

স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রণালয়

স্বাস্থ্য সেবা বিভাগ

উপজেলা স্বাস্থ্য কমপ্লেক্সে স্থাপিত আই ভিশন সেন্টারের সেবা কার্যক্রম পরিদর্শন ছক

প্রতিষ্ঠানের নাম:

উপজেলা:

জেলা:

পরিদর্শনের তারিখ:

নং	পর্যবেক্ষণ	টিক চিহ্ন দিন (আছে/হা)	টিক চিহ্ন দিন (নাই/না)	সন্তোষজনক না হলে কারণ/মন্তব্য
১.	নামফলক ও দিক নির্দেশক সাইন আছে কি না			
২.	পরিষ্কার-পরিচ্ছন্নতা আছে কি না			
৩.	রেজিস্ট্রেশন, টিকিট প্রদান ব্যবস্থা এবং রোগীর অপেক্ষার স্থান ও আসন ব্যবস্থাপনা আছে কি না			
৪.	মেডিকেল রেকর্ড ফরম পূরণ করা হয় কি না			
৫.	মেডিসিন ও রিডিং গ্লাস দেওয়া হয় কি না			
৬.	মেডিসিন ও রিডিং গ্লাস এর রেজিস্টার হালনাগাদ আছে কি না			
৭.	সেবা প্রদানকারী নির্ধারিত পোষাক পরিধান করেন কি না			
৮.	স্বাস্থ্য শিক্ষা ও কাউন্সেলিং এর ব্যবস্থা আছে কি না			
৯.	ঔষুধের হালনাগাদ তালিকা আছে কি না			
১০.	বেস হাসপাতাল ডক্টরসদের সাথে টেলিকমিউনিকেশন করা হয় কি না			
১১.	রোফারেল প্রটোকল যথাযথভাবে অনুসরণ করা হচ্ছে কি না			
১২.	আই ইকুইপমেন্ট এর রেজিস্টার হালনাগাদ আছে কি না			
১৩.	অনলাইনে রিপোর্ট প্রদান করা হয় কি না			

১৪. (ক) গত মাসে মোট রোগীর সংখ্যা:..... (খ) গত মাসে রেফার্ডকৃত মোট রোগীর সংখ্যা: .....

১৫. (ক) এ পর্যন্ত মোট রোগীর সংখ্যা: ..... (খ) এ পর্যন্ত রেফার্ডকৃত মোট রোগীর সংখ্যা: .....

১৬. মন্তব্য/সুপারিশ:

পরিদর্শনকারী কর্মকর্তার নাম ও পদবী,  
সীলসহ স্বাক্ষর ও তারিখ