## 民权县一级医疗机构执业许可现场审核表

(妇幼保健院)

| 医疗机构名称   |      | 称   | Y   | 法定代表人或负责人    |            | 联系电话       |    |
|----------|------|---|---|--------------|------------|------------|----|
| 申请       | 登记诊疗 | 7科目   |   |              |            |            |    |
| 环节       | 项目   |   | 审查内容  |              |            | 审核结论       | 备注 |
|          | 科室   | 业务科室  | 业务科室 住院床位总数 20 至 49 张: 妇幼保健科、婚姻保健科、围产保健科、优. 询科、乳腺保健科、儿童保健科、儿童生长发育科、妇儿营养科、儿童保健科、生殖健康科、计划生育科、妇产科、儿科、健康教育科、培训指信息资料科。 |              | 科、儿童五官 1、  | 符合;2、不符合。  |    |
|          |      | 医技科室  | <b>住院床位总数 20 至 49 张:</b> 药剂科、检验科、影像诊断科、功能检查科、手术室、消毒供应室。   |              |            | 符合; 2、不符合。 |    |
| 医疗       | 人员   |   | <b>住院床位总数 20 至 49 张:</b> 在专业卫生技术人员不少于 40 人基础上,按实际床位数 1: 1.4 增加编制。   |              |            | 符合;2、不符合。  |    |
| 机构<br>基本 |      | <b>住院床位总数 20 至 49 张</b> :卫技人员占职工总数 80%以上,主要科室负责人应具有主治 医师以上职称。     |   |              | 人应具有主治 1、  | 符合;2、不符合。  |    |
| 要求       | 房屋   | 在保健业务用房面积不低于 400 平方米的基础上,按每床建筑面积不少于 45 平方米,母婴同室每床不少于 50 平方米增加总面积。 |   | 45 平方米, 母 1、 | 符合; 2、不符合。 |            |    |
|          |      | 病房每床净使用面积不少于 5 平方米, 母婴同室每床不少于 6 平方米, 分娩室面积不少于 15 平方米              |   | 娩室面积不少 1、    | 符合;2、不符合。  |            |    |
|          | 基本设备 | 械、新生儿   | 总数 20 至 49 张: 妇科检查床、产床、<br>比复复苏囊、儿童体格测量用具、超声<br>血红蛋白测定仪、电冰箱、高压灭菌设   | 写了化器、紫外线灯、氧气 | 瓶、显微镜、 1、  | 符合;2、不符合。  |    |

|       | I  |  |              |
|-------|----|--|--------------|
|       |    | 手术台、乳腺透照仪、B 超、心电图、双目显微镜、多普勒胎心诊断仪、新生儿抢救台、           |              |
|       |    | 200mAX 光机、同视机 新生儿保温箱、儿童口腔保健椅、儿童智力测查工具、分光光度计、       |              |
|       |    | 水浴箱、电视机、录、放像机、救护车。                                 |              |
|       |    | 病房每床单元设备:床 1 张、床垫 1.2 条、被子 1.2 条、褥子 1.2 条、被套 2 块、床 |              |
|       |    | 头柜 1 个、暖水瓶 1 个、面盆 2 个、痰盂或痰杯 1 个。( 母婴同室和家庭化病房增加相    | 1、符合; 2、不符合。 |
|       |    | 应设备)   |              |
|       | 制度 | 制定各项规章制度、人员岗位责任制,有国家制定或认可的医疗护理技术操作规程,并             |              |
|       |    | 成册可用。  | 1、符合; 2、不符合。 |
|       | 1  | 诊疗科目及执业人员是否相符(执业人员是否在该科目注册)。                       | 1、是; 2、否。    |
| 依法地情况 | 2  | 是否存在超范围执业。   | 1、是; 2、否。    |
|       | 3  | 是否有承包租赁科室或非营利性医疗机构设置营利性科室的行为。                      | 1、是; 2、否。    |
|       | 4  | 消毒(中心)供应室是否取得合格的《医疗机构消毒供应中心(室)审验报告书》。              | 1、是; 2、否。    |
|       | 5  | 科室名称是否符合规定。  | 1、是; 2、否。    |
|       | 6  | 大型医疗设备是否有《大型医疗设备配置许可证》、人员是否有《大型医疗设备上岗人员            | 1 8 0 7      |
|       |    | 技术合格证》的;   | 1、是; 2、否。    |
|       | 7  | 消防安全是否合格(提供公安消防部门出具的消防安全检查合格意见书或合格证)。              | 1、是; 2、否。    |
|       | 8  | 污水处理是否合格(提供环境保护部门出具的合格证或监测报告)。                     | 1、是; 2、否。    |
|       | 9  | 是否在限期整改期间或停业整顿期间。                                  | 1、是; 2、否。    |

| 被检查人或陪同检查人(签名): | 卫生监督员 (签名): |
|-----------------|-------------|
| 医疗机构 (盖章):      | 卫生监督机构(盖章): |
| 检查时间:年月日        |             |