

مشخصات واحدهای توانبخشی پزشکی

سال.....

نوع فعالیت: فیزیوتراپی کاردرمانی گفتار درمانی شنوایی شناسی بینایی سنجی ارتوپدی فنی مرکز نگهداری

۱- نام واحد:

۲- آدرس دقیق پستی: تلفن: شماره:

کد پستی:

۳- سال بهره برداری اولیه از واحد: سال شروع بکار در ساختمان جدید (در صورت جابجایی)

۴- وابسته به: دانشگاه علوم پزشکی بخش خصوصی سازمان تامین اجتماعی خیریه سازمان بهزیستی و توانبخشی سازمان آموزش و پرورش استثنایی سازمان هلال احمر بنیاد جانبازان و مستضعفان سایر نهادها و ارگانها (با ذکر نام.....)

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

۱۰	۹	۸	۷			۶		
			شیفت کاری			وضعیت		
تعداد کامپیوتر فعال	تعداد خطوط تلفن مستقیم	مساحت زیر بنا (متر مربع)	مساحت کل زمین	شبهانه روزی	۲ شیفت	۱ شیفت	غیر مستقل	مستقل

۱۱- آیا طرح اولیه ساختمان برای این منظور بوده است؟ بله خیر

۱۲- تجهیزات و قسمت های تخصصی موجود در واحد: (با علامت × مشخص شود)

فیزیوتراپی: هیدروتراپی مکانوتراپی الکتروتراپی

کاردرمانی: وسایل آموزشی وسایل حرکت درمانی

گفتار درمانی: لکنت شکن وکالتو

بینایی سنجی: آفتالموسکوپ رتینوسکوپ لنزومتر

اسلیت لمپ پریمتر

شنوایی شناسی: امپدانس ادیومتری ABR

۱۳- آیا "تربیت شنیداری" در واحد شنوایی شناسی صورت می گیرد؟ بله خیر

۱۴- تجهیزات و لوازم ضروری (با علامت × مشخص شود):

سیستم تهویه مطبوع بوق اضطراری

سطح شیبدار

وسیله اطفاء حریق

در سطح شهرستان: تاریخ تکمیل فرم: نام و امضاء (تکمیل کننده مسئول واحد توانبخشی مسئول آمار شهرستان.....)

در سطح دانشگاه علوم پزشکی: نام و امضاء (کارشناس تسهیلات بهداشتی درمانی..... مدیر آمار و اطلاع رسانی.....)

دستور العمل فرم شماره ۶۰۵

- این فرم برای کلیه واحدهای توانبخشی پزشکی که در زمان آمارگیری فعال بوده و آماده ارائه خدمت به عموم مردم می باشند، تکمیل می گردد.
- **واحد توانبخشی پزشکی:** واحدی است که خدمات پزشکی و توانبخشی را توسط پزشک یا گروه های دیگر مانند فیزیو تراپ ها، کاردرمان ها و جهت خودکفایی بیماران و معلولین ارائه می نمایند.
 - **نوع فعالیت:** چنانچه یک واحد توانبخشی پزشکی چند فعالیت مختلف را ارائه دهد، یک فرم برای آن مرکز پر شود.
 - **نام واحد:** شامل عنوانی است که واحد توانبخشی تحت آن نام مکاتبه می کند.
 - **آدرس دقیق پستی و تلفن:** منظور آدرس دقیق پستی و شماره تلفن واحد توانبخشی پزشکی می باشد که در صورت داشتن نامبر نیز ذکر شماره آن ضروری است.
 - **سال بهره برداری اولیه:** زمانی است که واحد توانبخشی آماده پذیرش بیمار شده است. در صورتیکه وقفه ای در فعالیت واحد توانبخشی پزشکی به هر دلیلی ایجاد گشته باشد، اولین سال بهره برداری واحد موردنظر می باشد.
 - **سال شروع بکار در ساختمان جدید:** در صورت جابجایی در این قسمت تاریخ شروع بکار در ساختمان جدید قید گردد.
 - **نوع وابستگی:** واحد توانبخشی پزشکی ممکن است وابسته به موسساتی از قبیل دانشگاه علوم پزشکی، بخش خصوصی، سازمان تامین اجتماعی، انجمن خیریه، سازمان بهزیستی و توانبخشی، هلال احمر، آموزش و پرورش استثنایی، بنیاد جانبازان و مستضعفان و یا سایر نهادها و ارگان ها باشد، که لازم است نام آن دقیقاً "قید گردد.
 - **توجه: واحدهایی که هیات امنایی بوده و با کمک های مردمی فعالیت می نمایند، در قسمت خیریه می بایست علامت زده شود.**
 - **نوع مالکیت:** به غیر از واحد های خصوصی و خیریه، مالکیت ساختمان به صورت ملکی، وقفی و استیجاری با ثبت میزان اجاره ماهیانه به ریال علامت زده می شود.
 - **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 واحد، ارائه سرویس در حداکثر ۸ ساعت کاری را یک شیفت، حداکثر ۱۶ ساعت کاری را دو شیفت و بیش از ۱۶ ساعت کاری را شبانه روزی محاسبه می نمایم.
 - **مساحت:** مساحت زیربنای واحد توانبخشی به متر مربع بر اساس اطلاعات و اسناد مربوط به ساختمان قید می گردد. در صورت موجود نبودن این اطلاع با اندازه گیری برای یک بار و ثبت آن در اسناد و مدارک مربوطه جهت استفاده برای سال های بعد اقدام گردد.
 - **تجهیزات و قسمت های تخصصی موجود در هر واحد:** به تفکیک بر اساس موارد تعیین شده علامت زده می شود.
 - **تجهیزات عمومی و لوازم ضروری:** تجهیزات عمومی و لوازم ضروری که در زمان آمار گیری موجود و قابل استفاده می باشد، با علامت × می بایست مشخص گردد.
 - **آمار نیروی انسانی:** آمار نیروی انسانی توانبخشی در کلیه واحدها اعم از مستقل و غیرمستقل می بایست تکمیل گردد. نیروی انسانی تجربی توانبخشی اعم از تکنیسین و کمک تکنیسین منظور افرادی می باشند که احکام مربوطه را پس از گذراندن دوره ها و امتحانات مربوطه اخذ نموده اند.

توجه:

- ۱ - تکمیل قسمت های بالا و پایین فرم الزامی است، در صورت ناخوانا و ناقص بودن، فرم فاقد اعتبار است.
- ۲ - مسئولیت صحت اطلاعات مندرج در فرم به عهده مسئول واحد می باشد.
- ۳ - فرم می بایست دارای مهر مرکز باشد و فرم بدون مهر فاقد اعتبار است.