا لیست اسامی متخصصین آنکال در هر ماه مشخص و در معرض دید است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
13	آیا اعضای تیم احیا بزرگسال در هر ماه مشخص، مکتوب و در معرض دید است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	

اتاق معاینه

ردیف	موضوع	پاسخ	توضیحات
1	آیا فضای فیزیکی اتاق معاینه یا اورژانس 12 متر مربع است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
2	آیا خروجی ساکشن و اکسیژن مرکزی یا ساکشن و اکسیژن پورتابل در اتاق موجود است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	

3	آیا قفسه دارویی (سرم و داروهای مورد نیاز) موجود است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
4	آیا تجهیزات و وسایل زیر موجود و سالم است؟	
4-1	تخت معاینه مامایی	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
4-2	تخت ژنیکولوژی	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
4-3	میز و صندلی	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
4-4	دستگاه فشار خون و گوشی	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
4-5	تجهیزات سنجش صدای قلب جنین (سونیک اید، گوشی مامایی)	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
4-6	ست زایمان	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
4-7	اسپکولوم	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
4-8	ترازوی مادر	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
4-9	دستگاه مانیتور الکترونیک جنینی	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
4-10	دسترسی به تجهیزات احیا مادر و نوزاد	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>

اتاق لیبر

ردیف	موضوع	پاسخ	توضیحات
1	آیا اتاق معاینه و لیبر در یک طبقه قرار دارند؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
2	در صورت پاسخ خیر، آیا دسترسی از اتاق معاینه به لیبر با آسانسور امکان پذیر است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
3	آیا فضای فیزیکی اتاق لیبر مطابق حداقل 9 متر مربع به ازای هر تخت است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
4	آیا در اتاق لیبر یا در جوار آن سرویس بهداشتی وجود دارد؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
5	آیا به ازای هر 4 تخت 1 سرویس بهداشتی وجود دارد؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
6	آیا سیستم گرمایش، سرمایش و تهویه مناسب در لیبر وجود دارد؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
7	آیا جداسازی مناسب با پاراوان یا پارتیشن برای مادران انجام شده است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
8	آیا راه فاضلاب اتاق لیبر مسدود شده است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
9	آیا قفسه دارویی (سرم و داروهای مورد نیاز) در لیبر وجود دارد؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
10	آیا خروجی اکسیژن مرکزی یا اکسیژن پورتابل در لیبر وجود دارد؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	

11	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا خروجی ساکشن مرکزی یا ساکشن پورتابل در لیبر وجود دارد؟
12	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا امکان دسترسی به ترالی داروهای اورژانس و تجهیزات احیا در لیبر وجود دارد؟
13	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا کف و دیوارها تا ارتفاع 2 متر قابل شستشو است؟
14		آیا وسایل و تجهیزات طبق استاندارد موجود و سالم است؟
14-1	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	یک لاکر به ازای هر تخت
14-2	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	تخت بستری با حفاظ و چهار پایه کنار تخت
14-3	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	یک صندلی راحتی به ازای هر تخت
14-4	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	یک میز یا سطح صاف برای ثبت پرونده پزشکی
14-5	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	دستگاه فشار سنج و گوشی
14-6	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	یک ترمومتر به ازای هر تخت
14-7	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	دستگاه مانیتور جنین (حداقل یک عدد و به ازای هر 1000 زایمان 2 دستگاه)
14-8	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	تجهیزات غیر دارویی کاهش درد (کیسه آب گرم، کیسه یخ، روغن های معطر، توپ تولد)

اتاق زایمان

ردیف	موضوع	پاسخ	توضیحات
1	آیا فضای اتاق زایمان 32 متر مربع به ازای هر تخت و حدود 2/7 متر ارتفاع است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
2	آیا درجه اتاق زایمان 25-28 درجه سانتی گراد است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
3	آیا اتاق زایمان به خوبی چیده شده است و فضای کافی برای حرکت وجود دارد؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
4	آیا جداسازی مناسب با پاراوان یا پارتیشن برای مادران انجام شده است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
5	آیا سیستم گرمایش، سرمایش و تهویه مناسب در اتاق موجود است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
6	آیا قفسه دارویی (سرم و داروهای مورد نیاز) در اتاق وجود دارد؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
7	آیا خروجی اکسیژن یا اکسیژن پورتابل وجود دارد؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
8	آیا ترالی داروهای اورژانس و تجهیزات احیا موجود است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
9	آیا محل اسکراب در معرض دید است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
10	آیا تخت های زایمان قابلیت تغییر پوزیشن دارند؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	

11	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا میز برای قرار دادن ست زایمان به ازای هر تخت موجود است؟
12	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا بر روی ست های استریل نوار اتوکلاو و تاریخ استریل وجود دارد؟
13	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا ست زایمان کامل است؟ (قیچی صاف 1 عدد، قیچی اپی زیاتومی 1 عدد، پنس هموستات 2 عدد، شان 4 عدد، گالی پات 1 عدد، گاز و پنبه، گان، حوله تمیز برای خشک کردن و پوشاندن نوزاد)
14	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا ست ترمیم پارگی و اپی زیاتومی کامل است؟ (قیچی ساده 1 عدد، سوزن گیر 1 عدد، پنست با دندان و بی دندان 1 عدد، شان 4 عدد، گان، دستکش استریل)
15	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا ست کنترل دهانه رحم کامل است؟ (والو 2 عدد، رینگ فورسپس بلند 2 عدد، سوزن گیر بلند، پنست بلند بی دندان، قیچی، پنس شستشو، شان 4 عدد، گان، گالی پات، دستکش، گاز و پنبه استریل)
16	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	در صورت انجام روش بی دردی دارویی اپیدورال، آیا تجهیزات مورد نیاز موجود است؟ تخت با قابلیت تغییر پوزیشن، دستگاه پالس اکسی متر، ماشین بیهوشی، دستگاه الکتروکاردیوگرافی، سوزن اپی دورال، کاتتر اپی دورال، ست مخصوص اسپاینال با سوزن، پمپ انفوزیون، ساکشن، دستگاه مانیتور جنینی، کپسول اکسیژن 10 و 25 لیتری همراه با فشار شکن و لوله های ارتباطی مناسب، دستگاه PCEA (Patient Controlled Epidural Analgesia)
17	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	در صورت انجام روش بی دردی دارویی انتونوکس، آیا تجهیزات مورد نیاز موجود است؟ کپسول انتونوکس، دستگاه مانیتور جنینی، ساکشن، اکسیژن 10 و 25 لیتری، فشار شکن و لوله های ارتباطی مناسب
17-1	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا اتاق برای انجام بی دردی با انتونوکس تهویه مناسب دارد؟
18	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا روش مکتوب و منظمی برای ضد عفونی اتاق زایمان وجود دارد؟
19	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا ظرف 30 دقیقه تخت زایمان با محلول های ضد عفونی تمیز می شود؟

20		آیا وسایل و تجهیزات طبق استاندارد موجود و سالم است؟
20-1	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	ساکشن پورتابل
20-2	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	جهت دفع وسایل تیز و برنده آلوده (safety box)
20-3	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	سیستم تماس فوری (اعلام فوری)
20-4	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	روشنایی مناسب
20-5	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیینیه برای مشاهده سیر زایمان مادر
20-6	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	ساعت دیواری با ثانیه شمار
20-7	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	دستگاه مانیتور جنین
20-8	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	تجهیزات سنجش صدای قلب جنین (سونیک اید، گوشی مامایی)
20-9	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	وسایل سونداژ
20-10	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	چراغ پایه دار متحرک
20-11	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	واکیوم
20-12	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	دستگاه فشار سنج و گوشی

اتاق پس از زایمان (از 2 ساعت بعد از زایمان تا ترخیص)

ردیف	موضوع	پاسخ	توضیحات
1	آیا اتاق پس از زایمان از بخش جراحی زنان مجزا است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
2	آیا اتاقی برای نگهداری و مرتب کردن داروها (treatment room) وجود دارد؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
3	آیا فضای فیزیکی اتاق 9 متر مربع به ازای هر تخت است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
4	آیا امکان اقامت همراه در اتاق پس از زایمان وجود دارد؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
5	آیا اتاق مجهز به زنگ فراخوان (nurse call) است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
6	آیا سیستم گرمایش، سرمایش و تهویه مناسب در اتاق موجود است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
7	آیا در اتاق سرویس بهداشتی وجود دارد؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
8	آیا در بخش تجهیزات و وسایل زیر سالم و موجود است؟		
8-1	دستگاه فشار خون و گوشی	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
8-2	کپسول اکسیژن و مانومتر یا خروجی اکسیژن	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
8-3	ترالی اورژانس و تجهیزات احیا مادر و نوزاد	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
8-4	ساکشن پورتابل یا خروجی ساکشن	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	

اتاق پره اکلامپسی

ردیف	موضوع	پاسخ	توضیحات
1	آیا صدا و محرک های خارجی در اتاق در حداقل ممکن است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
2	آیا نور اتاق ملایم است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
3	آیا تجهیزات اتاق سالم و موجود است؟		
3-1	تخت بیمار با حفاظ کنار	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
3-2	وسایل سونداژ	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
3-3	دستگاه مانیتور جنین (در صورت حضور بیمار)	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
3-4	کپسول اکسیژن	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
3-5	سیستم تماس فوری (اعلام کد)	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
3-6	ترالی اورژانس و تجهیزات احیا مادر و نوزاد	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
3-7	پک زایمان اورژانس	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	

بیمارستان آموزشی - مدیریت

ردیف	موضوع	پاسخ	توضیحات
1	آیا رزیدنت سال بالاتر به زیدنت سال پایین تر آموزش می دهد؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
2	رزیدنت سال 1 آموزش زایمان را از چه کسی دریافت می کند؟		
3	آیا رزیدنت سال 3 و 4، اتاق زایمان را ویزیت می کند؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
4	مسئولیت پذیرش مادر ارجاع شده از بیمارستان های دیگر به عهده چه کسی است؟		
5	مسئولیت پذیرش بیمار اورژانس با چه کسی است؟		

فرم پایش اتاق LDR و LDRP

دانشگاه: _____ **شهرستان:** _____ **بیمارستان:** _____ **نوع بیمارستان:** _____ **تاریخ بازدید:** _____
درجه ارزیابی: _____ **درجه سطح بندی:** _____ **نتیجه بازدید:** _____

ردیف	موضوع	پاسخ	توضیحات
1	آیا دسترسی مادران از خارج بیمارستان به بلوک زایمانی آسان است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
2	آیا بخش، ایستگاه پرستاری دارد؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
3	آیا لیست تمامی کارکنان بلوک زایمان(نام و نام خانوادگی، جزییات تماس و سمت سازمانی) مشخص و مکتوب است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
4	آیا برنامه ماهانه کارکنان مشخص و در معرض دید است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
5	آیا مسئول شیفت در برنامه ماهانه مشخص و ثبت شده است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
6	آیا ماما مسئول، ماما است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
7	آیا ماما مسئول، مطابق با استاندارد مندرج در کتاب اعتباربخشی بیمارستان(صفحه 109) انتخاب شده است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
8	آیا شرح وظایف ماما مسئول مشخص است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
9	آیا مسئول شیفت، ماما است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
10	آیا مسئول شیفت، مطابق با استاندارد مندرج در کتاب اعتباربخشی بیمارستان(صفحه 109) انتخاب شده است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
11	آیا شرح وظایف مسئول شیفت مشخص است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
12	آیا لیست اسامی اساتید معین و شماره تماس آنان در هر ماه مشخص و مکتوب است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
13	آیا لیست اسامی متخصصین مقیم در هر ماه مشخص و در معرض دید است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
14	آیا لیست اسامی متخصصین آنکال در هر ماه مشخص و در معرض دید است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
15	آیا اعضای تیم احیا بزرگسال در هر ماه مشخص و مکتوب است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
16	آیا اتاق کنفرانس یا کلاس درس وجود دارد؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
17	آیا اتاقی برای تعویض لباس و استراحت پرسنل وجود دارد؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	

18	آیا محوطه ای برای نگه داری وسایل تمیز وجود دارد؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
19	آیا محوطه ای برای نگه داری و وسایل کثیف وجود دارد؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
20	آیا محوطه ای برای نگه داری وسایل شستشو و نظافت وجود دارد؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
21	آیا سرویس بهداشتی پرسنل و بیماران مجزا است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
22	آیا در هر اتاق یک سرویس بهداشتی تمیز و سالم وجود است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
23	آیا نظافت محیط رعایت شده است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
24	آیا راه فاضلاب اتاق ها مسدود شده است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
25	آیا تلفن برای برقراری ارتباط با سایر قسمت ها وجود دارد؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
26	آیا کپسول آتش نشانی سالم و با تاریخ معتبر در بلوک زایمانی وجود دارد؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
27	آیا از پوستره‌های بهداشتی و تزئینی در اتاق ها استفاده شده است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
28	آیا سیستم گرمایش، سرمایش و تهویه مناسب وجود دارد؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
29	آیا تراسی اورژانس و تجهیزات احیای مادر و نوزاد وجود دارد؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
30	آیا دستگاه فور یا اتوکلاو در بلوک زایمان موجود است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
31	آیا دستگاه واکيوم در بلوک موجود است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
32	آیا دستگاه سونوگرافی پورتابل در بلوک زایمان موجود است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
33	آیا دستگاه مانیتور جنین در بلوک زایمان وجود دارد؟ (حداقل یک عدد و به ازای هر 1000 زایمان 2 دستگاه)	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
34	آیا صندلی چرخ دار و برانکاره موجود است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
35	آیا قفسه دارویی (سرم و داروهای مورد نیاز) وجود دارد؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
36	آیا فضای فیزیکی اتاق ها 24 متر مربع است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
37	آیا کف و دیوارها تا ارتفاع 2 متر قابل شستشو است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
38	آیا اتاق زایمان به خوبی چیده شده است و فضای کافی برای حرکت وجود دارد؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
39	آیا روش مکتوب و منظمی برای ضد عفونی اتاق ها وجود دارد؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
40	آیا ظرف 30 دقیقه تخت زایمان با محلول های ضد عفونی تمیز می شود؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>

	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	آیا بر روی ست های استریل نوار اتوکلاو و تاریخ استریل وجود دارد؟	41
	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	آیا ست زایمان کامل است؟ (قیچی صاف 1 عدد، قیچی اپی زیاتومی 1 عدد، پنس هموستات 2 عدد، شان 4 عدد، گالی پات 1 عدد، گاز و پنبه، گان، حوله تمیز برای خشک کردن و پوشاندن نوزاد)	42
	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	آیا ست ترمیم پارگی و اپی زیاتومی کامل است؟ (قیچی ساده 1 عدد، سوزن گیر 1 عدد، پنست با دندان و بی دندان 1 عدد، شان 4 عدد، گان، دستکش استریل)	43
	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	آیا ست کنترل دهانه رحم کامل است؟ (والو 2 عدد، رینگ فورسپس بلند 2 عدد، سوزن گیر بلند، پنست بلند بی دندان، پنس شستشو، شان 4 عدد، گان، گالی پات، دستکش، گاز و پنبه استریل)	44
	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	در صورت انجام روش بی دردی دارویی انتونوکس، آیا تجهیزات مورد نیاز موجود است؟ کپسول انتونوکس، دستگاه مانیتور جنینی، ساکشن، اکسیژن 10 و 25 لیتری همراه با فشارشکن و لوله های ارتباطی مناسب	45
	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	در صورت انجام روش بی دردی دارویی اپیدوال، آیا تجهیزات مورد نیاز موجود است؟ تخت با قابلیت تغییر پوزیشن، دستگاه پالس اکسی متر، دستگاه الکتروکاردیوگرافی، ماشین بیهوشی، سوزن اپی دورال، کاتتر اپی دورال، ست مخصوص اسپاینال با سوزن، پمپ انفوزیون، ساکشن، دستگاه مانیتور جنینی، کپسول اکسیژن 10 و 25 لیتری همراه با فشارشکن و لوله های ارتباطی مناسب، دستگاه (PCEA) Patient Controlled Epidural (Analgesia)	46
	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	تجهیزات غیر دارویی کاهش درد (کیسه آب گرم، کیسه یخ، روغن های معطر، توپ)	47
		آیا تجهیزات و وسایل در اتاق ها موجود و سالم است؟	48
	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	خروجی ساکشن و اکسیژن یا ساکشن و اکسیژن پورتابل	48-1
	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	جعبه دفع وسایل تیز و برنده آلوده (safety box)	48-2
	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	سیستم تماس فوری (اعلام فوری)	48-3
	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	زنگ فراخوان (nurse call)	48-4

48-5	روشنایی مناسب	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
48-6	آئینه برای مشاهده سیر زایمان مادر	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
48-7	ساعت دیواری با ثانیه شمار	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
48-8	تجهیزات سنجش صدای قلب جنین (داپلر، گوشی مامایی)	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
48-9	وسایل سونداژ	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
48-10	چراغ پایه متحرک یا چراغ سقفی	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
48-11	دستگاه فشارسنج و گوشی	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
48-12	یک لاکر به ازای هر تخت	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
48-13	تخت زایمان با قابلیت تغییر پوزیشن	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
48-14	یک صندلی راحتی به ازای هر تخت	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
48-15	یک میز یا سطح صاف برای ثبت پرونده پزشکی	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
48-16	دستگاه فشارسنج و گوشی	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
48-17	یک ترمومتر به ازای هر تخت	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
48-18	میز برای قرار دادن ست زایمان	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>