

چک لیست بازرسی بهداشتی از بیمارستان

کد فرم:



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی.....

معاونت امور بهداشتی

مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی:

شبکه بهداشت و درمان / مرکز بهداشت شهرستان:

فهرست

- | | |
|-----------------|--|
| کد فرم: ۲..... | چک لیست بازرسی بهداشتی از مدیریت پسماند بیمارستان |
| کد فرم: ۹..... | چک لیست آمار مدیریت پسماند بیمارستان |
| کد فرم: ۱۲..... | چک لیست دستگاه بی خطرساز پسماند بیمارستان |
| کد فرم: ۱۷..... | چک لیست بازرسی بهداشتی از مدیریت آب و فاضلاب بیمارستان |



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی.....

معاونت بهداشتی

مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی:

شبکه بهداشت و درمان / مرکز بهداشت شهرستان:

کد فرم:

چک لیست بازرسی بهداشتی از مدیریت پسماند بیمارستان

<p>مشخصات محل تصدی / مدیریت</p> <p>* کد واحد: <input type="text"/></p> <p>* تعداد کارکنان: <input type="text"/></p> <p>* تعداد کارکنان مشمول کارت بهداشت: ۸ بازرسی اول <input type="checkbox"/> بازرسی دوم <input type="checkbox"/> بازرسی سوم <input type="checkbox"/> بازرسی چهارم <input type="checkbox"/></p> <p>* تعداد کارکنان مشمول دارای کارت بهداشت: بازرسی اول <input type="checkbox"/> بازرسی دوم <input type="checkbox"/> بازرسی سوم <input type="checkbox"/> بازرسی چهارم <input type="checkbox"/></p> <p>* تعداد تخت: مصوب <input type="checkbox"/> فعال <input type="checkbox"/></p> <p>* نوع وابستگی بیمارستان: دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی <input type="checkbox"/> خصوصی <input type="checkbox"/> تأمین اجتماعی <input type="checkbox"/> خیریه <input type="checkbox"/> نیروهای مسلح <input type="checkbox"/> سایر با ذکر نام.....</p> <p>* نوع بیمارستان: آموزشی <input type="checkbox"/> غیر آموزشی <input type="checkbox"/></p> <p>* نوع فعالیت بیمارستان: عمومی <input type="checkbox"/> چند تخصصی <input type="checkbox"/> تک تخصصی <input type="checkbox"/></p> <p>* سایت اینترنتی: <input type="text"/></p> <p>* تلفن ثابت: <input type="text"/></p> <p>* آدرس: <input type="text"/></p>	<p>مشخصات رییس بیمارستان:</p> <p>* نام: <input type="text"/></p> <p>* نام خانوادگی: <input type="text"/></p> <p>* کد ملی: <input type="text"/></p> <p>* نام پدر: <input type="text"/></p> <p>مشخصات کارشناس بهداشت محیط:</p> <p>* نام: <input type="text"/></p> <p>* نام خانوادگی: <input type="text"/></p> <p>* شماره تماس: <input type="text"/></p> <p>* کد پستی بیمارستان: <input type="text"/></p>
--	--

ردیف	وضعیت: بلی ✓ خیر × مصادق ندارد ^۱ - اصلاح در محل ^۲ +	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم		
		اول	دوم	قبل
				نوبت و تاریخ بازرسی
				موارد مشمول بازرسی
۱	آیا برنامه عملیاتی مدیریت پسماند در بیمارستان وجود دارد؟ ۳؟			
۲	آیا برنامه زمان بندی جهت حذف تدریجی یا کاهش مرحله ای محصولات حاوی جیوه وجود دارد؟			
۳	آیا تمهیداتی جهت جایگزینی محصولات حاوی جیوه (مانند فشارسنجهای هوا، رطوبت سنجها ، فشار سنجهای آبگونه ها و گازها، دماسنجها، دستگاه سنجش فشار خون، لامپ های حاوی ترکیبات جیوه و باتری ها) با محصولات بدون جیوه پیش بینی شده است؟			
۴	آیا ممنوعیت بازیافت پسماند پزشکی در بیمارستان رعایت می گردد؟			
۵	آیا پرونده بهداشتی برای کارکنان مرتبط با پسماند وجود دارد؟			
۶	آیا اظهار نامه بی خطر سازی پسماندهای عفونی، تیز و برنده مطابق با دستورعمل ارسالی توسط بیمارستان ارایه می گردد؟			
۷	آیا تفکیک پسماندهای عفونی در مبدا مطابق دستورعمل های ارسالی صورت می گیرد؟			
۸	آیا تفکیک پسماندهای عادی در مبدا مطابق دستورعمل های ارسالی صورت می گیرد؟			



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی.....

معاونت امور بهداشتی

مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی:

شبکه بهداشت و درمان / مرکز بهداشت شهرستان:

ردیف	وضعیت: بلی/✓ خیر × مصادق ندارد ^۱ - اصلاح در محل ^۲ +	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	اول	دوم	نوبت و تاریخ بازرسی
					موارد مشمول بازرسی
۲۶					آیا برای کاربر دستگاه بی خطر ساز، سرویس بهداشتی مجزا (شامل دستشویی، توالت) و حمام با شرایط بهداشتی مطابق دستورالعمل اجرایی بازرسی بهداشتی از مراکز تهیه، توزیع نگهداری، حمل و نقل و فروش مواد خوردنی، آشامیدنی وجود دارد؟
۲۷					آیا کاربر دستگاه بی خطر سازی از حمام استفاده می نماید؟
۲۸					آیا برای کاربر دستگاه بی خطر ساز اتاق استراحت با شرایط بهداشتی مطابق دستورالعمل اجرایی بازرسی بهداشتی از مراکز تهیه، توزیع نگهداری، حمل و نقل و فروش مواد خوردنی، آشامیدنی وجود دارد؟
۲۹					آیا زمان نگهداری پسماندها در اتاق نگهداری موقت مطابق ماده ۴۵ ضوابط رعایت می گردد؟
۳۰					آیا در هر بخش فضای مشخص جهت نگهداری انواع پسماند تا زمان جمع آوری پسماند وجود دارد؟
۳۱					آیا محلی برای نگهداری جداگانه پسماندهای حاوی جیوه در بیمارستان وجود دارد؟
۳۲					آیا حمل ظروف پسماندها به محل نگهداری موقت با یک روش مطمئن مطابق ضوابط انجام می گیرد؟
۳۳					آیا محل مناسب (اتاق کثیف) در بخش برای شستشو و گندزدایی سطوح های زباله وجود دارد؟
۳۴					آیا در محل نگهداری موقت پسماند امکان بارگیری با کامیون، وانت و سایر خودروهای باربری وجود دارد؟
۳۵					آیا دسترسی به محل نگهداری موقت پسماند و امکان حمل و نقل آسان، وجود دارد؟
۳۶					آیا تمیز کردن، گندزدایی و آلودگی زدایی محل نگهداری موقت پسماند امکان پذیر می باشد؟
۳۷					آیا محل نگهداری موقت پسماند، به دور از تاثیر عوامل جوی می باشد؟
۳۸					آیا محل نگهداری موقت پسماند، دارای تهویه مناسب با کنترل سیستم تهویه می باشد؟
۳۹					آیا در محل نگهداری موقت پسماند دما کنترل می شود؟
۴۰					آیا در محل نگهداری موقت پسماند نور کافی وجود دارد؟
۴۱					آیا در محل نگهداری موقت پسماند جداسازی فضاها برای نگهداری جداگانه انواع پسماند انجام شده است؟
۴۲					آیا محل نگهداری موقت پسماند دارای تابلوی گویا و واضح می باشد؟
۴۳					آیا محل نگهداری موقت پسماند، دارای سقف محکم است؟
۴۴					آیا محل نگهداری موقت پسماند، دور از آشپزخانه است؟
۴۵					آیا محل نگهداری موقت پسماند، دور از سیستم تهویه و تبرید است؟
۴۶					آیا محل نگهداری موقت پسماند، دور از محل خدمت کارکنان است؟



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی.....

معاونت امور بهداشتی

مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی:

شبکه بهداشت و درمان / مرکز بهداشت شهرستان:

ردیف	وضعیت: بلی/✓ خیر × مصادق ندارد ^۱ - اصلاح در محل ^۲ +	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	اول	دوم	نوبت و تاریخ بازرسی
					موارد مشمول بازرسی
۴۷					آیا محل نگهداری موقت پسماند، دور از محل رفت و آمد پرسنل، بیماران و مراجعان است؟
۴۸					آیا محل نگهداری موقت پسماند، سیستم فاضلاب مناسب دارد؟
۴۹					آیا محل نگهداری موقت پسماند، عدم امکان فساد، گندیدن یا تجزیه زیستی پسماندها را فراهم می نماید؟
۵۰					آیا شرایط محل نگهداری موقت پسماند به گونه ای است که ورود و خروج حشرات چونندگان، پرندگان و جانوران به محل امکان پذیر نمی باشد؟
۵۱					آیا در محل نگهداری موقت پسماند، عدم ورود جریان هوای طبیعی از آن به بخشهای مجاور رعایت می شود؟
۵۲					آیا محل نگهداری موقت پسماند، فضای کافی برای استقرار سیستم بی خطر ساز پسماند دارد؟
۵۳					آیا در محل نگهداری موقت پسماند، فضای کافی جهت جلوگیری از رویهم ریزی پسماند وجود دارد؟
۵۴					آیا محل نگهداری موقت پسماند، قابلیت نگهداری آسان پسماند با شرایط بهداشتی مناسب را دارد؟
۵۵					آیا در محل نگهداری موقت پسماند، ظروف نگهداری پسماند با شرایط بهداشتی وجود دارد؟
۵۶					آیا محل نگهداری موقت پسماند، مجهز به سیستم آب گرم و سرد است؟
۵۷					آیا محل نگهداری موقت پسماند، مجهز به قفل مناسب می باشد؟
۵۸					آیا محل نگهداری موقت پسماند، نسبت به رطوبت نفوذناپذیر می باشد؟
۵۹					آیا در محل نگهداری موقت پسماند، ورود و خروج افراد غیرمجاز کنترل می شود؟
۶۰					آیا پسماندهای ژئوتوکسیک (سایتوتوکسیک و ..) در ظروف محکم و غیرقابل نشست نگهداری می شوند؟
۶۱					آیا برچسب گذاری پسماندهای شیمیایی و دارویی مطابق ضوابط صورت میگیرد؟
۶۲					آیا پسماندهای شیمیایی و دارویی در محل نگهداری موقت پسماند، بصورت جداگانه نگهداری می شوند؟
۶۳					آیا حمل پسماندهای شیمیایی و دارویی توسط خودرو مخصوص با علامت خاص پسماندهای خطرناک صورت میگیرد؟
۶۴					آیا پسماند تولیدی روزانه توزین می شود؟
۶۵					آیا پسماند تولیدی شیمیایی و دارویی روزانه توزین می شود؟
۶۶					آیا برای مدیریت پسماندهای شیمیایی و دارویی از شرکتهای مجاز استفاده میگردد؟



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی.....

معاونت امور بهداشتی

مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی:

شبکه بهداشت و درمان / مرکز بهداشت شهرستان:

ردیف	وضعیت: بلی ^۷ × خیر × مصادق ندارد ^۱ - اصلاح در محل ^۲ +	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	اول	دوم	
					نوبت و تاریخ بازرسی
۶۷					در صورت وجود کاشتنی های مورد استفاده در پزشکی، مفاد " دستورالعمل مدیریت کاشتنی های مورد استفاده در پزشکی " برای مدیریت کاشتنی های مذکور رعایت می شود؟
۶۸					آیا بیمارستان در جهت کاهش میزان تولید پسماند برنامه عملیاتی دارد؟
۶۹					آیا محل نگهداری موقت پسماند دارای دیوار قابل شستشو و گندزدایی می باشد؟
۷۰					آیا در محل نگهداری موقت پسماند، محلی برای شستشو و گندزدایی ترالی ها در نظر گرفته شده است؟

ردیف	وضعیت: بلی ^۷ × خیر × مصادق ندارد ^۱ - اصلاح در محل ^۲ +	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	اول	دوم		
					نوبت و تاریخ بازرسی	موارد مشمول بازرسی
۷۱			<ul style="list-style-type: none"> - زباله سوز بیمارستانی <input type="checkbox"/> - زباله سوز شهری <input type="checkbox"/> - تحویل به شهرداری برای دفن <input type="checkbox"/> - سایر <input type="checkbox"/> - مصداق ندارد <input type="checkbox"/> 	<ul style="list-style-type: none"> - زباله سوز بیمارستانی <input type="checkbox"/> - زباله سوز شهری <input type="checkbox"/> - تحویل به شهرداری برای دفن <input type="checkbox"/> - سایر <input type="checkbox"/> - مصداق ندارد <input type="checkbox"/> 	روش بی خطر سازی اتوکلاو	در صورت عدم بی خطر سازی پسماند با دستگاه غیرسوز، در حال حاضر از چه روشی استفاده می شود؟
۷۲			<ul style="list-style-type: none"> - خوب <input type="checkbox"/> - متوسط <input type="checkbox"/> - ضعیف <input type="checkbox"/> 	<ul style="list-style-type: none"> - خوب <input type="checkbox"/> - متوسط <input type="checkbox"/> - ضعیف <input type="checkbox"/> 		وضعیت تفکیک در بیمارستان چگونه است؟
۷۳			<ul style="list-style-type: none"> - محافظه سازی در محل بیمارستان <input type="checkbox"/> - تحویل به شرکت های مجاز در زمینه پسماند شیمیایی و دارویی <input type="checkbox"/> - فاقد پسماند شیمیایی و دارویی <input type="checkbox"/> - سایر <input type="checkbox"/> 	<ul style="list-style-type: none"> - محافظه سازی در محل بیمارستان <input type="checkbox"/> - تحویل به شرکت های مجاز در زمینه پسماند شیمیایی و دارویی <input type="checkbox"/> - فاقد پسماند شیمیایی و دارویی <input type="checkbox"/> - سایر <input type="checkbox"/> 		بیمارستان جهت دفع پسماندهای شیمیایی و دارویی کدامیک از موارد زیر را انجام میدهد؟ در صورت انتخاب گزینه سایر روش را ذکر نمایید
۷۴			<ul style="list-style-type: none"> - زباله سوز مرکزی <input type="checkbox"/> - محافظه سازی <input type="checkbox"/> - دفن غیر بهداشتی <input type="checkbox"/> - با شرکت قرارداد ندارد <input type="checkbox"/> - سایر <input type="checkbox"/> 	<ul style="list-style-type: none"> - زباله سوز مرکزی <input type="checkbox"/> - محافظه سازی <input type="checkbox"/> - دفن غیر بهداشتی <input type="checkbox"/> - با شرکت قرارداد ندارد <input type="checkbox"/> - سایر <input type="checkbox"/> 	-	در صورت قرارداد با شهرداری، دفع نهایی پسماند شیمیایی و دارویی به چه روشی می باشد؟ در



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی.....

معاونت امور بهداشتی

مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی:

شبکه بهداشت و درمان / مرکز بهداشت شهرستان:

ردیف	وضعیت: بلی/✓ خیر × مصادق ندارد ^۱ - اصلاح در محل ^۲ +	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	اول	دوم
	نوبت و تاریخ بازرسی موارد مشمول بازرسی			
	صورت انتخاب گزینه سایر روش را ذکر نمایید			
۷۵	در حال حاضر نحوه دفع پسماندهای حاوی جیوه به کدام یک از روشهای زیر انجام می شود؟ در صورت انتخاب گزینه سایر روش را ذکر نمایید	محفظه سازی	- برگرداندن به تولید کننده <input type="checkbox"/> - تحویل به مراکز و سایت های مجاز مدیریت پسماند <input type="checkbox"/> - بازیافت <input type="checkbox"/> - سایر <input type="checkbox"/>	- برگرداندن به تولید کننده <input type="checkbox"/> - تحویل به مراکز و سایت های مجاز مدیریت پسماند <input type="checkbox"/> - بازیافت <input type="checkbox"/> - سایر <input type="checkbox"/>
۷۶	در حال حاضر نحوه دفع پسماندهای فلزات سنگین به کدام یک از روشهای زیر انجام می شود؟ در صورت انتخاب گزینه سایر روش را ذکر نمایید	محفظه سازی	- برگرداندن به تولید کننده <input type="checkbox"/> - تحویل به مراکز و سایت های مجاز مدیریت پسماند <input type="checkbox"/> - بازیافت <input type="checkbox"/> - سایر <input type="checkbox"/>	- برگرداندن به تولید کننده <input type="checkbox"/> - تحویل به مراکز و سایت های مجاز مدیریت پسماند <input type="checkbox"/> - بازیافت <input type="checkbox"/> - سایر <input type="checkbox"/>

۱

۱: مصادق ندارد شامل مواردی است که وجود آن الزامی نبوده و با عبارت "در صورت وجود" آغاز می گردد.

۲: اصلاح در محل شامل مواردی است که تا پایان زمان بازرسی قابل اصلاح در محل بوده و چنانچه همان نقص در بازرسی بعدی تکرار گردد با علامت × مشخص می شود.

- ردیف هایی که با رنگ قرمز و * مشخص شده است نشان دهنده شرایط یا حالت بحرانی می باشد.
- ردیف هایی که با رنگ مشکی مشخص شده است نشان دهنده شرایط یا حالت غیر بحرانی می باشد.

کد فرم:

چک لیست بازرسی بهداشتی از مدیریت پسماند بیمارستان



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی.....

معاونت امور بهداشتی

مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی:

شبکه بهداشت و درمان / مرکز بهداشت شهرستان:

تعداد نقص غیر بحرانی	تعداد نقص بحرانی	نوع بازرسی			تاریخ بازرسی
		اعتباربخشی	رسیدگی به شکایات	دوره ای	

چهارم	سوم	دوم	اول	نوبت بازرسی
				مشخصات تأیید کنندگان
				نام، نام خانوادگی و امضاء بازرس بهداشت محیط
				نام، نام خانوادگی و امضاء کارشناس مسئول بهداشت محیط استان / شهرستان
				نام، نام خانوادگی و امضاء رئیس مرکز بهداشت استان / شهرستان



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی.....

معاونت بهداشتی

مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی:

شبکه بهداشت و درمان / مرکز بهداشت شهرستان:

کد فرم:

چک لیست آمار مدیریت پسماند بیمارستان

<p>مشخصات محل تصدی / مدیریت</p> <p>* کد واحد:</p> <p>* تعداد کارکنان: بازرسی اول بازرسی دوم بازرسی سوم بازرسی چهارم</p> <p>* تعداد کارکنان مشمول کارت بهداشت: بازرسی اول بازرسی دوم بازرسی سوم بازرسی چهارم</p> <p>* تعداد کارکنان مشمول دارای کارت بهداشت: بازرسی اول بازرسی دوم بازرسی سوم بازرسی چهارم</p> <p>* تعداد تخت: مصوب فعال</p> <p>* نوع وابستگی بیمارستان: دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی خصوصی نامین اجتماعی خیریه نیروهای مسلح سایر با ذکر نام.....</p> <p>* نوع بیمارستان: آموزشی غیر آموزشی</p> <p>* نوع فعالیت بیمارستان: عمومی چند تخصصی تک تخصصی</p> <p>* سایت اینترنتی:</p> <p>* تلفن ثابت:</p> <p>* آدرس:</p>	<p>مشخصات رییس بیمارستان:</p> <p>* نام:</p> <p>* نام خانوادگی:</p> <p>* کد ملی:</p> <p>* نام پدر:</p> <p>مشخصات کارشناس بهداشت محیط:</p> <p>* نام:</p> <p>* نام خانوادگی:</p> <p>* شماره تماس:</p> <p>* کد پستی بیمارستان:.....</p>
--	---

ردیف	وضعیت: بلی ✓ خیر × مصداق ندارد ^۱ - اصلاح در محل ^۲ +	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	اول	دوم	نوبت و تاریخ بازرسی
					موارد مشمول بازرسی
۱					مقدار پسماند عادی تولیدی در بیمارستان چند کیلوگرم در روز است؟
۲					مقدار پسماند عفونی، تیزو برنده تولیدی در بیمارستان چند کیلوگرم در روز است؟
۳					مقدار پسماندهای محتوی فلزات سنگین تولیدی در بیمارستان چند کیلوگرم در ماه است؟
۴					مقدار پسماند شیمیایی- دارویی تولیدی در بیمارستان چند کیلوگرم در روز است؟
۵					مقدار پسماند اعضا و اندام های قطع شده (قسمت های جدا شده بدن یا جنین سقط شده) تولیدی در بیمارستان چند کیلوگرم در ماه است؟
۶					مقدار کل پسماند تولیدی در بیمارستان چند کیلوگرم در روز است؟
۷					مقدار پسماند "زئوتوکسیک" تولیدی در بیمارستان چند کیلوگرم در روز است؟
۸					چند دستگاه بی خطر ساز پسماند در بیمارستان نصب شده است؟
۹					مجموع ظرفیت واقعی دستگاههای فعال بیخطر ساز پسماند موجود در بیمارستان در هر سیکل چند کیلوگرم است؟



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی.....

معاونت امور بهداشتی

مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی:

شبکه بهداشت و درمان / مرکز بهداشت شهرستان:

ردیف	وضعیت: بلی/✓ خیر × مصدق ندارد ^۱ - اصلاح در محل ^۲ +	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	اول	دوم	نوبت و تاریخ بازرسی
					موارد مشمول بازرسی
۱۰					تعداد اپراتور آموزش دیده جهت کار با دستگاه بی خطر ساز پسماند در بیمارستان چند نفر است؟
۱۱					مقدار تعرفه دریافتی از بیمارستان برای حمل پسماند پس از بی خطر سازی پسماندهای عفونی، تیز و برنده به ازای هر کیلوگرم پسماند چند ریال است؟
۱۲					مقدار تعرفه دریافتی از بیمارستان برای حمل پسماند عادی به ازای هر کیلوگرم پسماند چند ریال است؟
۱۳					تعرفه دریافتی شهرداری /شرکتهای دارای مجوز مدیریت پسماند دارویی و شیمیایی توسط بیمارستان به ازای هر کیلوگرم پسماند شیمیایی و دارویی چند ریال است؟
۱۴					میزان پسماندهای حاوی جیوه(نظیر آمالگام، دماسنج شکسته، دستگاههای فشار خون جیوه ای و ... بر حسب کیلوگرم در روز چقدر است؟

۱: مصداق ندارد شامل مواردی است که وجود آن الزامی نبوده و با عبارت "در صورت وجود" آغاز می گردد.

۲: اصلاح در محل شامل مواردی است که تا پایان زمان بازرسی قابل اصلاح در محل بوده و چنانچه همان نقص در بازرسی بعدی تکرار گردد با علامت × مشخص می

شود.

- ردیف هایی که با رنگ قرمز و * مشخص شده است نشان دهنده شرایط یا حالت بحرانی می باشد.

- ردیف هایی که با رنگ مشکی مشخص شده است نشان دهنده شرایط یا حالت غیر بحرانی می باشد.



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی.....

معاونت بهداشتی

مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی:

شبکه بهداشت و درمان / مرکز بهداشت شهرستان:

کد فرم:

چک لیست آمار مدیریت پسماند بیمارستان

تعداد نقص غیر بحرانی	تعداد نقص بحرانی	نوع بازرسی			تاریخ بازرسی
		اعتباربخشی	رسیدگی به شکایات	دوره ای	

چهارم	سوم	دوم	اول	نوبت بازرسی
				مشخصات تأیید کنندگان
				نام، نام خانوادگی و امضاء بازرس بهداشت محیط
				نام، نام خانوادگی و امضاء کارشناس مسئول بهداشت محیط استان / شهرستان
				نام، نام خانوادگی و امضاء رئیس مرکز بهداشت استان / شهرستان



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی.....

معاونت بهداشتی

مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی:

شبکه بهداشت و درمان / مرکز بهداشت شهرستان:

کد فرم:

چک لیست دستگاه بی خطر ساز پسماند بیمارستان

<p>مشخصات محل تصدی / مدیریت</p> <p>* کد واحد:</p> <p>* تعداد کارکنان: بازرسی اول بازرسی دوم بازرسی سوم بازرسی چهارم</p> <p>* تعداد کارکنان مشمول کارت بهداشت: بازرسی اول بازرسی دوم بازرسی سوم بازرسی چهارم</p> <p>* تعداد کارکنان مشمول دارای کارت بهداشت: بازرسی اول بازرسی دوم بازرسی سوم بازرسی چهارم</p> <p>* تعداد تخت: مصوب فعال</p> <p>* نوع وابستگی بیمارستان: دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی خصوصی تأمین اجتماعی خیریه نیروهای مسلح سایر با ذکر نام.....</p> <p>* نوع بیمارستان: آموزشی غیر آموزشی</p> <p>* نوع فعالیت بیمارستان: عمومی چند تخصصی تک تخصصی</p> <p>* سایت اینترنتی:</p> <p>* تلفن ثابت:</p> <p>* آدرس:</p>	<p>مشخصات رییس بیمارستان:</p> <p>* نام:</p> <p>* نام خانوادگی:</p> <p>* کد ملی:</p> <p>* نام پدر:</p> <p>مشخصات کارشناس بهداشت محیط:</p> <p>* نام:</p> <p>* نام خانوادگی:</p> <p>* شماره تماس:</p> <p>* کد پستی بیمارستان:.....</p>
--	---

ردیف	وضعیت: بلی ✓ خیر × مصداق ندارد ^۱ - اصلاح در محل ^۲ +	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	اول	دوم	نوبت و تاریخ بازرسی
					موارد مشمول بازرسی
۱					نام دستگاه بی خطر ساز پسماند نصب شده در بیمارستان چیست؟
۲					نام کمپانی خارجی/شرکت تولید کننده دستگاه بی خطر ساز پسماند پزشکی چیست؟
۳					دستگاه بی خطر ساز پسماند پزشکی ساخت کدام کشور است؟
۴					دستگاه بی خطر ساز پسماند در بیمارستان، در چه تاریخی نصب شده است؟
۵					دستگاه بی خطر ساز پسماند پزشکی در چه تاریخی بهره برداری شده است؟
۶					آیا دستگاه بی خطر ساز پسماند دارای اپراتور می باشد؟
۷					آیا اپراتور دستگاه، آموزش دیده می باشد؟
۸					ظرفیت واقعی دستگاه بی خطر ساز پسماند موجود در بیمارستان در هر سیکل چند کیلوگرم است؟
۹					دستگاه بی خطر ساز پسماند در ۲۴ ساعت چند سیکل کار می کند؟
۱۰					مدت زمان هر سیکل دستگاه بی خطر ساز پسماند چند دقیقه است؟
۱۱					میزان خرابی دستگاه در سال چند بار است؟



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی.....

معاونت امور بهداشتی

مرکز بهداشتی درمانی شهری/روستایی:

شبکه بهداشت و درمان / مرکز بهداشت شهرستان:

ردیف	وضعیت: بلی/✓ خیر × مصدق ندارد ^۱ اصلاح در محل ^۲ +	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	اول	دوم
			نوبت و تاریخ بازرسی	
موارد مشمول بازرسی				
۱۲				
۱۳				
۱۴				
۱۵				
۱۶				
۱۷				
۱۸				
۱۹				
۲۰				
۲۱				
۲۲				
۲۳				
۲۴				
۲۵				
۲۶				
۲۷				
۲۸				
۲۹				

ردیف	وضعیت: بلی/✓ خیر × مصدق ندارد ^۱ اصلاح در محل ^۲ +	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	اول	دوم
			نوبت و تاریخ بازرسی	
موارد مشمول بازرسی				
۳۰			<input type="checkbox"/> اتوکلاو <input type="checkbox"/> هیدروکلاو <input type="checkbox"/> گرمای خشک <input type="checkbox"/> ماکروویو	<input type="checkbox"/> اتوکلاو <input type="checkbox"/> هیدروکلاو <input type="checkbox"/> گرمای خشک <input type="checkbox"/> ماکروویو



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی.....

معاونت امور بهداشتی

مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی:

شبکه بهداشت و درمان / مرکز بهداشت شهرستان:

ردیف	وضعیت: بلی ^۱ / خیر × اصلاح در محل ^۲ +	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	اول	دوم	نوبت و تاریخ بازرسی	
					موارد مشمول بازرسی	
			- ماکروویو اتوکلاو <input type="checkbox"/> - شیمیایی <input type="checkbox"/> - سایر <input type="checkbox"/>	- ماکروویو اتوکلاو <input type="checkbox"/> - شیمیایی <input type="checkbox"/> - سایر <input type="checkbox"/>		
۳۱	وضعیت دستگاه بی خطر ساز غیر سوز پسماند چگونه است؟		- فعال <input type="checkbox"/> - غیر فعال <input type="checkbox"/> - دارای قرارداد معتبر <input type="checkbox"/> - قرارداد با بیمارستان روانپزشکی دارای قرارداد با بیمارستان مجاور <input type="checkbox"/> - فاقد دستگاه <input type="checkbox"/>	- فعال <input type="checkbox"/> - غیر فعال <input type="checkbox"/> - دارای قرارداد معتبر <input type="checkbox"/> - قرارداد با بیمارستان مجاور <input type="checkbox"/> - فاقد دستگاه <input type="checkbox"/>		
۳۲	در صورت غیرفعال بودن، علت غیرفعال بودن دستگاه بی خطر ساز پسماند در بیمارستان چیست؟		- آماده نبودن جایگاه نصب <input type="checkbox"/> - خرابی دستگاه <input type="checkbox"/> - عدم نصب تجهیزات جانبی دستگاه توسط بیمارستان <input type="checkbox"/> - عدم ارایه خدمات پس از فروش <input type="checkbox"/> - مصداق ندارد <input type="checkbox"/>	- آماده نبودن جایگاه نصب <input type="checkbox"/> - خرابی دستگاه <input type="checkbox"/> - عدم نصب تجهیزات جانبی دستگاه توسط بیمارستان <input type="checkbox"/> - عدم ارایه خدمات پس از فروش <input type="checkbox"/> - مصداق ندارد <input type="checkbox"/>		
۳۳	مالکیت دستگاه بی خطر ساز پسماند، مطابق با کدامیک از گزینه های زیر است؟		- دستگاه با مالکیت بیمارستان <input type="checkbox"/> - قرارداد خرید خدمت <input type="checkbox"/> - استفاده از سیستم سیار <input type="checkbox"/> - استفاده از دستگاه بی خطرساز بیمارستانهای مجاور (بیمارستانهای روانپزشکی) <input type="checkbox"/> - اجاره به شرط تملیک <input type="checkbox"/> - مصداق ندارد <input type="checkbox"/>	- دستگاه با مالکیت بیمارستان <input type="checkbox"/> - قرارداد خرید خدمت <input type="checkbox"/> - استفاده از سیستم سیار <input type="checkbox"/> - استفاده از دستگاه بی خطرساز بیمارستانهای مجاور (بیمارستانهای روانپزشکی) <input type="checkbox"/> - اجاره به شرط تملیک <input type="checkbox"/> - مصداق ندارد <input type="checkbox"/>		
۳۴	روش بار گیری دستگاه بی خطرساز پسماند پزشکی به چه صورت است؟		- دستی <input type="checkbox"/> - مکانیکی <input type="checkbox"/>	- دستی <input type="checkbox"/> - مکانیکی <input type="checkbox"/>		
۳۵	روش تخلیه دستگاه بی خطرساز پسماند پزشکی به چه صورت است؟		- دستی <input type="checkbox"/> - مکانیکی <input type="checkbox"/>	- دستی <input type="checkbox"/> - مکانیکی <input type="checkbox"/>		
۳۶	در صورت وجود خردکن، نوع خرد کن را مشخص نمایید؟		- داخلی <input type="checkbox"/> - post shrider <input type="checkbox"/>	- داخلی <input type="checkbox"/> - post shrider <input type="checkbox"/>		

۱: مصداق ندارد شامل مواردی است که وجود آن الزامی نبوده و با عبارت "در صورت وجود" آغاز می گردد.

۲: اصلاح در محل شامل مواردی است که تا پایان زمان بازرسی قابل اصلاح در محل بوده و چنانچه همان نقص در بازرسی بعدی تکرار گردد با علامت × مشخص می

شود.



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی.....

معاونت امور بهداشتی

مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی:

شبکه بهداشت و درمان / مرکز بهداشت شهرستان:

- ردیف هایی که با رنگ قرمز و * مشخص شده است نشان دهنده شرایط یا حالت بحرانی می باشد.

- ردیف هایی که با رنگ مشکی مشخص شده است نشان دهنده شرایط یا حالت غیر بحرانی می باشد.



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی.....

معاونت بهداشتی

مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی:

شبکه بهداشت و درمان / مرکز بهداشت شهرستان:

کد فرم:

چک لیست دستگاه بی خطر ساز پسماند بیمارستان

تعداد نقص غیر بحرانی	تعداد نقص بحرانی	نوع بازرسی			تاریخ بازرسی
		اعتباربخشی	رسیدگی به شکایات	دوره ای	

چهارم	سوم	دوم	اول	نوبت بازرسی
				مشخصات تأیید کنندگان
				نام، نام خانوادگی و امضاء بازرس بهداشت محیط
				نام، نام خانوادگی و امضاء کارشناس مسئول بهداشت محیط استان / شهرستان
				نام، نام خانوادگی و امضاء رئیس مرکز بهداشت استان / شهرستان



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی.....

معاونت امور بهداشتی

مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی:

شبکه بهداشت و درمان / مرکز بهداشت شهرستان:

کد فرم:

چک لیست بازرسی بهداشتی از مدیریت آب و فاضلاب بیمارستان

<p>مشخصات محل تصدی / مدیریت</p> <p>* کد واحد:</p> <p>* تعداد کارکنان: <input type="checkbox"/> بازرسی اول <input type="checkbox"/> بازرسی دوم <input type="checkbox"/> بازرسی سوم <input type="checkbox"/> بازرسی چهارم</p> <p>* تعداد کارکنان مشمول کارت بهداشت: بازرسی اول <input type="checkbox"/> بازرسی دوم <input type="checkbox"/> بازرسی سوم <input type="checkbox"/> بازرسی چهارم</p> <p>* تعداد کارکنان مشمول دارای کارت بهداشت: بازرسی اول <input type="checkbox"/> بازرسی دوم <input type="checkbox"/> بازرسی سوم <input type="checkbox"/> بازرسی چهارم</p> <p>* تعداد تخت: مصوب <input type="checkbox"/> فعال <input type="checkbox"/></p> <p>* نوع وابستگی بیمارستان: دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی <input type="checkbox"/> خصوصی <input type="checkbox"/> تأمین اجتماعی <input type="checkbox"/> خیریه <input type="checkbox"/> نیروهای مسلح <input type="checkbox"/> سایر یا ذکر نام.....</p> <p>* نوع بیمارستان: آموزشی <input type="checkbox"/> غیر آموزشی <input type="checkbox"/></p> <p>* نوع فعالیت بیمارستان: عمومی <input type="checkbox"/> چند تخصصی <input type="checkbox"/> تک تخصصی <input type="checkbox"/></p> <p>* سایت اینترنتی:</p> <p>* تلفن ثابت:</p> <p>* آدرس:</p>	<p>مشخصات رییس بیمارستان:</p> <p>* نام:</p> <p>* نام خانوادگی:</p> <p>* کد ملی:</p> <p>* نام پدر:</p> <p>مشخصات کارشناس بهداشت محیط:</p> <p>* نام:</p> <p>* نام خانوادگی:</p> <p>* شماره تماس:</p> <p>* کد پستی بیمارستان:</p>
---	--

ردیف	وضعیت: بلی/✓ خیر × مصادق ندارد ^۱ - اصلاح در محل ^۲ +	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	اول	دوم	نوبت و تاریخ بازرسی
					موارد مشمول بازرسی
۱					آیا کیفیت آب بیمارستان با استانداردهای کشوری آب آشامیدنی (استانداردهای ۱۰۱۱ و ۱۰۵۳ و ۴۲۰۸ آب آشامیدنی) مطابقت دارد؟
۲					آیا شبکه لوله کشی آب بیمارستان سالم، مورد تایید مقامات بهداشتی، دارای فشار مناسب در بلندترین طبقه بیمارستان و بدون قطع آب باشد؟
۳					آیا نمونه برداری آب برای آزمایشات میکروبی حداقل هر ماه یکبار انجام می شود؟
۴					آیا نمونه برداری آب برای آزمایشات شیمیایی حداقل هر شش ماه یکبار انجام می شود؟



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی.....

معاونت امور بهداشتی

مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی:

شبکه بهداشت و درمان / مرکز بهداشت شهرستان:

ردیف	وضعیت: بلی/✓ خیر × مصادق ندارد ^۱ - اصلاح در محل ^۲ +	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	اول	دوم	نوبت و تاریخ بازرسی
					موارد مشمول بازرسی
۵					آیا کلرسنجی بصورت روزانه حداقل ۳ نمونه (حداقل یک نمونه کلر سنجی از مخزن ذخیره آب) در روز انجام و نتایج آن ثبت می شود؟
۶					آیا نتایج کلرسنجی با استانداردهای ملی مطابقت دارد؟
۷					در صورتیکه نتایج کلرسنجی تطابق ندارد آیا پیگیریهای لازم جهت رفع مشکل صورت گرفته است؟
۸					آیا مخزن ذخیره آب با شرایط بهداشتی (برای تامین آب بیمارستان به مدت حداقل ۲۴ ساعت در مواقع بحران، بطوریکه آب مخزن ذخیره دائماً در حال گردش باشد) وجود دارد؟
۹					دبی فاضلاب ورودی به تصفیه خانه یا پیش تصفیه و یا شبکه جمع آوری فاضلاب شهری چند مترمکعب در ساعت است؟
۱۰					در صورت وجود تصفیه خانه فاضلاب بیمارستان ظرفیت تصفیه خانه متناسب با حجم فاضلاب تولیدی است؟
۱۱					آیا پساب خروجی تصفیه خانه فاضلاب بیمارستان با استانداردهای خروجی فاضلاب سازمان حفاظت محیط زیست مطابقت دارد؟
۱۲					آیا نمونه برداری از پساب خروجی تصفیه خانه فاضلاب بیمارستان هر فصل یک بار انجام می شود؟
۱۳					آیا جمع آوری و دفع فاضلاب به گونه ای است که از ایجاد بوی تعفن و بدمنظره شدن محیط جلوگیری می شود؟
۱۴					آیا شبکه جمع آوری فاضلاب به گونه ای است که حشرات و جوندگان به فاضلاب دسترسی نداشته باشند؟
۱۵					آیا نتایج آزمایشات آب و فاضلاب در قالب خوداظهاری به معاونت بهداشت دانشگاه/شبکه بهداشت ارسال می گردد؟



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی.....

معاونت امور بهداشتی

مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی:

شبکه بهداشت و درمان / مرکز بهداشت شهرستان:

ردیف	وضعیت: بلی ^۱ / خیر × مصداق ندارد ^۱ - اصلاح در محل ^۲ + مصدق	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	اول	دوم
		/ /		
	نوبت و تاریخ بازرسی موارد مشمول بازرسی			
۱۶	وضعیت سیستم فاضلاب منطقه ای که بیمارستان در آن واقع شده است چگونه است؟	-	- دارای تصفیه خانه فاضلاب شهری (شبکه به تصفیه خانه فاضلاب شهری متصل است) □ - فقط دارای شبکه جمع آوری فاضلاب شهری □ - فاقد تصفیه خانه و شبکه جمع آوری فاضلاب شهری □	- دارای تصفیه خانه فاضلاب شهری (شبکه به تصفیه خانه فاضلاب شهری متصل است) □ - فقط دارای شبکه جمع آوری فاضلاب شهری □ - فاقد تصفیه خانه و شبکه جمع آوری فاضلاب شهری □
۱۷	وضعیت مدیریت فاضلاب بیمارستانی چگونه است؟		- دارای تصفیه خانه اختصاصی فعال □ - تصفیه خانه بیمارستان در مرحله طراحی □ - تصفیه خانه بیمارستان در مرحله ساخت □ - تصفیه خانه بیمارستان در مرحله بهره برداری □ - تصفیه خانه بیمارستان غیر فعال است □ - فقط دارای پیش تصفیه است □ - وصل به سیستم چاه جاذب □ - وصل به شبکه جمع آوری فاضلاب شهری متصل به تصفیه خانه شهری □ - وصل به شبکه جمع آوری فاضلاب شهری فاقد تصفیه خانه شهری □ - دفع غیر بهداشتی در محیط □ - تخلیه به آبهای سطحی □ - مصارف کشاورزی و آبیاری □	- دارای تصفیه خانه اختصاصی فعال □ - تصفیه خانه بیمارستان در مرحله طراحی □ - تصفیه خانه بیمارستان در مرحله ساخت □ - تصفیه خانه بیمارستان در مرحله بهره برداری □ - تصفیه خانه بیمارستان غیر فعال است □ - فقط دارای پیش تصفیه است □ - وصل به سیستم چاه جاذب □ - وصل به شبکه جمع آوری فاضلاب شهری متصل به تصفیه خانه شهری □ - وصل به شبکه جمع آوری فاضلاب شهری فاقد تصفیه خانه شهری □ - دفع غیر بهداشتی در محیط □ - تخلیه به آبهای سطحی □ - مصارف کشاورزی و آبیاری □
۱۸	وضعیت دفع پساب بیمارستان پس از انجام فرایند تصفیه و یا پیش تصفیه چگونه است؟		- وصل به شبکه جمع آوری فاضلاب شهری متصل به تصفیه خانه شهری □ - وصل به شبکه جمع آوری فاضلاب شهری فاقد تصفیه خانه شهری □ - تخلیه در چاه جاذب □ - دفع غیر بهداشتی در محیط □ - تخلیه به آبهای سطحی □ - مصارف کشاورزی و آبیاری □	- وصل به شبکه جمع آوری فاضلاب شهری متصل به تصفیه خانه شهری □ - وصل به شبکه جمع آوری فاضلاب شهری فاقد تصفیه خانه شهری □ - تخلیه در چاه جاذب □ - دفع غیر بهداشتی در محیط □ - تخلیه به آبهای سطحی □ - مصارف کشاورزی و آبیاری □

۱: مصداق ندارد شامل مواردی است که وجود آن الزامی نبوده و با عبارت "در صورت وجود" آغاز می گردد.

۲: اصلاح در محل شامل مواردی است که تا پایان زمان بازرسی قابل اصلاح در محل بوده و چنانچه همان نقص در بازرسی بعدی تکرار گردد با علامت × مشخص می شود.

می شود.

- ردیف هایی که با رنگ قرمز و * مشخص شده است نشان دهنده شرایط یا حالت بحرانی می باشد.
- ردیف هایی که با رنگ مشکی مشخص شده است نشان دهنده شرایط یا حالت غیر بحرانی می باشد.



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی.....

معاونت بهداشتی

مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی:

شبکه بهداشت و درمان / مرکز بهداشت شهرستان:

کد فرم:

چک لیست بازرسی بهداشتی از مدیریت آب و فاضلاب بیمارستان

تعداد نقص غیر بحرانی	تعداد نقص بحرانی	نوع بازرسی			تاریخ بازرسی
		اعتباربخشی	رسیدگی به شکایات	دوره ای	

چهارم	سوم	دوم	اول	نوبت بازرسی
				مشخصات تأیید کنندگان
				نام، نام خانوادگی و امضاء بازرس بهداشت محیط
				نام، نام خانوادگی و امضاء کارشناس مسئول بهداشت محیط استان / شهرستان
				نام، نام خانوادگی و امضاء رئیس مرکز بهداشت استان / شهرستان