**چک لیست کشوری مراکز درمان ناباروری**

ناممرکز: تاریخ اعتبارپروانه بهره برداری:

نام ونام خانوادگی مسئول فنی: تاریخ اعتبارپروانه مسئول فنی :

شهر:
تلفن ثابت مرکز: تلفن همراه مسئول فنی:

تاریخ وساعت بازدیدبخشهای مندرج درپروانه\*:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| محور | عنوان | شاخص اندازه گیری | روش ارزیابی | توضیحات |
| 0 | 1 | 2 | ضریب | امتیاز |
| پروانه بهره برداری مرکز دارای تاریخ اعتبار است.  |  |  |  |  |  | مشاهده |  |
| پروانه مسئول فنی مرکز دارای تاریخ اعتبار است. |  |  |  |  |  | مشاهده |  |
| پروانه جنین شناس موجود است |  |  |  |  |  | مشاهده |  |
| پروانه ها در معرض دید است. |  |  |  |  |  | مشاهده |  |
| پزشکان شاغل دارای پروانه طبابت شهر مربوطه می باشند. |  |  |  |  |  | مشاهده | بغیر از پزشکان تمام وقت جغرافیایی |
| مرکز مجوزهای لازم جهت اهداء را دارد. |  |  |  |  |  | مشاهده و بررسی | مطابق ایین نامه ابلاغی |
| مرکز دارای تاییدیه نهائی در برابر حوادث مترقبه می باشد. |  |  |  |  |  | مشاهده |  |
| محور های اصلی | ساختار فيزيكي متناسب با فرایندهای درمانی و استاندارد است.  |  |  |  |  |  | مشاهده | ساختار فيزيكي منطبق بر آخرین پلان و تاييد شده توسط معاونت درمان دانشگاه می باشد |
| تغیرات ایجاد شده در فضای فیزیکی در فرایندهای مرکز تاثیر منفی نداشته است |  |  |  |  |  | مشاهده |  |
| مسئول فني مرکزحضور دارد. |  |  |  |  |  | بررسی |  |
| مسئول فنی آزمایشگاه جنین شناسی در زمان بازدید واحد حضور دارند. |  |  |  |  |  | بررسی |  |
| حداقل یک متخصص زنان دارای فلوشیپ ناباروری یا دارای گواهینامه دوره عملی ناباروری در مرکز حضور دارد. |  |  |  |  |  |  |  |
| مرکز استانداردهای تابلو سرنسخه و تبلیغات را رعایت میکند |  |  |  |  |  | مشاهده |  |
| ازعناوین غیرمجازشامل موسسه -کلینیک-پلی کلینیک استفاده نشده است.  |  |  |  |  |  | مشاهده |  |
| سیستم های الکترونیک ثبت اطلاعات بیماران وجود دارد؟ |  |  |  |  |  | بررسی |  |
| تنظیم صورتحسابهاي مالي به صورت مکانیزه است  |  |  |  |  |  | مشاهده |  |
| بر نحوه نگهداري پرونده ها و مدارك و اسناد پزشكي كنترل ونظارت رسمي وجود دارد؟ |  |  |  |  |  | مشاهدهو بررسی  |  |
| فرایند احراز هویت برای گیرنده خدمت در مرکز تعریف شده و اجرا می شود |  |  |  |  |  | مشاهده و بررسی |  |
| انواع خدمات درمانی ارائه شده منطبق بر پروانه وآیین نامه ابلاغیاست.  |  |  |  |  |  | مشاهده و بررسی |  طبق آیین نامه ابلاغی |
| کلیه مددجویان در کلینیک توسط پزشک متخصص نازائی و یا فلوشیپ ویزیت می شود. |  |  |  |  |  | مشاهده و بررسی |  |
| برای کلیه مددجویان پلان درمانی تعین میشود. |  |  |  |  |  | مشاهده |  |
| نیروی انسانی | مرکز دارای یک متخصص اورولوژی می باشد. |  |  |  |  |  | مشاهده |  |
| مرکز دارای جراح عمومی به صورت مشاور می باشد. |  |  |  |  |  | مشاهده |  |
| وضعیت فعالیت پزشکان مرکز، طبق آیین نامه مربوطه می باشد. |  |  |  |  |  | مشاهده و بررسی | رویت پروانه کار معتبر (جهت پزشکان) - دارا بودن مدرک فلوشیپ ناباروری(جهت متخصصین زنان) |
| وضعیت فعالیت پیراپزشکان شاغل در مرکز، طبق آیین نامه مربوطه می باشد. |  |  |  |  |  |  | -مدرک جنین شناسی و یاphd(جهت ازمایشگاه)رویت پایان طرح ومدرک گذراندن دوره (جهت پیراپزشکان) مطابق ایین نامه |
| پرسنل دارای پرونده پرسنلی و دوره های آموزشی موجود است. |  |  |  |  |  | مشاهده | مدارک(سلامت-حرفه ای) |
| پرسنل و پزشکان مرکز بر اساس برنامه تنظیمی در بخش ها و واحدهای مرکز حضور دارند . |  |  |  |  |  | مشاهده |  |
| پرسنل مرکز ازلباس فرم و اتیکت مناسب استفاده می نمایند |  |  |  |  |  | مشاهده |  |
| چینش پرسنل مرکز مطابق ایین نامه های ابلاغی است |  |  |  |  |  |  | کارشناس مامایی-پرستاری-اتاق عمل و...(مطابق ایین نامه ابلاغی) |
| فرایند ها | قرارداد با بیمارستانGENERAL جهت ارجاع بیماران نیازمند بستری  |  |  |  |  |  | مشاهده قرارداد و ارزیابی فرایند | درصورتیکه مرکز مستقل و خارج از بیمارستان است. |
| کدام خدمات در مرکز ارائه می شود؟ |  |  |  |  |  | مشاهده | IUI 🗖IVF🗖ICSI 🗖اهدا جنین🗖🗖ZIFT /GIFT PGD🗖🗖 PGS |
| پروتكل مشخصي براي ارائه خدمات وجود دارد؟ |  |  |  |  |  | مشاهده |  |
| دستورالعمل داروهای مشابه و پرخطر و تاریخ انقضای کلیه داروها رعایت می شود.  |  |  |  |  |  | مشاهده و بررسی | مطابق دستورالعمل ایمنی بیمار |
| پروتکل احراز هویت بیمار توسط کادر درمانی به خوبی رعایت می گردد  |  |  |  |  |  | مشاهده و بررسی | مطابق دستورال عمل ایمنی بیمار |
| مستند سازی تمام مراحل مهم در پرونده بیمار انجام می شود. |  |  |  |  |  |  | پروتکل دارویی تحریک تخمدان-تعداد اووسیت -گزارش آنالیز اسپرم-مشخصات انتقال و فریز جنین هادستکاری نمونه ها با ذکر تاریخ |
| مستندسازی فرایند انجماد انجام می شود. |  |  |  |  |  |  | روش انجماد،ذوب،نوع وموادمورداستفاده-تعدادزیگوت درهرنییاویال-تعدادویالهای ذخیره شده رایه هربیمار-برچسب جزئیات برروی ویالها،کداختصاصی برای هرویال |
| فرایندی برای آمارگیری سالیانه تعداد گامتها، جنین ها و ذخایر موجود وجود دارد |  |  |  |  |  | بررسی |  |
| فرایند اهدا جنین | آیا اهدا جنین با مجوز دادگاه برای گیرندگان انجام می شود؟ |  |  |  |  |  | بررسی |  |
| جنین اهدایی حاصل زوج شرعی و قانونی است؟ |  |  |  |  |  | بررسی |  |
| اهداء جنین بصورت داوطلبانه و رایگان انجام می شود؟ |  |  |  |  |  | بررسی |  |
| جنین های اهدائی مسلمان وغیر مسلمان بطور جداگانه نگهداری می شود؟ |  |  |  |  |  | بررسی |  |
| سلامت جسمی و روانی و ضریب هوشی در زوجین متقاضی بررسی می شود؟ |  |  |  |  |  | مشاهده وبررسی |  |
| در بانک جنین، جنین ها با کد نگهداری می شوند. |  |  |  |  |  | مشاهده وبررسی |  |
| در زوجین اهداکننده جنین موارد اعتیاد و بیماریهای صعب العلاج نظیر ایدز و هپاتیت و ...بررسی می شود |  |  |  |  |  | مشاهده وبررسی |  |
| آموزش | پرسنل در خصوص کار با وسایل و تجهیزات پزشکی آموزش کامل دیده اند |  |  |  |  |  | مشاهده | آمادگی کامل در استفاده از تجهیزات |
| پرسنل در خصوص نحوه انجام**CPR**آموزش کامل دیده اند |  |  |  |  |  | مشاهده |  |
| اصول مستند سازی اوراق پرونده بیماران رعایت می شود. |  |  |  |  |  | مشاهده و بررسی |  |
| تابلوهای راهنمای اتاقها و تابلوهای راهنمای طبقات ( در صورت وجود طبقات) وجود دارد |  |  |  |  |  |  |  |
| نصب راهنمای کاربری سریع (Quick Guide) به زبان فارسی بر روی دستگاه ها |  |  |  |  |  |  | -فایل کاغذی/الکترونیکی دستورالعمل ها، ضوابط و بخشنامه های ابلاغ شده مرتبط با تجهیزات پزشکی –آگاهی کارکنان از آن و عملکرد بر اساس آن  |
| فضای فیزیکی | اتاق پانکچر طبق استاندارد  |  |  |  |  |  | مشاهده و بررسی | -ارتباط با آزمایشگاه جنین شناسی-کاملا جدا از اتاق عمل لاپاروسکوپی-با حداقل تجهیزات تخت عمل-دستگاه سونو با پروب و گاید واژینال و ابدومینال-ساکشن و پالس اکسی متر و دستگاه بیهوشی |
| مرکز شامل اتاق **IUI** مجزا با شرایط استاندارد می باشد. |  |  |  |  |  | مشاهده وبررسی | -امکان استراحت مددجو بمدت حداقل 15 دقیقه بعد از IUI–ترجیحا نزدیک به ازمایشگاه اندرولوژی –وجود کپسول اکسیژن در اتاق |
| یک اتاق برای انجام پروسسینگ و آماده سازی اسپرم |  |  |  |  |  |  | با کلیه وسایل و تجهیزات و دستگاه آب الانار |
| اتاق عمل دارای اتاق Washing و packing می باشد. |  |  |  |  |  | مشاهده وبررسی |  |
| اتاق عمل کف پوش آنتی استاتیک و مجهز به سیستم ارت (earth) می باشد |  |  |  |  |  | مشاهده |  |
| کف پوش ها در اطاق عمل بزرگ و یکسره هستند. |  |  |  |  |  | مشاهده |  |
| تیره بودن دیوارهای آزمایشگاه IVF |  |  |  |  |  | مشاهده |  |
| اتاق نمونه گیری استاندارد |  |  |  |  |  |  | بارعایت حریم خصوصی بیمارمجاور اتاق پروسسینگ اسپرمتخت نمونه گیری-دستشویی و حمام |
| تفکیک اتاق نگهداری وسایل تمیز و کثیف صورت گرفته است |  |  |  |  |  | مشاهده |  |
| انبار دارو ، تجهیزات و ملزومات وجود دارد |  |  |  |  |  | مشاهده |  |
| رختکن مجزا برایبیمار و پرسنل وجود دارد. |  |  |  |  |  | مشاهده |  |
| اتاق عمل دارای شیشه دوجداره می باشد. |  |  |  |  |  | مشاهده |  |
| ارتباط مناسب بین اتاق عمل و **CSR** وجود دارد. |  |  |  |  |  | مشاهده |  |
| فضاهای جراحی به سه منطقه استریل، تمیز، حفاظت شده کاملا تفکیک شده است. |  |  |  |  |  | مشاهده |  |
| اتاق بیوفریزینگ بصورت مجزا با شرایط استاندارد وجود دارد |  |  |  |  |  | مشاهده | -پنجره تهویه اگزوز فن به فاصله 20 سانتی متر از کف زمین –حداقل 4 تانک فریز  |
| وجود سیستم تشخیص سطح کم نیتروژن مایع در تانک های ازت و سطح بالای نیتروژن در هوای اطاق تانک ها |  |  |  |  |  | مشاهده |  |
| وجود سیستم هشدار برای اندازه گیری ازت کپسول یا هوای آزمایشگاه |  |  |  |  |  | مشاهده |  |
| وجود نمایشگر دیژیتال برای اندازه گیری سطح **CO2** آزمایشگاه جنین شناسی حداقل یک بار در هفته |  |  |  |  |  | مشاهده |  |
| وجود اتاق ریکاوری با حداقل تجهیزات |  |  |  |  |  |  | ساکشن شکمی-ساکشن ریوی-دستگاه ECG و الکتروشوک و وسایل کامل احیاء |
| درب ها اتوماتیک و استیل هستند.  |  |  |  |  |  | مشاهده |  |
| عدم وجود قفسه روی دیوارهای اطاق عمل  |  |  |  |  |  | مشاهده |  |
| اتاق عمل دارای تهویه اختصاصی است. |  |  |  |  |  | مشاهده  |  |
| اتاق عمل نازایی دارای پریز**ups** است. |  |  |  |  |  | مشاهده |  |
| پیشگیری و بهداشت | تفکیک زباله های عفونی و غیر عفونی طبق استاندارد رعایت می شود |  |  |  |  |  | مشاهده و بررسی | - قرار داد با شهرداری جهت حمل زباله ها- سطلهاومخازن زباله (پسماندها) به تعداد کافی از جنس مقاوم قابل شستشو و ضد عفونی ،ضد زنگ با درپوش و پدال و کیسه مناسب  |
| تفکیک کامل فضای استریل و غیر استریل در اتاق عمل انجام شده است  |  |  |  |  |  |  | اصول ورود و خروج در اتاق عمل طبق استاندارد رعایت می گردد |
| کف اتاق عمل بدون درز و دارای کف پوش آنتی استاتیک است. |  |  |  |  |  | مشاهده |  |
| فرایند تزریق ایمن (استفاده از Safety boxجهت زباله های تیز و برنده و نوک تیز )رعایت می گردد. |  |  |  |  |  | مشاهده و بررسی | وجود سفتی باکس سوزن پانکچر(37 لیتری) |
| نگهداری محلولهای استریل در شرایط مطلوب انجام می شود. |  |  |  |  |  |  |  |
| اتاقک نگهداری موقت و بی خطرسازی زباله در محلی مناسب و دور از فضاهای درمانی می باشد |  |  |  |  |  | مشاهده | مکانی سقف – قابل شستشو – دارای کف شور-با تهویه مناسب و وجود سطل چرخدار |
| انجام کشت میکروبی از محیطهای مختلف حد اقل بصورت ماهانه انجام می گردد. |  |  |  |  |  | مشاهده | مستندات و ثبت ماهانه |
| اصول استریلیزاسیون رعایت می گردد.  |  |  |  |  |  |  | وجود دستگاه اتوکلاو (دارای تاییدیه کالیبراسیون -درج تاریخ شروع و اتمام استریل -استفاده از اندیکاتور کلاس6-ثبت مشخصات ست -شستشو و برساژ مناسب -ابزار سالم و مناسب- پگهای با پوشش دو لایه- وجود شان سالم ، رعایت مدت استریل بودن- وجود Test Tape |
| تي شورداراي شرايط مناسب است |  |  |  |  |  |  | حوضچه تی شوی (حداقل 2 متر مربع)- مجهز به اب سرد و گرم- وجود آویز تی جهت تفکیک تی ها - تعویض نخ تی در زمان مناسب طبق استاندارد(هر دو هفته) |
| مستندات مصونيت بر عليه هپاتيت B برای کادر درمانی وجود دارد |  |  |  |  |  | بررسی |  مستندات مربوط به مصونیت |
| تجهیزات،ابزاروسطوح به درستی ضدعفونی و از نظر بهداشتی مناسب هستند |  |  |  |  |  |  | ضدعفونی سطوح با الکل 70% در اتاق عمل IVF و ازمایشگاه و اتاق عمل لاپاروسکوپی |
| سیستم برق اضطراری دارد |  |  |  |  |  | مشاهده و بررسی | - برق کشی داخل کار - محل و حفاظ مناسب پریز های برق |
| وجودسیستم اطفاءحریق مرکزي ، اعللان حریق ، سیستم آلارم و حفاظت در مقابل آتش سوزی و حوادث  |  |  |  |  |  | مشاهده | حداقلیککپسول 4 کیلوگرمیبراي 50مترمربع |
| سیستم های برودتی /حرارتی مناسب است |  |  |  |  |  |  | -درمانگاه:درجه حرارت 20 تا 25 - اتاق عمل : درجه حرارت 22  |
|  رطوبت سنج در اتاق عمل نصب شده است |  |  |  |  |  |  | رطوبت بین 50 تا 55 درصد |
| سیستم مناسب جهت تخلیه گازهای بیهوشی در اتاق عمل وجود دارد |  |  |  |  |  |  | وجود سیستم هپا |
| رعایت استاندارد گازهای طبی |  |  |  |  |  |  | مطابق دستورالعمل-گاز دارای پروانه استاندارد معتبر-رنگ استاندارد-وجودزنجیرمحافظ - درجه حجمی بالاتر از 50 - مجهز به مانومتر- مجهز به لوله های رابط – وجود چرخ حمل کپسول |
| در کنار تخت ها نرده و حفاظ مناسب وجود دارد |  |  |  |  |  | مشاهده |  |
| بهداشت دست مطابق دستورالعمل رعایت میگردد |  |  |  |  |  | مشاهده و بررسی | وجود راهنمای تصویری نحوه صحیحهندواش،هندراب و اسکراب جراحی |
| دارو تجهیزات | ترالي کد اورژانس، داروها و امكانات كاملاحيا، الکتروشوک، ساکشن و الکتروکاردیوگرام و اکسیژن وجود دارد. |  |  |  |  |  | مشاهده وبررسی مستندات | -وجود ترالی احیاء به صورت کامل و با چیدمان استاندارد مجهز به پریز برق -وجود داروهای اورژانس به طور کامل و با تاریخ معتبر - وجود چک لیست کنترل ترالی و داروها در هر نوبت کاری - تائید صحت عملکرد و امتحان دستگاه ( D/C شوک ، ECG ، ساکشن و ... ) و انجام کالیبراسیون دوره ای کلیه دستگاههای موجود و وجود لیبل یا گواهی های مربوطه |
| داروهای مخدر مصرف شده به صورت روزانه در دفتر مخصوص ثبت و نسخه ها با مهر و امضای پزشک و پرستار موجود است و بر تحویل وتحول آن نظارت می شود. |  |  |  |  |  | مشاهده مستندات |  |
| سیستم احضار پرستاردر بخش نصب شده و عملکرد سیستم مورد تایید است  |  |  |  |  |  | مشاهده |  |
| اتاق درمان با تجهیزات و دارو های مناسب در بخش وجود دارد. |  |  |  |  |  | مشاهده |  |
| تعداد تخت های ریکاوری مطابق استاندارد می باشد. |  |  |  |  |  | مشاهده | به ازای هر تخت اتاق عمل تعداد یک و نیم تخت ریکاوری |
| تعداد تختهای بستری موجود در مرکز مطابق استاندارد می باشد. |  |  |  |  |  | مشاهده | حداقل 5 تخت و حداکثر 15 تخت جهت انتقال جنین و درمان عوارض تزریق آمپول های HCG |
| وجود تخت فعال اتاق عمل |  |  |  |  |  | مشاهده | عدم وجود تخت عمل در فضای ریکاوری |
| وجود ماشین بیهوشی جهت موارد اورژانس |  |  |  |  |  | مشاهده |  |
| کپسول اکسيژن به تعداد کافي در مرکز وجود دارد. |  |  |  |  |  | مشاهده |  |
| دماسنج الکتریکی بر روی انکوباتورهای جنین |  |  |  |  |  | مشاهده |  |
| ابزار و تجهیزات اتاق عمل و ریکاوری سالم و کالیبره می باشد |  |  |  |  |  | مشاهده و بررسی | مطابق دستورالعمل |
| ست های جراحی مناسب ، سالم و مطابق استاندارد استریل می شوند |  |  |  |  |  | مشاهده |  |
| یخچال نگهداری خون و فرآورده های خونی و cold box در مرکز وجود دارد  |  |  |  |  |  | مشاهده |  |
| موسسه دارای آمبولانس (واجد کارت معاینه طبی) می باشد یا با موسسات تامین آمبولانس قرارداد دارد |  |  |  |  |  | مشاهده | قرارداد |
| تجهیزات ازماایشگاه اندرولوژی استاندارد است  |  |  |  |  |  |  | دارای دستگاه هود- سانتریفوژ- انکوباتور- میکروسکوپ-یخچال–انکوباتور 37 درجه-امکانات آزمایشهای ایمنولوژی ASA ونمونه گیری اسپرم و شمارش و شستشوی اسپرم می باشد. |
| ست لاپاروسکوپی هیستروسکوپ موجود است |  |  |  |  |  | مشاهده |  |
| کلینک مجهزبه دستگاه سونوگرافی دارای پروب واژینال وابدومینال سالم می باشد |  |  |  |  |  |  |  |
| تجهیزات اتاق معاینه استاندارد است |  |  |  |  |  |  | کرایو-تخت ژنیکو و نگاتوسکوپ ولوازم مورد نیاز معاینه زنان  |
| وجود ساکشن پرتابل ،ساکشن سانترال وساکشن تخمک گیری |  |  |  |  |  |  |  |
| رعایت حقوق گیرندگان خدمت | طرح تکریم ورضایتمندی بیماران اجرا می شود.و حریم خصوصی گیرنده خدمت حفظ میشود  |  |  |  |  |  | مشاهده | -وجود پاراوان یا پرده ضخیم-معاینه توسط فرد همگن یا حضور فرد همگن یا محرم بیمار در زمان معاینه -حفظ پوشش مناسب بانوان در زمان معاینه |
| برنامه پزشکان و پیراپزشکان در معرض دید مراجعین نصب گردیده |  |  |  |  |  | مشاهده |  |
| وجود نظام کارآمد رسیدگی به شکایات، انتقادات و پیشنهادات |  |  |  |  |  | مشاهده و بررسی |  |
| شماره تلفن تماس برای سوالات احتمالی به مددجویان داده می شود. |  |  |  |  |  | مشاهده |  |
| وجود پرسشنامه رضایت مندی بیماران و همراهان |  |  |  |  |  | مشاهده | رضایت بیماران از نحوه ارائه خدمات درمانی و برخورد پرسنل |
| شرایط استفاده از تلفن همراه توسط کارکنان ابلاغ ورعایت می شود |  |  |  |  |  | مصاحبه باپرسنل |  |
| وجود تسهیلات رفاهی  |  |  |  |  |  | مشاهده | آبسرد کن برقی در سالن انتظار و لیوان یکبار مصرف🗖استفاده ازملحفه،روبالشی،رواندازتمیزویکبارمصرف🗖 مناسب بودن وضعیت تهویه و نور🗖وضعیت بهداشتی سیستمهای روشنائی درمانگاه مانند عدم استفاده ازلامپهای آویز  |
| آیا رضایتنامه ها ی آگاهانه از بیمار اخذ می شود.  |  |  |  |  |  | مصاحبه با مراجعه کننده | در خصوص نحوه درمان و عوارض آن، احتمال موفقیت، هزینه درمان- نحوه صحیح مصرف دارو و تداخلات توسط پزشک توضیح داده می شود. |
| وجود لیست شاهدین و تکمیل لیست در هنگام عمل انتقال جنین و اظهار آن با صدای بلند |  |  |  |  |  | مشاهده | شاهدین(صاحبان فرایند-پزشک فلوشیپ نازائی-جنین شناس و کارشناس اتاق عمل) |
| حفظ محرمانگی در خصوص بیماران استفاده کننده از خدمت اهدارعایت می شود |  |  |  |  |  | مشاهده | آیا نام گیرندگان ثبت می شود؟ |
| وجود پرونده پزشکی درج کلیه سوابق و خدمات کاغذی  |  |  |  |  |  |  |  |
| تاریخ مراجعه بعدی ،تاریخ عمل و آمادگیهای قبل آن به بیمار توضیح کتبی و شفاهی داده می شود. |  |  |  |  |  | مصاحبه بامراجعه کننده |  |
| لیست اسامی پزشکان شاغل درمرکز، رشته تخصصی و ساعات کارآنها در تابلو اعلانات نصب شده |  |  |  |  |  | مشاهده |  |
| فرم مشخصات بیمار و فرم ثبت هزینه کرد در سامانه حمایت از زوجین نابارور تکمیل می گردد.  |  |  |  |  |  | بررسی سامانه |  |
| موفقیت ماهانه ثبت می شود- تعداد بیماران ثبت شده ماهانه-تعداد بیماران جدید ماهانه- جلسات هفتگی تخصصی ومعرفی موارد بین گروهی (آزمایشگاه و کلینیک) |  |  |  |  |  | بررسی | طبق جدول پیوست |
| پوسترهای دستورالعمل ممنوعیت استعمال دخانیات، پوستر منشور حقوق بیمار و نحوه رسیدگی به شکایات در معرض دید مراجعین است. |  |  |  |  |  | مشاهده |  |
| تعرفه | تعرفه خدمات درمانی رعایت می شود |  |  |  |  |  | مشاهده وبررسی | بررسی حداقل 5 صورتحساب |
| تعرفه خدمات درمانی سال جاری مصوب وزارت بهداشت و درمان در پذیرش مرکز نصب است |  |  |  |  |  | مشاهده |  |
| صورتحساب مالی به بیماران ارائه می گردد. |  |  |  |  |  | مشاهده |  |

|  |  |
| --- | --- |
| نظریه کارشناس | ایرادات مشاهده شده : |
| پیشنهاد اصلاحی و مداخلات قابل اجرا: |
| ضمن دریافت یک رونوشت از گزارش متعهد می شوم ظرف مدت ........نواقص تذکر داده شده طبق مفادچک لیست فوق را برطرف نموده و گزارش اقدامات اصلاحی را به صورت مکتوب به معاونت درمان دانشگاه ناظر تحویل دهم . |
| نام و نام خانوادگی فردی که در بازدید همراهی کردند: | امضا و مهر |
| نام و نام خانوادگی کارشناسان بازدید کننده : | امضا (ها) |

پزشکان و پیراپزشکان شاغل در مرکز درمان ناباروری

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **نام و نام خانوادگی** | **مدرک تحصیلی** | **شهرستان مجاز****(مطابق پروانه)** | **تاریخ اعتبار پروانه** | **روزها و ساعات فعالیت** | **سابقه کار در مرکز** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

تعرفه های خدمات درمانی در مراکز درمان ناباروری

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | **عنوان خدمت** | خصوصی(ریال) | غیر دولتی | دولتی | تعرفه مرکز  |
| **1** | **میکرواینجکشن (ICSI)****شامل پانکچر، تزریق اسپرم به داخل تخمک و کشت جنین وانتقال** |  |  |  |  |
| **2** | **لقاح آزمایشگاهی (IVF) شامل پانکچر، مراحل آزمایشگاه جنین‌شناسی و انتقال** |  |  |  |  |
| **3** | **انتقال جنین به داخل رحم** |  |  |  |  |
| **4** | **پونکسیون فولیکول به منظور دسترسی به اووسیت، ‌با هر روش** |  |  |  |  |
| **5** | **لقاح داخل رحمی (IUI) شامل نمونه‌گیری اسپرم، مراحل آزمایشگاهی و تلقیح** |  |  |  |  |
| **6** | **فریز جنین: تا 3 جنین** |  |  |  |  |
| **7** | **فریز جنین: بیشتر از 3 جنین** |  |  |  |  |
| **1** | **تخلیه کیست** |  |  |  |  |
| **9** | **تخلیه کیست های تخمدان یک یا دو طرفه از راه واژن یا شکم** |  |  |  |  |
| **10** | **هیستروسکوپی** |  |  |  |  |
| **11** | **سرکلاژ** |  |  |  |  |
| **12** | **واریکوسلکتومی** |  |  |  |  |
| **13** | **PESA** |  |  |  |  |
| **14** | **TESE** |  |  |  |  |