**EK – 1**

**AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ İZLEME DEĞERLENDİRME FORMU**

**İli / İlçesi : …………………… / …………………… Tarihi:……./…./…….**

**ASM Adı :…………………………………………….**

**Adresi : ……………………………………….**

**Telefon / Faks : …………………/…………………**

**ASM Temsilcisi : ………………………………**

**Soğuk Zincir Sorumluları:…………………………………**

**Toplam AH / ASE Sayısı:………. / ………**

**Binanın Mülkiyeti: Kamu  / Özel Diğer  Vakıf Dernek**

**Bina sağlık kuruluşu olarak planlanmış**

**Aile Sağlığı Merkezi Fiziki Ve Teknik Şartları**

1. Dış tabela, tabela yönetmeliğine uygun mu?
	1. Evet
	2. Hayır
2. Binanın çevresi temiz ve bakımlı mı? (Müstakil binalar için uygulanır.)(Çevre düzenlenmesi yapılmış mı?)
	1. Evet
	2. Hayır
	3. Bina müstakil değil
3. Binanın dış cephe boyası, temiz ve bakımlı mı? (Müstakil binalar için uygulanır.)
	1. Evet
	2. Hayır
		1. İlgili yerlere bildirim yapılmış
	3. Bina müstakil değil
4. Özürlü ve yaşlı hastaların giriş ve çıkışlarını mümkün kılan kolaylaştırıcı tedbirler alınmış mı?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Var | Yok | İhtiyaç yok |
|  | Uygun | Uygun değil |  |  |
| 1. Asansör
 |  |  |  |  |
| 1. Merdiven korkuluğu
 |  |  |  |  |
| 1. Rampa
 |  |  |  |  |
| 1. Rampa korkuluğu
 |  |  |  |  |
| 1. Giriş katında özürlü polikliniği
 |  |  |  |  |

1. ASM yönetici hekimi belirlenmiş mi?
	1. Evet
	2. Hayır
2. Yönetim karar defteri mevcut mu?
	1. Evet
	2. Hayır
3. Kararlar usulüne uygun şekilde yönetim karar defterine kaydedilmiş mi?
	1. Evet
	2. Hayır
4. Isınma nasıl sağlanıyor?
	1. Klima
	2. Kalorifer
	3. Elektrikli ısıtıcı
	4. Gaz sobası
	5. Diğer
		1. Belirtiniz:………………
5. Hizmet ve bekleme alanlarının sıcaklığı18-27 ᵒC arasında mı?
	1. Evet
	2. Hayır
6. Yangına yönelik gerekli tedbirler (ASM’nin her katı için duvara sabitlenmiş en az 6lt yangın söndürme tüpü) alınmış mı?
	1. Evet
	2. Hayır
7. Yangın söndürme tüplerinin periyodik kontrolleri yapılıyor mu?
	1. Evet
	2. Hayır
	3. Yangın söndürme tüpü yok
8. Yangın talimatnamesi mevcut mu?
	1. Evet
	2. Hayır
9. ASM toplam alanı mevzuat şartlarını karşılıyor mu? (tek aile hekimi için 60 m2, birden fazla hekimin bulunması durumunda her hekim için 20 m2 ilave edilir. )
	1. Evet
	2. Hayır
10. Bekleme alanı kaç metrekare?
	1. 5-10 m2
	2. 10-15 m2
	3. 15-20 m2
	4. 20 m2 üzeri
11. Bekleme alanında bir AH için 5(beş), diğer her AH için 3(üç) adet bekleme koltuğu var mı?
	1. Evet
	2. Hayır
12. ASM’nin çalışma günleri ve saatleri binanın dış cephesinde tabelanın altında görünür şekilde asılı mı?
	1. Evet
	2. Hayır
13. Kurumca gönderilen afiş ve broşürler panoya asılı mı?
	1. Evet
	2. Hayır
14. Mevzuat hükümlerine göre hizmet sunumunda öncelikli gruplara yönelik uyarıcı işaretler veya yazılar mevcut mu?
	1. Evet
	2. Hayır
15. Sağlık kuruluşunun içinde gerekli yönlendirme ve uyarı işaretleri uygun bir biçimde konumlandırılmış mı? (Tek katlı ASM’ler için bu değerlendirme yapılmaz.)
	1. Evet
	2. Hayır
	3. ASM tek katlı
16. ASM’ye ait tüm odaların/alanların isim tabelaları mevcut mu?
	1. Evet
	2. Hayır
17. Sağlık hizmeti sunulan alanlara ait zemin kaplaması kolay temizlenebilir nitelikte mi?
	1. Evet
	2. Hayır
18. Tıbbi müdahale odası var mı?
	1. Evet
	2. Hayır
19. Tıbbi müdahale odasının lavabosu var mı?
	1. Evet
	2. Hayır
20. Tıbbi müdahale odasında muayene ve müdahale masası var mı?
	1. Evet
	2. Hayır
21. Tıbbi müdahale odasında bulunması gereken malzemelerin durumu

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Mevcut | Mevcut değil | Açıklama |
|  | Faal | Faal değil |  |  |
| 1. Dezenfeksiyon ve sterilizasyon cihazları
 |   |   |   |  |
| 1. Diapozon seti
 |   |   |   |  |
| 1. Tartı aleti (bebek, erişkin boy)
 |   |   |   |  |
| 1. Boy ölçer (bebek, erişkin boy)
 |   |   |   |  |
| 1. Pansuman seti
 |   |   |   |  |
| 1. Enjektör, gazlı bez gibi gerekli sarf malzemeleri
 |   |   |   |  |
| 1. Keskin atık kabı
 |   |   |   |  |
| 1. Acil seti; (acil müdahale setinde yönetmelikle belirtilen asgari malzemeler bulunur.)
 |   |   |   |  |
| 1. Defibrilatör
 |   |   |   |  |
| 1. Manometreli oksijen tüpü (taşınabilir)
 |   |   |   |  |
| 1. Seyyar lamba
 |   |   |   |  |
| 1. Buzdolabı (sadece aşılar ve antiserumlar için)
 |   |   |   |  |
| 1. Aşı dolabının ve aile sağlığı merkezinin tıbbi hizmet alanları ile bekleme alanlarında iç ortam sıcaklık takiplerini yapmak için standartları Kurumca belirlenmiş olan ısı verisi gönderebilen 2 adet termometre
 |   |   |   |  |
| 1. Aşılar ve ilaçlar için karekod okuyucu
 |   |   |   |  |
| 1. İlaçların miat ve stoklarının listesi (elektronik ortamda takip edilir.)
 |   |   |   |  |
| 1. Jinekolojik muayene masası, spekülüm, muayene ve RİA seti
 |   |   |   |  |
| 1. İlâç ve malzeme dolabı
 |   |   |   |  |
| 1. Sterilizatör
 |   |   |   |  |
| 1. EKG cihazı
 |   |   |   |  |
| 1. Tromel
 |   |   |   |  |
| 1. Glikometre
 |   |   |   |  |
| 1. Tekerlekli sandalye
 |   |   |   |  |
| 1. Nebülizatör
 |   |   |   |  |
| 1. Santrifüj cihazı
 |   |   |   |  |
| 1. Jeneratör veya kesintisiz güç kaynağı
 |   |   |   |  |
| 1. Küçük cerrahi seti; asgari 1 portegü, 1 makas, 1 penset, 1 bisturi sapı, stapler (dört hekime kadar iki set, dört hekimden sonra her dört hekim için ilave bir set)(üzerinde son sterilizasyon tarihi olmalı)
 |   |   |   |  |
| 1. Genişletilmiş bağışıklama programı kapsamında uygulanan aşılar ve antiserumlar
 |   |   |   |  |

1. Bebek bakım ve Emzirme alanı/odası oluşturulmuş mu?
2. Evet
3. Hayır
4. Soğuk Zincir Değerlendirmesi

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Evet | Hayır |
| 1. Buzdolabının dış kapağında aşı şeması asılı mı?
 |  |  |
| 1. Yönetmeliğe uygun termometreler var mı?
 |  |  |
| 1. Termometre faal mi?
 |  |  |
| 1. Isı takibi genelge/mevzuata uygun yapılıyor mu?
 |  |  |
| 1. Isı izlem çizelgesi var mı?
 |  |  |
| 1. Buz aküsü var mı?
 |  |  |
| 1. Aşılar usulüne uygun yerleştirilmiş mi?
 |  |  |
| 1. Açılan aşı şişeleri üzerine açıldığı tarih, saat yazılmış mı?
 |  |  |
| 1. Aşı nakil kabı var mı?
 |  |  |
| 1. Aşı nakil kabı temiz ve bakımlı mı?
 |  |  |

1. Bulundurulması zorunlu, asgari temel acil ilaçlar, aşılar ve antiserumlar mevcut mu? Miad kontrolleri yapılıyor mu?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|   |   | Mevcut | Miadı Uygun |
|   |   | Evet | Hayır | Evet  | Hayır |
| 1. Verapamil HCL ampul veya Diltiazem hidroklorür ampul
 | 3 amp. |   |   |   |   |
| 1. Asetilsalisilik Asit 300 mg tb
 | 20 tablet |   |   |   |   |
| 1. Kortikosteroid ampul
 | 3 amp. |   |   |   |   |
| 1. Non-steroid antienflamatuar ampul
 | 3 amp. |   |   |   |   |
| 1. Methergine ampul
 | 3 amp. |   |   |   |   |
| 1. Polivinil prolidine iyot sol. 500cc.
 | 1 adet |   |   |   |   |
| 1. %5 dextroz 500 cc
 | 2 adet |   |   |   |   |
| 1. % 0,9 luk NaCl. 500 cc
 | 2 adet |   |   |   |   |
| 1. 1/3 İzodeks 500 cc.
 | 1 adet |   |   |   |   |
| 1. Analjezik amp.
 | 5 amp. |   |   |   |   |
| 1. Adrenalin 1 mg amp
 | 5 amp. |   |   |   |   |
| 1. Atropin sulfate 0,5 mg amp.
 | 5 amp. |   |   |   |   |
| 1. Dopamin hidroklorür amp.
 | 2 amp. |   |   |   |   |
| 1. Lidocain %2 amp.
 | 2 amp. |   |   |   |   |
| 1. Antihistaminik amp.
 | 5 amp. |   |   |   |   |
| 1. Salbutamol sülfat nebul veya ampul
 | 3 adet |   |   |   |   |
| 1. Diazepam 10mg amp
 | 2 amp. |   |   |   |   |
| 1. Kaptopril 25 mg tb
 | 20 tablet |   |   |   |   |
| 1. Diüretik amp
 | 5 amp |   |   |   |   |

1. Bağışıklama programı veya kampanyalar kapsamında ihtiyaç duyulan aşılar, toplum sağlığı merkezi tarafından aile hekimlerine ulaştırılmış mı?
	1. Evet
	2. Hayır
2. Kırmızı ve yeşil reçeteye tabi ilaçlar mevzuat hükümlerine uygun kilit altında tutuluyor mu?
	1. Evet
	2. Hayır
3. Tıbbi atıklar, Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliğine uygun gerekli tedbirler (enfeksiyöz atıklar, kesici ve delici atıklar için ayrı tıbbi atık kapları) alınmış mı?
	1. Evet
	2. Hayır
4. Kalibrasyon gerektiren ve tıbbi amaçla kullanılan elektronik cihazların kalibrasyonları yapılmış mı?(*07/06/2011 tarihli ve 27957 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Tıbbi Cihaz Yönetmeliğinin Kullanım Güvenliği ile ilgili olarak 23.Maddesinde; “(2) Kurulum, kalite kontrol testleri, kalibrasyon veya bakım-onarım gerektiren tıbbi cihazlarda söz konusu işlemler imalatçının öngördüğü şekilde gerçekleştirilir.” hükmüne göre değerlendirilmesi*)
	1. Evet
	2. Hayır
5. Laboratuvar hizmetleri veriliyor mu?
	1. Evet
		1. Halk Sağlığı Müdürlüğü imkânları ile
		2. Kendi imkânları ile
			1. Bu hizmetler için uygun bir oda bulunuyor mu?
				1. Evet
				2. Hayır

b. Hayır

1. Radyolojik görüntüleme hizmetleri veriliyor mu?
	1. Evet
		1. Halk Sağlığı Müdürlüğü imkânları ile
		2. Kendi imkânları ile
2. Bu hizmetler için uygun bir oda bulunuyor mu?
3. Evet
4. Hayır

b. Hayır

1. Hastaların kullandığı, zemin kaplaması temizlenebilir tuvalet ve lavabo var mı?
	1. Evet
	2. Hayır
2. Tuvalette gerekli hijyen şartları sağlanmış mı? (tuvalet kâğıdı, çöp sepeti)
	1. Evet
	2. Hayır
		1. Tuvalet kâğıdı
		2. Çöp sepeti
3. Tuvaletlerin bakım ve temizliği yeterli mi?
	1. Evet
	2. Hayır
4. Tuvaletlerin temizlik çizelgesi tutuluyor mu?
	1. Evet
	2. Hayır
5. Tuvaletlerde acil çağrı butonu mevcut mu?
	1. Evet
	2. Hayır
6. Genel olarak ASM’nin bakım ve temizliği yeterli mi?
	1. Evet
	2. Hayır
7. Aile hekimlerinin ücretli çalıştırdığı personel var mı? Sayısı, RIA sertifikası durumu nedir?
	1. Evet
		1. Hizmetli Sayı :
		2. Tıbbi Sekreter Sayı :
		3. ATT Sayı :
		4. Sağlık Memuru Sayı : Var Yok
		5. Ebe Sayı : RIA Sertifikası
		6. Hemşire Sayı : RIA Sertifikası
	2. Hayır
8. Ücretli çalıştırılan personelin sosyal güvenlik kurumu için gerekli evrakları düzenlenip bildirimleri yapılmış mı?
	1. Evet
	2. Hayır
9. Tıbbi müdahale için kullanılan malzemelerin sterilizasyon ve dezenfeksiyonu yapılıyor mu?
	1. Evet
	2. Hayır
10. Denetim sırasında tespit edilen aile hekimliği mevzuatına aykırı bir diğer durum ve başka bir eksiklik var mı?
	1. Evet
		1. Belirtiniz. ...............................................................................................................
	2. Hayır