

গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার
স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রণালয়
হাসপাতাল-২ অধিশাখা
বাংলাদেশ সচিবালয়, ঢাকা।
www.mohfw.gov.bd

অফিস কর্তৃক পূরণীয়

মেডিকেল কলেজ হাসপাতাল বিশেষায়িত হাসপাতাল জেলা সদর হাসপাতাল উপজেলা স্বাস্থ্য কমপ্লেক্স অন্যান্য

- ১। পরিদর্শনকৃত প্রতিষ্ঠানের নাম ও ঠিকানা :
- ২। পরিদর্শনের তারিখ ও সময় :
- ৩। পরিদর্শনকারী অফিসারের নাম ও পদবী :
- ৪। পূর্ববর্তী সর্বশেষ পরিদর্শনকারী অফিসারের পদবী ও
পরিদর্শনের তারিখ :
- ৫। পূর্ববর্তী সর্বশেষ পরিদর্শন প্রতিবেদন আলোকে গৃহীত কার্যক্রম :
- ৬। প্রতিষ্ঠান প্রধানের নাম ও কার্যকাল :
- ৭। প্রতিষ্ঠানের জনবলের বিবরণ :

ক্রম	পদবিন্যাস	শূণ্য পদের সংখ্যা	জরুরি ভিত্তিতে পূরণ করা প্রয়োজন এমন পদের সংখ্যা (পদের নাম উল্লেখসহ)	মন্তব্য
ক	১ম শ্রেণি			
খ	২য় শ্রেণি			
গ	৩য় শ্রেণি			
ঘ	৪র্থ শ্রেণি			

৮। প্রতিষ্ঠানের ভৌত অবকাঠামো সংক্রান্ত তথ্যাদি (ভবনের নির্মাণকাল ও সর্বশেষ সংস্কারের বিবরণসহ):

যানবাহনের সংখ্যা ও অবস্থা :

৯। বিগত তিন বছরের মেডিকেল এন্ড সার্জিক্যাল রিকুইজিট (এমএসআর) সংক্রান্ত তথ্যাদিঃ
(সংযুক্ত সাদা কাগজে লিপিবদ্ধ করতে হবে, পরিদর্শনকারী স্টক লেজার পরীক্ষা করে তথ্য যাচাই করবেন)

ক্রম	অর্থ বছর	এমএসআর এর প্রকার	মূল্য	সংগ্রহের পরিমাণ	ব্যবহার	মজুদ

১০। স্বাস্থ্য সেবা সম্পর্কিত তথ্যাদি :

ক) হাসপাতালে বেড ও কেবিনের সংখ্যা : সাধারণ পেয়িং কেবিন মোট

খ) মোট চিকিৎসকের সংখ্যা :

গ) কর্মস্থলে বসবাসকারী চিকিৎসকের সংখ্যাঃ

ঘ) মোট নার্সের সংখ্যা :

ঙ) কর্মস্থলে বসবাসকারী নার্সের সংখ্যা :

চ) কর্মস্থলের বাইরে বসবাসকারী চিকিৎসকের অবস্থানের কারণ (যথাযথ অনুমতির বর্ণনাসহ):

১১। স্বাস্থ্য সেবা গ্রহণকারী রোগীর দৈনিক গড় সংখ্যা (পূর্ববর্তী সাত দিনের গড়):

ক) আউটডোর :

খ) ইনডোর :

১২। উপস্থিতি চিকিৎসকের সংখ্যা (পরিদর্শনের তারিখ) :

আউটডোর :

ইনডোর :

১৩। রেজিস্টার ও গার্ড নথি সম্পর্কিত তথ্য :

ক্রম	রেজিস্টারের নাম (ক্যাশ বইসহ)	খোলার তারিখ	এন্ট্রি সংখ্যা	যথাযথভাবে প্রতিপালিত হ্যাঁ/ না	নিরাপদে সংরক্ষিত হ্যাঁ/ না	মন্তব্য

১৪। ক) বিগত পাঁচ বছরে বরাদ্দকৃত অর্থে যন্ত্রপাতি যথাযথভাবে ক্রয় করা হয়েছে কিনা এবং যন্ত্রপাতিগুলো সংশ্লিষ্ট রেজিস্টারে লিপিবদ্ধ আছে কিনা? (প্রয়োজনে আলাদা কাগজে তথ্য ও মন্তব্য সংযুক্ত করা যেতে পারে):হ্যাঁ/ না

খ) হাসপাতালে অব্যবহৃত/ অকেজো যন্ত্রপাতির বিবরণ :

ক্রম	যন্ত্রপাতির নাম	সংখ্যা	ব্যবহার হওয়ার কারণ	কতদিন যাবৎ অব্যবহৃত/অকেজো	বর্তমান অবস্থা	মন্তব্য

১৫। সংশ্লিষ্ট অন্যান্য বিবেচ্য বিষয়ঃ

	পর্যবেক্ষণকৃত ক্ষেত্র	হ্যাঁ	না	মন্তব্য
(ক)	চিকিৎসা সংক্রান্ত কার্যক্রম মানসম্মত কি না?			
(খ)	হাসপাতাল ধুমপানমুক্ত কি না?			
(গ)	পরিষ্কার পরিচ্ছন্নতা মানসম্মত কি না?			
(ঘ)	চিকিৎসক নার্সসহ অন্যান্য কর্মকর্তা ও কর্মচারীগণ যথাসময়ে হাসপাতালে উপস্থিত হন কি না এবং নির্ধারিত সময় পর্যন্ত চিকিৎসা সেবা প্রদান করেন কি না?			
(ঙ)	কর্তব্যরত অবস্থায় ডাক্তার/নার্সগণ নির্ধারিত পোশাক (এ্যাপ্রোন) পরিধান করেন কি না?			
(চ)	সরকার নির্ধারিত ইনডোর/আউটডোর ফি ছাড়া অতিরিক্ত কোন অর্থ রোগীদের নিকট থেকে আদায় করা হয় কি না?			
(ছ)	হাসপাতালে সরবাহকৃত পথ্য মানসম্পদ কি- না?			
(জ)	হাসপাতালের স্টোর রুমের পরিবেশ মানসম্পদ কি- না?			
(ঝ)	হাসপাতালের পর্যাপ্ত ঔষধ সরবরাহ আছে কি- না?			
(ঞ)	হাসপাতালের সম্মুখের ঔষধ মজুদের তথ্য প্রদর্শন করা হয় কি- না?			

(ট)	হাসপাতালের ঔষধ লাল সবুজ মোড়কের কি না?			
(ঠ)	হাসপাতালটি নারী বান্ধব কি না?			
(ড)	হাসপাতালে দালালদের দৌরাত্ন আছে কি না?			
(ঢ)	রোগীদের প্রতি চিকিৎসক/ নার্স মনোযোগী কিনা এবং রোগীদের সাথে সদ্যবহার করেন কি না?			
(ণ)	চিকিৎসকগণ নিয়মিতভাবে সকাল সন্ধ্যা হাসপাতাল রাউন্ড দেন কি না?			
(ত)	হাসপাতালের বর্জ্য যথাযথভাবে বিনষ্ট/ অপসারণ করা হয় কি না?			
(ঠ)	চাহিদা মোতাবেক ইনডোর/আউটডোরে ঔষধ সরবরাহ করা হয় কি না?			
(দ)	আউটডোর টিকেট এবং ইনডোর ভর্তি ফি বাবদ আদায়কৃত অর্থ সরকারি কোষাগারে যথাযথভাবে জমা করা হয় কি না?			
(ধ)	হাসপাতালের প্যাথলজি বিভাগের কার্যক্রম পর্যাপ্ত কি না?			

১৬।

(ক)	হাসপাতালের ব্যবস্থাপনা কমিটির সভা নিয়মিত হয় কি না?	হ্যাঁ	না
(খ)	এ বছর কয়টি সভা হয়েছে?		
(গ)	সর্বশেষ সভা কবে অনুষ্ঠিত হয়েছে?		

১৭। পরিদর্শনকারী কর্মকর্তার মূল্যায়ন : (√ দিন)

খুব ভালো (০৫)	ভালো (০৪)	প্রত্যাশিত (০৩)	মোটামুটি (০২)	সাধারণ (০১)
---------------	-----------	-----------------	---------------	-------------

১৮। সরকারকে অবহিত করার মত কোন সমস্যা/তথ্য/সুপারিশ থাকলে তার বর্ণনাঃ

১৯। পরিদর্শনকারী কর্মকর্তার সার্বিক মন্তব্যঃ

পরিদর্শনকারী কর্মকর্তা
(স্বাক্ষর ও সীল)