

نمونه چک لیست بررسی وضعیت مراکز درمان ناباروری

دانشگاه/دانشکده:

نام مرکز:

| ردیف              | سوالات و موارد مورد بررسی   | توضیحات |
|-------------------|---|---------|
| محور<br>مجوز مرکز | شماره و تاریخ مجوز فعالیت (پروانه بهره برداری) مرکز:  |         |
|                   | این مرکز (بخش) از چه سالی فعال است؟   |         |
|                   | آیا مرکز بطور مستقل فعالیت می کند (ساختمان مجزا) یا به صورت بخشی از بیمارستان فعالیت می کند؟<br>۱- مستقل<br>۲- بخشی در بیمارستان                            |         |
|                   | نوع فعالیت مرکز کدام است؟<br>درمانی (منحصرا)<br>درمانی و آموزشی<br>درمانی و تحقیقاتی<br>هر ۳ مورد   |         |
|                   | نوع وابستگی مرکز:<br>دانشگاهی<br>دولتی غیردانشگاهی مانند نیروهای مسلح<br>نهادهای عمومی غیر دولتی مانند جهاد دانشگاهی ، هلال احمر، شهرداری<br>خصوصی<br>خیریه |         |
|                   | متراژ مرکز:   |         |
|                   | فضاها و بخش های مرکز:   |         |
| ساختمان<br>مرکز   | تعداد تخت های مرکز:   |         |
|                   |   |         |

|  |   |              |  |
|--|---|--------------|--|
|  | کمبود فضای مرکز:  |              |  |
|  | تعداد و نوع نیازهای تجهیزاتی مرکز (کمبودها) پس از تطبیق با چک لیست  | تجهیزات مرکز |  |
|  | لیست تجهیزات نیازمند تعمیر  |              |  |
|  | آیا مسئول فنی شرایط مندرج در آیین نامه را دارد؟ (مدرک و سابقه فعالیت مسئول فنی)   | پرسنل        |  |
|  | آیا مسئول آزمایشگاه ART شرایط مندرج در آیین نامه را دارد؟ (مدرک و سابقه فعالیت)   |              |  |
|  | تعداد نیروهای تخصصی زیر در مرکز و وضعیت اشتغال تمام وقت آنان ؟<br>(در هر ۳ گروه زیر به تفکیک و با ذکر تعداد تمام وقت و یا غیر تمام وقت درج شود به عنوان مثال ۲ نفر متخصص زنان تمام وقت و یا یک متخصص زنان تمام وقت و یک متخصص زنان غیر تمام وقت)<br>۱- گروه تخصصی ناباروری (زنان)<br>۲- اورولوژی<br>۳- جنین شناسی |              |  |
|  | آیا مرکز از نظر نیروی تخصصی دچار کمبود است ؟ در کدام گروه پزشکی ؟<br>۱- زنان<br>۲- اورولوژی<br>۳- جنین شناسی<br>۴- بیهوشی<br>۵- سایر گروه ها با ذکر مورد  |              |  |
|  | کل تعداد متخصصین تمام وقت؟  |              |  |
|  | کلینیک های مشاوره ای فعال در مرکز کدامند :<br>داخلی ۰.۱ بلی ۰.۲ خیر<br>قلب ۰.۱ بلی ۰.۲ خیر<br>اندوکریینولوژی ۰.۱ بلی ۰.۲ خیر<br>روانپزشکی ۰.۱ بلی ۰.۲ خیر<br>ژنتیک ۰.۱ بلی ۰.۲ خیر<br>تغذیه ۰.۱ بلی ۰.۲ خیر<br>سایر با ذکر نام رشته   |              |  |

|   |  |             |  |
|---|--|-------------|--|
|   | متوسط تعداد ماهیانه کل بیماران پذیرش شده در سال ۹۴ و نیمه اول و دوم سال ۹۵ چه تعداد بوده است؟  | عملکرد مرکز |  |
|   | متوسط تعداد ماهیانه کل بیماران پذیرش شده در نیمه اول و دوم سال ۹۵ (تا زمان بازدید) چه تعداد بوده است؟  |             |  |
|   | متوسط تعداد موارد جدید (new case) در سال ۹۴ چند مورد بوده است؟   |             |  |
|   | متوسط تعداد موارد جدید (new case) در نیمه اول و دوم سال ۹۵ (تا زمان بازدید) چند مورد بوده است؟   |             |  |
|   | <p>کدامیک از اقدامات زیر در مرکز انجام میشود؟</p> <p>ویزیت و پذیرش اولیه زوجهای نابارور تا تشخیص علت نازایی</p> <p>۱. بلی ۲. خیر</p> <p>ثبت اطلاعات کلی و دموگرافیک بیماران ۱. بلی ۲. خیر</p> <p>ثبت الکترونیک پرونده بیماران ۱. بلی ۲. خیر</p> <p>اعمال جراحی برای درمان ناباروری مردان ۱. بلی ۲. خیر</p> <p>اعمال لاپاراسکوپی و هیستروسکوپی تشخیصی ۱. بلی ۲. خیر</p> <p>اعمال لاپاراسکوپی و هیستروسکوپی درمانی ۱. بلی ۲. خیر</p> |             |  |
| <p>میانگین ماهانه هر کدام از خدمات با احتساب عملکرد ۶ ماهه جلوی هر کدام از خدمات ذکر شود.</p> | <p>تعداد میانگین</p> <p>کدامیک از خدمات ART در مرکز ارائه میشود؟</p> <p>۱. UI ۱. بلی ۲. خیر</p> <p>۲. پانکچر (Pick up) ۱. بلی ۲. خیر</p> <p>۳. ترانسفر ۱. بلی ۲. خیر</p> <p>۴. ICSI ۱. بلی ۲. خیر</p> <p>۵. Surrogacy ۱. بلی ۲. خیر</p> <p>۶. اهدا جنین ۱. بلی ۲. خیر</p> <p>۷. اهدا تخمک ۱. بلی ۲. خیر</p> <p>۸. اهدا اسپرم ۱. بلی ۲. خیر</p> <p>۹. GIFT, ZIFT ۱. بلی ۲. خیر</p>  |             |  |
|   | <p>کدامیک از خدمات ذیل در مرکز ارائه میشود؟</p> <p>بانک اسپرم ۱. بلی ۲. خیر</p> <p>فریز جنین ۱. بلی ۲. خیر</p> <p>فریز تخمک ۱. بلی ۲. خیر</p> <p>فریز اسپرم ۱. بلی ۲. خیر</p>  |             |  |
|   | درصد بروز بارداری به دنبال سیکل ها در سال ۹۴ و نیمه اول و دوم سال ۹۵ چه میزان بوده است؟  | شاخص های    |  |

|  |  |              |  |
|--|--|--------------|--|
|  | (تعداد موارد تست بارداری مثبت به تعداد سیکل های ارائه شده)   | عملکردی      |  |
|  | آیا داروهای مورد نیاز درمان بیماران در مرکز ارائه می شود(داروخانه داخل مرکز یا بیمارستان وجود دارد)? |              |  |
|  | ۱. بلی ۲. خیر  |              |  |
|  | آیا در مرکز امکان ارائه سونوهیستروگرافی وجود دارد?   |              |  |
|  | ۱. بلی ۲. خیر  |              |  |
|  | آیا در مرکز امکان ارائه هیستروسالپینگوگرافی وجود دارد?   |              |  |
|  | ۱. بلی ۲. خیر  |              |  |
|  | ایا مرکز دارای مجله معتبر علمی و پژوهشی است?   |              |  |
|  | ۱. بلی ۲. خیر<br>در صورت پاسخ مثبت نام مجله را بنویسید.  |              |  |
|  | آیا مرکز دارای سایت است یا در سایت بیمارستان معرفی شده است?.   |              |  |
|  | ۱. بلی ۲. خیر<br>چنانچه دارای سایت است، لطفا نشانی سایت یادداشت شود                                  |              |  |
|  | آیا پروتکل مشخصی برای ارائه خدمت وجود دارد?  |              |  |
|  | ۱. بلی ۲. خیر<br>لطفا یک نسخه اخذ گردد.  |              |  |
|  | سازمان های پشتیبان هزینه های بیمار(بیمه و شرکت ها، ...) یا طرف قرارداد?                              | تعرفه و بیمه |  |
|  | سقف پوشش هزینه های بیماران توسط هر کدام از شرکتهای، موسسات یا بیمه های طرف قرارداد ذکر شود           |              |  |
|  | متوسط تعداد ماهیانه بیماران خارجی پذیرش شده در نیمه اول و دوم سال ۹۴ و ۹۵ چه تعداد بوده است ؟        |              |  |
|  | آیا تعرفه درمانی برای اتباع خارجی متفاوت است?  |              |  |
|  | ۱. بلی ۲. خیر  |              |  |