**مشخصات مرکز:**

|  |
| --- |
| **نام مرکز: نام مؤسس/ مؤسسین: نام مسئول فني:**  **نام روان­شناس : نام پرستار: مرجع صدور مجوز: نام بازدید کنندگان : تاریخ /ساعت بازدید: شیفت فعالیت مرکز:**  **تعداد بیماران به تفکیک داروی آگونیست:( متادون: /بوپرونورفین: / تنتوراپیوم: )**  **نشانی مرکز :** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **فرایند** | **شاخص / استاندارد** | **نتیجه ارزیابی** | |
| بلی | خیر |
| 1 | تابلو | ابعاد، تعداد و متن تابلو مطابق قوانين سازمان نظام پزشكي مي­باشد |  |  |
| 2 | \*مجوزهای قانونی مرکز | پروانه مطب / بهره برداري یا فعالیت / مسئول فنی / و مجوز آگونیست در معرض دید نصب است |  |  |
| 3 | راهنمای مراجعان | تابلوی راهنمای پذیرش و مراحل درمان نصب است |  |  |
| 4 | تابلوی معرفی پرسنل نصب است |  |  |
| 4 | \*تعرفه | تعرفه قانوني ارائه خدمات در معرض دید نصب است |  |  |
| 5 | ساعات فعاليت مركز/ واحد | تابلو ساعات فعالیت مرکز در معرض دید نصب است |  |  |
| 6 | \*تعداد و حضور تیم درمان به ازای هر شیفت کاری | مسئول فنی یا پزشک دوره دیده در مرکز حضور دارد |  |  |
| 7 | روان­شناس درمرکز حضور دارد |  |  |
| 8 | پرستار در مرکز حضور دارد |  |  |
| 9 | فضای نگهداری داروهاي آگونيست | فضاي مناسب و اختصاصی جهت نگهداري و ایمنی داروهاي آگونيست وجود دارد |  |  |
| 10 | کیت آزمایش سریع ادرار | بررسی وجود کیت آزمایش سریع مورفین ، متادون مت آمفتامین ،... معتبر در مرکز |  |  |
| 11 | ثبت آزمایشات انجام شده (نوع تست و تاریخ انجام)در فرم گزارش پرستار |  |  |
| 12 | وسايل احيا و ترالي اورژانس | داروهاي مورد نياز و اختصاصی در ترالي اورژانس موجود و دارای اعتبار است |  |  |
| 13 | کپسول اکسیژن سالم و آماده استفاده است |  |  |
| 14 | تخت مناسب احیا موجود و آماده استفاده است |  |  |
| 15 | اطفاء حریق | کپسول اطفاء حریق سالم با تاریخ اعتبار/ سیستم مناسب کنترل آتش سوزی موجود است |  |  |
| 16 | دوربین مداربسته | لزوم نصب دوربین مدار بسته در مرکز بجز اتاق پزشک و روانشناس |  |  |
| 17 | ظروف تحویل داروی آگونیست | تحويل دوز منزل در ظروف استاندارد  (ظروف تيره رنگ با برچسب هشدار و داراي درب قفل كودك) |  |  |
| 18 | سوابق و پرونده هاي مراجعين | بررسي محرمانه بودن اطلاعات بیماران |  |  |
| 19 | نگهداری پرونده­ها صرفاً در مركز |  |  |
| 20 | تکمیل فرم های پرونده مطابق با پروتکل ابلاغی |  |  |
| 21 | احراز هويت بيمار | ملاحظه تصوير مدارك شناسايي بيمار در پرونده |  |  |
| 22 | مطابقت بیماران وارد شده به درمان با ملاک­های پروتکل­های ابلاغی | مطابقت اطلاعات پرونده بیماران از نظر نوع ماده اصلی و طریقه مصرف ،سن ورود به درمان با ملاک­های پروتکل­های ابلاغی /ثبت در سامانه آیداتیس |  |  |
| 23 | \* تجویز دوز منزل | رعایت معیارهای تجویز دوز منزل مطابق پروتکل درمان انجام می شود |  |  |
| 24 | سرعت افزایش دوز داروی آگونیست در ماه اول | رعايت حداکثر مجاز داروی آگونیست در روز اول / رعایت احتیاطات در خصوص سرعت افزایش دوز داروی آگونیست مطابق پروتکل­های درمانی در ماه اول |  |  |
| 25 | ثبت علت غیبت ، لغزش و خروج بیمار از درمان | ثبت علت غیبت،لغزش و خروج بیمار از درمان در فرم پزشک و حذف از سامانه آیداتیس |  |  |
| 26 | \*ويزيت پزشك | بررسی تعداد و زمان انجام ویزیت مطابق پروتکل­های ابلاغی / تشریح فرآیند درمان در شرح ویزیت اولیه/تغییر و تعیین دوز روزانه بیمار |  |  |
| 27 | \*مداخلات روان­شناختی | بررسی تعداد و زمان انجام ویزیت روان­شناس مطابق پروتكل­های ابلاغی / شرح جلسات |  |  |
| 28 | توزیع دارو بیه بیمار توسط پرستار | مصرف میزان اولین دوز تعیین شده در حضور پرستار |  |  |
| 29 | ثبت میزان داروی بیمار در پرونده و دفتر ثبت پذیرش روزانه هنگام تحویل دارو |  |  |
| 30 | تکمیل فرم دفتر ثبت پذیرش روزانه در مرکز |  |  |
| 31 | \*مصادیق فروش داروی آزاد | تطابق تاریخ خدمات ارائه شده به بیمار با دفتر ثبت پذیرش روزانه، پرونده بيمار، سامانه آیداتیس و حضور واقعی بیمار |  |  |
| 32 | دریافت وجه مازاد تعرفه مصوب |  |  |
| 33 | ارجاع بیمار به بیرون از مرکز مشاهده شد |  |  |
| 34 | تحویل داروی آگونیست به بیمار بدون تشکیل پرونده |  |  |
| 35 | تحویل داروی آگونیست به بیمار بدون ثبت در سامانه آیداتیس |  |  |
| 36 | تحویل دارو به بستگان بیمار مشاهده شد |  |  |

|  |
| --- |
| توضیحات: |

|  |
| --- |
| محل امضاء  امضاء کارشناسان مهر و امضاء مسئول فنی مرکز |