

دستورالعمل فرم شماره ۶۰۲

- این فرم برای کلیه واحدهای تعیین شده در قسمت "نوع واحد" که در زمان آمارگیری 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 مؤسسه ای از قبیل دانشگاه علوم پزشکی، بخش خصوصی، انجمن خیریه، سازمان تأمین اجتماعی و یا سازمانها و نهادهای دیگر باشد که لازم است نام آن دقیقاً قید گردد.
- نوع مالکیت ساختمان: بغیر از واحدهای خصوصی و خیریه، مالکیت ساختمان به صورت ملکی، وقفی و استیجاری با ثبت میزان اجاره ماهیانه به ریال علالت زده میشود.
- 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 مربوط 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 سالهای 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 آنها حمایت می گردند، نام آن بیمارستان برای هر یک از مراکز جراحی محدود و سرپایی در این قسمت قید می گردد.
- امکانات درمانی و سرویسهای موجود: در صورت فعال بودن هر یک از امکانات درمانی و سرویسهای موجود در زمان آمارگیری علامت ضربدر 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 موجود میبایست قید گردد.
- تجهیزات عمومی و لوازم موجود: هر یک از تجهیزات عمومی و لوازم موجود که در زمان آمارگیری موجود و قابل استفاده میباشد با علامت × می بایست مشخص گردد.
- آمار نیروی انسانی: آمار نیروی انسانی واحدهای بهداشتی درمانی در کلیه واحدها اعم از مستقل و غیرمستقل می بایست ثبت گردد.

توجه:

- ۱- تکمیل قسمتهای بالا و پائین فرم الزامی است، در صورت ناخوانا و ناقص بودن، فرم فاقد اعتبار بوده و عیناً عودت داده می شود.
- ۲- مسئولیت صحت اطلاعات مندرج در فرم به عهده مسئول واحد می باشد.
- ۳- فرم میبایست دارای مهر مرکز باشد و فرم بدون مهر، فاقد اعتبار بوده و عیناً عودت داده می شود.

مشخصات واحدهای بهداشتی و درمانی

- ۱ - نوع واحد: ☐ مرکز بهداشتی درمانی شهری ☐ کلینیک ☐ درمانگاه ☐ مرکز جراحی محدود و سرپایی ☐ مرکز بهداشتی درمانی روستایی ☐ پلی کلینیک ☐ پایگاه بهداشت

۲ - نام واحد:

۳ - آدرس دقیق پستی: تلفن: نمایر:

۴ - سال بهره‌برداری اولیه از واحد:

۵ - وابسته به: دانشگاه علوم پزشکی ☐ سازمان تأمین اجتماعی ☐ بخش خصوصی ☐ خیریه ☐ سایر نهادها و ارگانها ☐ (با ذکر نام

۶ - نوع مالکیت ساختمان (غیر از بخش خصوصی و خیریه): ملکی ☐ وقفی ☐ استیجاری ☐ (میزان اجاره ماهیانه ریال)

۷ وضعیت	۸ شیف کاری			۹ مساحت زیر بنا متر مربع	۱۰ تعداد خطوط تلفن مستقیم	۱۱ تعداد آمبولانس	۱۲ تعداد اتاق عمل سرپایی	۱۳ تعداد کامپیوتر فعال
	شیفت ۱	شیفت ۲	شنبه و روزی					
عستقل								
غیر عستقل								

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

۱۶ - امکانات درمانی و سرویسهای موجود (با علامت x مشخص شود):

☐ عمومی	☐ چشم	☐ تنظیم خانواده	☐ اورژانس	☐ فیزیوتراپی
☐ داخلی	☐ گوش، حلق و بینی	☐ بهداشت محیط و حرفه‌ای	☐ داروخانه	☐ الکتروانستالوگرافی
☐ جراحی	☐ ارتوپدی	☐ مادر و کودک	☐ آزمایشگاه	☐ الکتروکاردیوگرافی
☐ کودکان	☐ عمومی	☐ مبارزه با بیماریها	☐ رادیولوژی	☐ بایگانی
☐ زنان	☐ ریوی	☐ طرح رابطین	☐ تفریقات	☐ سایر با ذکر نام
☐ پوست	☐ اعصاب و روان	☐ واحد تسهیلات زایمانی	☐ بانسمان	
☐ قلب و عروق	☐ دندانپزشکی	☐ در مرکز	☐ واکسیناسیون	
☐ عاعایی	☐ بهداشت دهان و دندان			

۱۷ - در صورت داشتن داروخانه آیا دارو به عموم مردم نیز ارائه می‌گردد؟ بلی ☐ خیر ☐ ۱۸ - تجهیزات عمومی و لوازم موجود (با علامت x مشخص شود):

☐ آب لوله کشی	☐ سیستم تهویه مطبوع
☐ برق شهری	☐ کولر
☐ برق اضطراری	☐ بخاری
☐ گاز شهری	☐ شوفاژ
☐ سمع دحیره آب	☐ وسیله اطباء حریق
☐ امکانات استرل	☐ سیستم دفع بهداشتی زباله
☐ آسانسور	☐ تعداد تخت واحد تسهیلات زایمانی

جنس	مرد	زن	جمع کل	بیروی انسانی	
				تخصص	عمومی

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 اطلاع رسانی: