

بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شاهرود

معاونت درمان

چک لیست نظارت بر مراکز درمان سوء مصرف مواد و واحدهای درمان نگهدارنده

با متادون و تننور ایبوم

نام مرکز :

تعداد بیمار تحت پوشش :

آدرس و تلفن مرکز :

ساعات فعالیت مرکز :

نام مسئول فنی مرکز : ساعت صبح

ساعات عصر

ردیف	الف - ضوابط قانونی ، فیزیکی ، ساختمانی	وضعیت	نمره
۱	آیا مرکز دارای پروانه بهره برداری معتبر می باشد ؟ (۱۰)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۲	آیا مرکز دارای پروانه مسئول فنی معتبر می باشد ؟ (۱۰)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۳	آیا مرکز دارای مجوز واحد متادون معتبر می باشد ؟ (۱۰)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۴	آیا شرایط فیزیکی و ، ساختمانی مرکز مطابق با آئین نامه مراکز سوء مصرف مواد می باشد ؟ (۵)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۵	آیا اطاق برای روانشناس، مددکار ، توزیع دارو ،ویزیت پزشک و برگزاری جلسات درمانی موجود میباشد ؟ (۵)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۶	آیا فضاهای جنبی آبدار خانه ،انباری،سالن انتظار و سرویس بهداشتی جهت پرسنل و بیماران موجود میباشد؟ (۵)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۷	آیا فضای سالن انتظار و تعداد صندلیها برای مراجعین مناسب است ؟ (۱)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۸	آیا مرکز مجهز به سیستم مناسب برودتی ، گرمایشی و تهویه مناسب می باشد ؟ (۳)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۹	آیا مرکز مجهز به گاوصندوق ، سیستم دزد گیر و حفاظ مناسب می باشد ؟ (۲)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۱۰	آیا ضوابط مربوط به نگارش تابلو ، سرسرخه و تبلیغات رعایت شده است ؟ (۲)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۱۱	آیا ضوابط بهداشت محیط و نظافت عمومی رعایت شده است ؟ (۱)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۱۲	آیا ممنوعیت استفاده از دخانیات در مرکز رعایت می شود ؟ (۱)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۱۳	آیا کپسول اطفاء حریق و دارای شارژ معتبر در مرکز وجود دارد ؟ (۱)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۱۴	آیا آبرسردکن در مرکز وجود دارد ؟ (۱)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۱۵	آیا رایانه مجهز به برنامه پذیرش بیماران در مرکز وجود دارد ؟ (۱)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۱۶	آیا تریالی اورژانس با تجهیزات و داروهای ضروری وجود دارد ؟ (۳)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۱۷	آیا مرکز بر اساس ساعات مندرج در پروانه تاسیس فعالیت داشته و به بیماران خدمات ارائه می شود؟ (۳)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۱۸	آیا مرکز در تمام ایام هفته و تعطیلات رسمی فعال است ؟ (۳)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۱۹	آیا تعداد بیماران تحت پوشش مطابق با رتبه مرکز می باشد ؟ (۵)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۲۰	آیا ساعت فعالیت مرکز در معرض دید مراجعان نصب شده است ؟ (۱)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۲۱	آیا پرونده جهت بیماران تشکیل و فرم ها مطابق پروتکل درمانی در پرونده وجود دارد ؟ (۱)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۲۲	آیا ثبت فرمهای پرونده بیماران بصورت مناسب با پروتکل با دقت انجام میگردد ؟ (۲)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۲۳	آیا محرمانه بودن اطلاعات بیماران رعایت می شود ؟ (۱)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۲۴	آیا درقبال خدمات انجام شده و مبلغ تعرفه دریافتی به بیماران رسید داده می شود ؟ (۱)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۲۵	آیا آئین نامه ، پروتکل ها و بخشنامه های مرتبط در مرکز وجود دارد ؟ (۲)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۲۶	آیا تعرفه های اعلام شده در مرکز نصب و رعایت می گردد ؟ (۲)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۲۷	آیا آمار ماهیانه و اطلاعات درخواستی به موقع به دانشگاه ارائه می شود؟ (۳)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۲۸	آیا بیماران از نحوه خدمات دهی و رفتار پرسنل مرکز رضایت دارند؟ (۳)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	

ردیف	ب - ضوابط پرسنلی	وضعیت	نمره
۲۹	آیا تعداد پرسنل فنی شاغل مطابق با رتبه مرکز می باشد؟ (۵)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۳۰	آیا مسئول فنی در زمان بازدید حضور دارد؟ (۶)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۳۱	آیا پرستار یا بهیار متناسب با رتبه در مرکز حضور دارد؟ (۳)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۳۲	آیا مددکار اجتماعی در مرکز حضور دارد؟ (برای مراکز رتبه ۱ و ۲) (۳)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۳۳	آیا روانشناس بالینی یا مشاوره متناسب با رتبه در مرکز حضور دارد؟ (۳)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۳۴	آیا بیماران جهت خدمات روانپزشکی به متخصص روانپزشکی ارجاع داده میشوند؟ (۳)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۳۵	آیا پرسنل فنی دارای یونیفرم و اتیکت شناسایی میباشند؟ (۱)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۳۶	آیا کارکنان مرکز دارای پرونده پرسنلی می باشند؟ (۱)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۳۷	آیا پرسنل فنی از لحاظ صلاحیت و مدرک تحصیلی واجد شرایط می باشند؟ (۲)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۳۸	آیا پزشکان درمانگر دوره های آموزش عملی و تئوری سوء مصرف مواد را طبق پروتکل گذرانده است؟ (۳)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۳۹	آیا روانشناس در دوره های آموزش سوء مصرف مواد شرکت داشته است؟ (۲)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۴۰	آیا مددکار در دوره های آموزش سوء مصرف مواد شرکت داشته است؟ (۲)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۴۱	آیا پرستار یا بهیار در دوره های آموزشی سوء مصرف مواد شرکت داشته است؟ (۲)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	

ردیف	ج - ضوابط درمانی و دارویی	وضعیت	نمره
۴۲	آیا معیارهای ورود به درمان نگهدارنده با متادون و یا شربت تریاک رعایت شده است؟ (۲)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۴۳	آیا شروع مرحله القاء با دوز مناسب متادون و یا شربت تریاک انجام گرفته است؟ (۲)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۴۴	آیا افزایش دوز متادون بر اساس پروتکل (سه روز اول ثابت بعد یک روز در میان ۱۰-۵ میلی گرم) انجام گرفته است؟ (۲)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۴۵	تعداد ویزیت پزشک در دو هفته آغاز درمان نگهدارنده (حداقل ۷ ویزیت) انجام گرفته است؟ (۲)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۴۶	حداقل یک بار ویزیت در هفته (از هفته سوم) تا هفته ۱۲ درمان نگهدارنده (۲)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۴۷	حداقل هر ۲ هفته یک ویزیت از هفته ۱۲ تا ۲۴ درمان نگهدارنده (۱)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۴۸	حداقل یک ویزیت در ماه پس از هفته ۲۴ در درمان نگهدارنده (۱)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۴۹	حداقل هر هفته یک ویزیت روانشناس در دوره درمان نگهدارنده (۳)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۵۰	آیا احراز هویت بیمار جهت تیک هوم رعایت شده است؟ (کپی شناسنامه و کارت ملی در پرونده بیمار موجود باشد) (۴)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۵۱	آیا عدم تجویز متادون بصورت تیک هوم در دو ماه اول درمان رعایت شده است؟ (۴)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۵۲	آیا تجویز متادون در ماه سوم درمان، بصورت فقط روزهای آخر هفته داده شده است؟ (۲)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۵۳	آیا تجویز متادون در ماه چهارم درمان، بصورت یک روز در میان داده شده است؟ (۳)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۵۴	آیا تجویز متادون در ماه پنجم درمان، بصورت دو بار در هفته داده شده است؟ (۲)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۵۵	آیا تجویز متادون بصورت از ماه ششم درمان بصورت هفتگی داده شده است؟ (۲)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۵۶	آیا دوز متادون در مرحله نگهدارنده بین ۶۰ تا ۱۲۰ میلی گرم است؟ (۳)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۵۷	آیا داروی دز منزل در شیشه مناسب با درب قفلدار به بیمار تحویل می گردد؟ (۳)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۵۸	آیا مصرف متادون ویا تتورتوسط بیماردر مرکز در حضور پرستار انجام می گیرد؟ (۳)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۵۹	آیا نوع و مقدار داروهای تجویز شده در فرم مخصوص در پرونده بیمار ثبت شده است؟ (۱)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۶۰	آیا نتیجه آزمایشات عدم اعتیاد بصورت منظم در پرونده بیمار ثبت شده است؟ (۲)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۶۱	آیا نتیجه آزمایشات LFT و کبدی بصورت منظم در پرونده بیمار ثبت شده است؟ (۲)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۶۲	آیا برای اخراج بیمار از سیستم درمان، مستندات کتبی مشخص و در پرونده وجود دارد؟ (۲)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۶۳	آیا در صورت لغزش یا عود دوز منزل قطع شده است؟ (۲)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۶۴	آیا فرم دارو موقع تحویل توسط پرستار و در پایان شیفت توسط پزشک امضاء می شود؟ (۳)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	

ردیف	د - ضوابط مداخلات غیر دارویی (روانشناسی و مدد کاری)	وضعیت	نمره
۶۵	آیا جلسه مصاحبه انگیزشی انجام و نتایج در پرونده بیمار ثبت شده است ؟ (۲)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۶۶	آیا جلسات مشاوره انفرادی انجام و نتایج در پرونده بیمار ثبت شده است ؟ (۴)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۶۷	آیا جلسات مشاوره خانوادگی انجام و نتایج در پرونده بیمار ثبت شده است ؟ (۴)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۶۸	آیا جلسات گروه درمانی انجام و نتایج در پرونده بیمار ثبت شده است ؟ (۵)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۶۹	آیا عدم مراجعات بیمار توسط مددکار پیگیری شده است ؟ (۳)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۷۰	آیا مسائل و مشکلات خانوادگی، شغلی و مالی بیمار ، ثبت و پیگیری شده است ؟ (۵)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۷۱	آیا در ارزیابی بیمار توسط روانشناس از آزمونهای روانشناختی استفاده میشود ؟ (۳)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	

ردیف	ه - ضوابط تشویقی	وضعیت	نمره
۷۲	آیا هزینه درمان بیماران بی بضاعت رایگان ویا تخفیف داده شده است ؟ (۳)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۷۳	آیا بیماران نیازمند جهت حرفه آموزی و یادریافت تسهیلات به نهاد ذی ربط معرفی میشوند ؟ (۳)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۷۴	آیا برنامه های تشویقی از قبیل اردو ، جشن و ... برای بیماران انجام شده است ؟ (۲)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۷۵	آیا تلویزیون ، ویدئو یا وسایل کمک آموزشی در مرکز وجود دارد ؟ (۲)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۷۶	آیا مرکز در مقابل حوادث بیمه میباشد ؟ (۲)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۷۷	آیا کارکنان مرکز دارای قرارداد مالی و پوشش بیمه می باشند ؟ (۳)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۷۸	آیا مرکز داری برنامه های فرهنگی و مذهبی جهت بیماران می باشد ؟ (۲)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۷۹	آیا مرکز با گروههای مجاز NA و یا کنگره ۶۶ در ارتباط می باشد ؟ (۲)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۸۰	آیا جهت بیماران کارت شناسایی صادر می گردد ؟ (۱)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۸۱	آیا مرکز مطالعات پژوهشی و یا انتشار پمفلت و بروشور در زمینه درمان اعتیاد داشته است ؟ (۳)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	

حداکثر امتیاز :

۲۲۹

امتیاز مکتسبه توسط مرکز :

فهرست پرسنل فنی و کارکنان شاغل و مدرک تحصیلی ایشان :

نقاط ضعف و موارد قوت مشاهده شده در بازدید :

نام و نام خانوادگی و امضاء بازرسین و مسئول موسسه : تاریخ و ساعت بازدید : -----

نظر معاونت محترم درمان دانشگاه :