

مشخصات واحدهای بهداشتی و درمانی

سال

- ۱- نوع واحد: مرکز بهداشتی درمانی شهری کلینیک درمانگاه مرکز جراحی محدود و سرپایی
 مرکز بهداشتی درمانی روستایی پلی کلینیک پایگاه بهداشت مرکز مشاوره بیماری های رفتاری

۲- نام واحد:

۳- آدرس دقیق پستی: تلفن: نمابر:

۴- سال بهره برداری اولیه از واحد: سال شروع به کار در مرکز جدید (در صورت جابجایی):

۵- وابسته به: دانشگاه علوم پزشکی سازمان تامین اجتماعی بخش خصوصی خیریه سایر نهادها و ارگان ها (با ذکر نام۶- نوع مالکیت ساختمان (غیر از بخش خصوصی و خیریه): ملکی وقفی استیجاری (میزان اجاره ماهیانه ریال)

۷	۸			۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴
وضعیت	شيفت کاری			مساحت زیربنا (متر مربع)	تعداد آموالانس	تعداد تخت واحد تسهيلات زایمانی	تعداد اطاق عمل سرپایی	تعداد یونیت دندانپزشکی	تعداد کامپیوتر فعال
مستقل	غیر مستقل	۱ شيفت	۲ شيفت	شبانہ روزی					

۱۵- آیا طرح اولیه ساختمان برای این منظور بوده است؟ بلی خیر ۱۶- نام بیمارستان معین مرکز جراحی محدود و سرپایی:

۱۷- سرویس های مراقبتی موجود (با علامت × مشخص شود):

- بهداشت دهان و دندان تزریقات مبارزه با بیماری ها مادر و کودک
 بهداشت محیط و حرفه ای تنظیم خانواده واحد تسهیلات زایمانی مامایی
 پانسمان طرح رابطین واکسیناسیون سایر با ذکر نام

۱۸- سرویس های درمانی موجود (با علامت × مشخص شود):

- ارتوپدی داخلی قلب و عروق چشم
 اعصاب و روان ریوی دندانپزشکی گوش، حلق و بینی
 اورژانس زنان عمومی جراحی
 پوست عفونی کودکان سایر با ذکر نام

۱۹- سرویس های تشخیصی موجود (با علامت × مشخص شود):

- آزمایشگاه الکتروکاردیوگرافی داروخانه
 الکتروانسفالوگرافی رادیولوژی فیزیوتراپی سایر با ذکر نام

۲۰- امکانات درمانی موجود (با علامت × مشخص شود):

- داروخانه فیزیوتراپی سایر با ذکر نام

۲۱- واحدهای اداری (با علامت × مشخص شود):

- بایگانی سایر با ذکر نام

در سطح شهرستان: تاریخ تکمیل فرم: نام و امضاء: (تکمیل کننده) مسئول واحد مسئول آمار شهرستان

در سطح دانشگاه علوم پزشکی: نام و امضاء: (کارشناس تسهیلات بهداشتی درمانی) مدیر آمار و فناوری اطلاعات

دستور العمل فرم شماره ۶۰۲

این فرم برای کلیه واحدهای تعیین شده در قسمت "نوع واحد" که در زمان آمار گیری فعال بوده و ارائه کننده خدمات بهداشتی درمانی به عموم مردم بوده اند، تکمیل می گردد.

- **نام واحد بهداشتی و درمانی:** شامل عنوانی است که واحد بهداشتی، درمانی تحت آن نام مکاتبه می کند.
- **آدرس و تلفن:** منظور آدرس دقیق پستی و شماره تلفن واحد بهداشتی، درمانی می باشد که در صورت داشتن نمابر نیز ذکر شماره آن ضروری است.
- **سال بهره برداری اولیه:** زمانی است که واحد بهداشتی، درمانی آماده پذیرش بیمار شده است. در صورتیکه وقفه ای در فعالیت واحد بهداشتی درمانی به هر دلیلی ایجاد گشته باشد، اولین سال بهره برداری واحد مورد نظر می باشد.
- **نوع وابستگی:** واحد بهداشتی، درمانی ممکن است وابسته به موسساتی از قبیل دانشگاه علوم پزشکی، بخش خصوصی، انجمن خیریه، سازمان تامین اجتماعی و یا سازمان ها و نهادهای دیگر باشد، که لازم است نام آن دقیقاً قید گردد.
- **نوع مالکیت ساختمان:** به غیر از واحدهای خصوصی و خیریه، مالکیت ساختمان به صورت ملکی، وقفی و استیجاری با ثبت میزان اجاره ماهیانه به ریال علامت زده می شود.
- **وضعیت مستقل و غیر مستقل:** مستقل شامل واحدی است که دارای تشکیلات و محل فعالیت مستقل باشد. غیر مستقل به واحدی گفته می شود که در داخل واحد دیگری قرار داشته و از امکانات اداری، مالی و پرسنلی واحد مذکور استفاده نماید.
- **شیفت کاری:** در تعیین شیفت کاری مرکز، ارائه سرویس در حداکثر ۸ ساعت کاری را یک شیفت، حداکثر ۱۶ ساعت کاری را دو شیفت و بیش از ۱۶ ساعت را شبانه روزی محاسبه می نمایم.
- **مساحت:** مساحت زیربنای مورد استفاده واحد بهداشتی درمانی مورد نظر می باشد، که بر اساس اطلاعات و اسناد مربوطه به ساختمان قید می گردد. در صورت موجود نبودن این اطلاع با اندازه گیری برای یکبار و ثبت آن در اسناد و مدارک مربوطه جهت استفاده برای سال های بعد اقدام گردد.
- **نام بیمارستان معین مرکز جراحی محدود و سرپایی:** با توجه به اینکه هر یک از مراکز جراحی محدود و سرپایی از خدمات و امکانات درمانی یک بیمارستان معین استفاده نموده و توسط آن ها حمایت می گردند، نام آن بیمارستان برای هر یک از مراکز جراحی محدود و سرپایی در این قسمت قید می گردد.
- **امکانات درمانی و سرویس های موجود:** در صورت فعال بودن هر یک از امکانات درمانی و سرویس های موجود در زمان آمارگیری علامت × در مربع مربوطه گذاشته می شود. لازم به ذکر است در صورتیکه مرکز بهداشتی، درمانی دارای واحد تسهیلات زایمانی باشد، ضمن زدن علامت در مربع مربوطه تعداد تخت آن در قسمت تجهیزات عمومی و لوازم ضروری می بایست قید گردد.
- **تجهیزات عمومی و لوازم ضروری:** هر یک از تجهیزات عمومی و لوازم ضروری که در زمان آمارگیری موجود و قابل استفاده می باشد، با علامت × می بایست مشخص گردد.

توجه :

۱ - تکمیل قسمت های بالا و پایین فرم الزامی است، در صورت ناخوانا و ناقص بودن، فرم فاقد اعتبار است.

۲ - مسئولیت صحت اطلاعات مندرج در فرم به عهده مسئول واحد می باشد.

۳ - فرم می بایست دارای مهر مرکز باشد و فرم بدون مهر فاقد اعتبار است.