**රෝහලේ නම : ........................................................................**

**තෝරාගත් රෝහල්වල රෝගි සත්කාර සේවාවන්හි ,ගුණාත්මකබව,සුරක්ෂිතබව සහ ඵලදායිතාව වර්ධනය කිරීම සදහා පාදක තොරතුරු ලබාගැනීම උදෙසාවන ආකෘති පත්‍රය.**

1. **අදාළ පිළිතුර ඉදිරියේ (×) සලකුණ යොදන්න.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **අ/අං** | **රෝහලේ භාහිර පරිසරය** | **ඔව්** | **නැත** |
| 01 | රෝහලේ ප්‍රධාන පිවිසුම අභියස රෝහල් නාම පුවරුව භාෂා ත්‍රිත්වයෙන්ම පැහැදිලි ලෙස ප්‍රදහනය කර ඇත‍. |  |  |
| 02 | රෝහලේ ප්‍රධාන පිවිසුම අභියස/පිළිගැනීමේ ඒකකය අසල රෝහල් බිම් සැළැස්ම පැහැදිලි ලෙස පුදර්ශනය කර ඇත. |  |  |
| 03 | රෝහලේ ප්‍රධාන පිවිසුමේ සිට සියළුම ඒකකයන් සදහා ප්‍රවිශ්ඨ වීමේ දිශාව පෙන්වන පුවරු ඒ ඒ ස්ථානවල භාෂා ත්‍රිත්වයෙන්ම පැහැදිලි ලෙස ප්‍රදර්ශනය කර ඇත. |  |  |
| 04 | රෝද පුටු සහ ට්‍රොලිවලින් රෝගීන් ප්‍රවාහනය කළ හැකි පරිදි ප්‍රවේශ මාර්ග ආනතව සකස් කර ඇත. |  |  |
| 05 | ඇම්බියුලන්ස් රථ ගාල් කිරීම සදහා නිශ්චිතව වෙන් කළ ස්ථානයක් ඇත. |  |  |
| 06 | රාත්‍රි කාලයේදී රථ වාහන ගාල් කිරීම සදහා නිහ්චිතව වෙන් කල ස්ථානයක් ඇත. |  |  |
| 07 | කාණු පද්ධතිය ක්‍රමාණුකූලව පිලිසකර කොට පිරිසිදු කර ඇත. |  |  |
| 08 | රෝහල් පරිසරයෙන් දුර්ගන්ධයක් නොදැනේ. |  |  |
| 09 | අවට පරිසරය ආරක්ෂාකාරී හා සිත් ඇදගන්නා සුළු ආකාරයෙන් සකසා ඇත. |  |  |
| 10 | රෝහල් ගෙවතු නඩත්තුව පිරික්සුම් ලැයිස්තුව හරහා සතිපතා පරීක්ෂා කෙරේ. |  |  |
| 11 | අපද්‍රව්‍ය බැහැර කරලීම සදහා සම්මත ප්‍රමිතීන්ට අනුව ලේබල ඇලවූ අපද්‍රව්‍ය බහාලුම් ඇත. |  |  |
| 12 | රෝහල් භූමියවටා ආරක්ෂිත වැටක් සහ ගේට්ටුවක් ඇත. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **අ/අං** | **උපයෝගිතා සේවා**  **(පිළිගැනීමේ ඒකකය/සංනිවෙදන ජාලය/ගිලන් රථ/ ගොඩනැගිලි/ ජලය/ දුරකථන )** | **ඔව්** | **නැත** |
| 01 | පිළිගැනීමේ ඒකකයක් ස්ථාපිතව ඇත |  |  |
| 02 | පිළිගැනීමේ ඒකකය තුල රෝහල පිළිබදව නිවරදි තොරතරු සැපයිය හැකි පුහුණු සේවකයකු පැය 24 පුරාම රැදී සිටී |  |  |
| 03 | පිළිගැනීමේ ඒකකය හරහා රෝගී සත්කාර සේවාව පිළිබද අදහස් හා යෝජනා ලබාගැනීමේ නිශ්චිත කමවේදයක් ක්‍රියාත්මක වේ. |  |  |
| 04 | පැය 24 පුරාම ක්‍රියාත්මක වන දුරකථන ජාලයක් පවතී |  |  |
| 05 | පුහුණු දුරකථන ක්‍රියාකරවන්නකු සිටී. |  |  |
| 06 | ලබාගන්නා ඇමතුම් යාවත්කාලීනව සටහන් කිරීමට ලැයිස්තුවක් පවත්වාගන යනු ලැබේ. |  |  |
| 07 | මෙම ඒකකය තුළ රෝහල් කාර්ය මණ්ඩලයේ දුරකථන නාමාවලියක් ඇත. |  |  |
| 08 | වෙනත් රෝහලක සහ වැදගත්විය හැකි වෙනත් ආයතනවල දුරකථන නාමාවලියක් ඇත. |  |  |
| 09 | ගිලන් රථ නිසි පරිදි පවත්වාගන යනු ලැබේ. |  |  |
| 10 | පහත පෝරම සහ ලිපිගොනු පවත්වාගන යාම හා යාවත්කාලීන කිරීම සිදුවේ.   * වාහන ලොග් පොත |  |  |
| * දිනපතා වාහන සටහන් |  |  |
| * ලියාපදිංචි අංකය,ලියාපදිංච් කළ දවස,වර්ගය හා මාදිලිය,චැසි අංකය,එන්ජිමේ අංකය සහ අනෙකුත් විස්තර සහිත බඩු ලේඛණය |  |  |
| 11 | බෝවන රෝග සහිත රෝගියකු ප්‍රවාහනය කිරීමෙන් අනතුරුව ගිලන් රථ පවිත්‍ර කිරීමේ උපදෙස් සපයා දී තිබීම හා ඒවා ක්‍රියාත්මක කිරීම |  |  |
| 12 | අවම වශයෙන් වසරකටවත් ඉන්ධන පරිහරණ පරීක්ෂාවක් සිදු කිරීම |  |  |
| 13 | ගොඩනැගිලි සැලැස්මක් තිබීම හා විදුලි ජල සැපයුමක් තිබීම |  |  |
| 14 | සුළු අළුත් වැඩියාවන් කිරීමට ක්‍රියා පිළිවෙලක් ඇත. |  |  |
| 15 | නල මාර්ග සහ කාමරවල කාන්දු වීම් පරීක්ෂා කිරීමට සහ සුළු අළුතිවැඩියා කිරීමට ක්‍රියා පිළිවෙලක් ඇත. |  |  |
| 16 | සෑම මාස 06 කට වරක් විදුලි ජාලයේ සම්පූර්ණ පරීක්ෂණයක් සිදු කිරීම සිදු වේ. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **අ/අං** | **භාහිර රෝගි අංශය/සායන ඒකක** | **ඔව්** | **නැත** |
| 01 | ඒකකය සතුව ප්‍රමාණවත් අසුන් ගැනීමේ පහසුකම් පවතී. |  |  |
| 02 | රැදී සිටීමේ ඒකකය තුල අසුන් ගැනීමේ පහසුකම් විධිමත් ලෙස සකසා ඇත. |  |  |
| 03 | රැදී සිටීමේ ඒකකය තුළට ප්‍රමාණවත් ආලෝකය සහ වාතාශ්‍රය සැපයීම. |  |  |
| 04 | රෝගීන් දැනුවත් කිරීමේ පුවරු නිසි ප්‍රමිතීන්ට අනුව දර්ශනය කර ඇත. |  |  |
| 05 | වාර්ශික/මාසික/දෛනික උපත් මරණ ,නේවාසික රෝගීන් ප්‍රමාණය සහ වැඩිදුර ප්‍රතිකාර සදහා වෙනත් රෝහල් වලට මාරුකර යැවූ රෝගීන් ප්‍රමාණය සංඛ්‍යාත්මකව ලැයිස්තු ගත කර තීබීම සහ යාවත්කාලීන කිරීම සිදු වේ. |  |  |
| 06 | ඇතුල්වීම සහ පිටවීම නිසි අයුරින් පෙන්වා දී ඇත. |  |  |
| 07 | භාහිර රෝගී අංශය නිසි වේලාවට විවෘත කිරීම සහ ප්‍රතිකාර නිසි වේලාවට සැපයීම සිදු වේ. |  |  |
| 08 | අංක ලබාදීමට කවුන්ටරයක් තිබීම සහ ප්‍රමාදයකින් තොරව එම කටයුතු සිදු වේ. |  |  |
| 09 | පෞද්ගලිකත්වය ආරක්ෂාවන පරිදි රෝගීන් පරීක්ෂා කිරීම සදහා වෙනම ස්ථානයක් (ඇදක්)ඇත. |  |  |
| 10 | රෝගීන් පරීක්ෂාව සදහා යොදා ඇති ඇද පිරිසිදු ඇද ඇතිරිලිවලිනි සමන්විත වේ. |  |  |
| 11 | අත් සේදීම සදහා අඛන්ඩ ජල සැපයුමක් සහ පිරිසිදු අත්පිසින වලින් සමන්විත සින්ක් ඇත. |  |  |
| 12 | ඖෂධ පැකට්වල බහා මාත්‍රාව පැහැදිලිව සටහන් කොට රෝගියාට ලැබීමට සලස්වනු ලැබේ. |  |  |
| 13 | රෝගීන්ගේ රැදී සිටීමේ කාලය මැන බැලීම සදහා සමීක්ෂණ පොරමයක් ලබාදෙනු ලැබේ/එය වාර්ෂිකව විශ්ලේෂණය කොට ප්‍රතිඵල සමීක්ෂණය කරනු ලැබේ. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **අ/අං** | **හදිසි ප්‍රතිකාර ඒකකය** | **ඔව්** | **නැත** |
| 01 | පහසුවෙන් ලගාවිය හැකි ස්ථානයක මෙම ඒකකය ස්ථාපිතව ඇත. |  |  |
| 02 | හදිසි ප්‍රතිකාර ඒකකය පැය 24 පුරාම ක්‍රියාත්මක වේ. |  |  |
| 03 | මෙම ඒකකය සදහා පත්කල වෛද්‍යවරයකු හෝ දෛනිකව පොරොත්තු සේවයේ වෛද්‍ය වරයකු යෙදී සිටී. |  |  |
| 04 | මෙම ඒකකය සදහා වෙන්වූ හෙද නිළධාරීන් සේවයේ යෙදී සිටී. |  |  |
| 05 | ඉමජන්සි තැටියක් (Emergency Tray)ක්‍රියාත්මක වීම සහ එය පිරික්සුම් ලැයිස්තුවක් හරහා දෛනිකව පරීක්ෂා කරනු ලැබේ. |  |  |
| 06 | පහත සදහන් අත්‍යවශය උපකරණ හදිසි ප්‍රතිකාර ඒකකය සතුව තිබේදැයි පරීක්ෂා කරනුලැබේ.   * ඊ.සී.ජී සහ ඩිෆ්‍රිබ්‍රිලේටරය |  |  |
| * නිහාරික යන්ත්‍රය |  |  |
| * චූෂණ යන්ත්‍රය |  |  |
| * ඇම්බු බෑගය |  |  |
| * ලැරින්ගොස්කෝපය |  |  |
| * ඊ.ටී ටියුබ |  |  |
| 07 | හදිසි උවටැන් මාර්ගෝපදේශ සකස්කර ප්‍රදර්ශනය කර ඇත. |  |  |
| 08 | ඖෂධ සහ සැපයුම් සදහා පිරික්සුම් ලැයිස්තුවක් පවත්වාලගන යනු ලැබේ. |  |  |
| 09 | දෛනිකව පිරික්සුම් ලැයිස්තුවක් පවත්වාගන යන අතර කල්පැනගිය ඖෂධ ‍නොමැති වීම. |  |  |
| 10 | මධ්‍යම සැරහුම් ඒකකයක් ස්ථාපිත කොට ඇත. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **අ/අං** | **වාට්ටු** | **ඔව්** | **නැත** |
| 01 | වාට්ටුව සතු ඇදන් පුමාණය ,නේවාසික රෝගීන් ප්‍රමාණය ,ප්‍රතිකාර ලැබ බැහැර ගිය රෝගීන් සංඛ්‍යාව වැඩිදුර ප්‍රතිකාර සදහා වෙනත් රෝහල් සදහා මාරුකර යැවූ රෝගීන් සංඛ්‍යාව ,දෛනික උපත් සංඛයාව සදහන් කර තිබේ. |  |  |
| 02 | ඇද ඉහපත් සම්බන්ධ කටයුතු නිසි ලෙස සිදු වේ. |  |  |
| 03 | නියමිත වේලාවකදි රෝගින් රීක්ෂාව සිදු වේ. |  |  |
| 04 | හදිසි ප්‍රතිකාර සදහා ක්‍රමාණුකූලව සැකසූ Emergency Tray ඇත. |  |  |
| 05 | හෙදියන් රැදි සිටින්නේ (Nursing Station) රෝගීන්ට දෘෂ්‍ය වන ස්ථානකය. |  |  |
| 06 | රෝගීන් පරීක්ෂාව සදහා පෞද්ගලිකත්වය ආරක්ෂාවන පරිදි වෙන්කල ඇදක් ඇත. |  |  |
| 07 | රෝගීන්ගේ ඇදන් පිරිසිදු කල ඇද ඇතිරිලිවලින් සමන්විත වේ. |  |  |
| 08 | පහත සදහන් සෑම අවස්තාවකම ඇද ඇතිරිලි මාරු කරනු ලැබේ.   * සෑම රෝගියෙකුම වාට්ටුවෙන් බැහැර යන විට |  |  |
| * ලේ හෝ සැරව ගැලීමකදි |  |  |
| * රෝගියෙකු විසින් කරන සාධාරණ ඉල්ලීමකදි |  |  |
| 09 | රෝගීන් පරීක්ෂාව දිනකට වාර තුනකදී සිදුවේ. |  |  |
| 10 | ආහාර ගැනීම සදහා වෙන් කල ස්ථානයක් ඇත. |  |  |
| 11 | හදිසි අවස්ථාවකදි දැනුම් දිය යුතු වෛද්‍යවරුන්ගේ දුරකථන නාමාවලිය (යාවත්කාලීනවන )වාට්ටුව තුළ ප්‍රදර්ශනය කර ඇත. |  |  |
| 12 | බැහැර යන රෝගින් සදහා නිශ්චිත ක්‍රමවේදයක් ඇත. |  |  |
| 13 | වාට්ටු පවිත්‍රතා කටයුතු පිරික්සුම් ලැයිසුතුවක් මගින් පරීක්ෂාවට ලක්වේ. |  |  |
| **අ/අං** | **සූතිකාගාරය** | **ඔව්** | **නැත** |
| 01 | ප්‍රසව හා නාරි විශේෂඥයින් මගින් ලබා දී ඇති මාර්ගෝපදේශණ දෘෂ්‍ය සටහන් මගින් ප්‍රදර්ශණය කොට ඇත. |  |  |
| 02 | පැය 24 පුරාම ක්‍රියාත්මකවන විදුලි,ජල,දුරකථන,පහසුකම් ඇත. |  |  |
| 03 | විදුලිය විසංදි වීමකදි විදුලිය ලබාගැනිමට විකල්ප ක්‍රමවේද ඇත. |  |  |
| 04 | නිශ්චිතව හදුනාගත් නිළධාරියෙකු යටතේ පිරිසිදු කිරීම පරීක්ෂාවට ලක්වේ. |  |  |
| 05 | වන්ධීය උපකරණ හා සැරහුම් තබන කාමරයක් හෝ ඒ සදහා පිළියෙල කල ස්ථානයක් ඇත. |  |  |
| 06 | ප්‍රසූති කාමරය තුළ වන්ධීයකිරීමේ සටහනක් ඇත. |  |  |
| 07 | අපදුව්‍ය බැහැර කිරීම සදහා නියමිත ප්‍රමිතින් අනුව (වර්ණ කේත ) සැකසුනු ක්‍රමවේදයක් ඇත. |  |  |
| 08 | ජීවානු හරණය සදහා උපකරණ සූදානම් කිරීමට වෙනම ස්ථානයක් ඇත. |  |  |
| 09 | ඇද අසල පාටොග්‍රෑමය තබා එය ප්‍රසුතිය ආරම්භයේ සිට අවසානය දක්වා නියමාකාරව පවත්වාගන යාම. |  |  |
| 10 | ප්‍රසූතියෙන් පසු රෝගියා පසු වාට්ටුවට මාරු කරන තෙක් ජෛව සලකුණු සහ සායනික දත්ත ක්‍රමයෙන් මැන ඇද ඉහ වාර්තාවේ ලකුණු කරනු ලැබේ. |  |  |
| 11 | රුධිර වහනය මැනීමට යාන්ත්‍රණයක් ඇත. |  |  |
| 12 | පිරික්සුම් ලැයිස්තුවක් සහිත ඉමජන්සි තැටියක් තිබීම සහ එය සෑම වැඩ මුරයකදීම පරීක්ෂා කරනු ලැබේ. |  |  |
| 13 | එපිසියොටොමිය සහ අනෙකුත් විදාරණ පැයක් ඇතුළත මැනීම සිදුවේ. |  |  |
| 14 | වාට්ටුව තුළට හෝ වාට්ටුවෙන් පිටතට රෝගීන් බාරගැනිම ,භාරදිම නියමිත පරිදි සිදුවේ. |  |  |
| 15 | මව බාරගැනීම සහ විට්ටුවට භාරදීම නියමිත පරිදි සිදුවේ. |  |  |
| 16 | සෑම නව ප්‍රසූතියක් සදහාම අවශය උපකරණ පිරික්සුම් ලැයිස්තුවක් මගින් නිතිපතා පරීක්ෂාවට ලක්වේ. |  |  |
| 17 | අළුත උපන් බිලිදුන් ප්‍රකෘතිමත් කිරීමට අත්‍යවශ්‍ය පහසුකම් ඇත. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **අ/අං** | **මෘතදේහාගාරය** | **ඔව්** | **නැත** |
| 01 | ප්‍රමාණවත් මෘතදේහාගාර පහසුකම් ඇත. |  |  |
| 02 | පුහුණු සහ සැළකියුයුතු කණ්ස්ඨ කාර්ය මණ්ඩලයක් සිටී |  |  |
| 03 | මෘතදේහාගාරය ත්‍රළදි භාවිතා කරන අත්‍යවශ්‍ය උපකරණ පිරික්සුම් ලැයිස්තුවක් හරහා පරීක්ෂාවට ලක්වේ. |  |  |
| 04 | මෘතදේහාගාර තුලට ප්‍රමාණවත් ජල සැපයුමක් ලැබේ. |  |  |
| 05 | ප්‍රමාණවත් ආලෝකයක් හා වාතාශ්‍රයක් ලැබේ. |  |  |
| 06 | සෑම මරණ පරීක්ෂණයක් සහ සෑම දිනක් අවසානයේදීම මෘතදේහාගාරය පිරිසිදු කිරීම සිදුවේ. |  |  |
| 07 | මෘත ශරීරාගාරයේ දියරමය කසල බැහැර කිරීමේ නිශ්චිත ක්‍රමවේදයක් ඇත. |  |  |
| 08 | පුද්ගල ආරක්ෂිත උපාංග භාවිතා කරනු ලැබේ. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **අ/අං** | **ඖෂධ සැපයුම් ඒකකය** | **ඔව්** | **නැත** |
| 01 | නිශ්පාදකයින්ගේ සම්මතයන්ට අනුව (ප්‍රශස්ත උෂ්ණත්වයේ)ඖෂධ ගබඩා කිරීම සිදුවේ. |  |  |
| 02 | ප්‍රමාණවත් ආලෝකය හා වාතාශ්‍රය ලැබේ. |  |  |
| 03 | ශීතකරණවල උෂ්ණත්වය උදේ සවස මැන ලේඛන පොතක සටහන් කරනු ලැබේ. |  |  |
| 04 | ඖෂධ සැපයුම් ගබඩාවල දෛනික ගබඩා තොරතුරු ඇත. |  |  |
| 05 | බෙහෙත් වර්ග සුදුසු පිලිවෙලකට අසුරා ඇත.   * අත්‍යවශය,අවශ්‍ය සහ සාමාන්‍ය |  |  |
| * ගණනය කල හැකි ගණනය කල නොහැකි සහ විශේෂ හා අමතර |  |  |
| 06 | සෑම අංශයකම බෙහෙත් වර්ග ඉංග්‍රීසි හෝඩියේ අකුරු පිළිවෙලට වමේ සිට දකුණට අසුරා ඇත. |  |  |
| 07 | ප්‍රථමයෙන් කල් ඉකුත්වන දේ ප්‍රථමයෙන් ඉවත් කිරීමේ ක්‍රමවේදය ක්‍රියාත්මක ‍වේ. |  |  |
| 08 | අතිරික්ත තොග පිලිබද තොරතුරු යාවත්කාලීනව පවත්වාගන යනු ලැබේ. |  |  |
| 09 | කල් ඉකුත් වූ තොග ක්‍රමවත්ව කළමනාකරණය කිරීමේ ක්‍රමවේදයක් ඇත. |  |  |
| 10 | ඉතා වැදගත් සහ අත්‍යවශ්‍ය ඖෂධ සදහා හදිසි ඖෂධ තොග පවත්වාගන යනු ලැබේ. |  |  |
| 11 | ඖෂධ ලේබල්කර වර්ගකර පිලිවෙලකට අසුරා ඇත. |  |  |
| 12 | පවතින ඖෂධ ලැයිස්තුවක් භාහිර රෝගී අංශයේ/සායනික වෛද්‍යවරුන්ට ලබාදීම සහ එය යාවත්කාලීනව පවත්වාගන යනු ලැබේ. |  |  |
| 13 | ශීතකරණයේ තැබිය යුතු ඖෂධ සහ ප්‍රතිශක්තිකරණ එන්නත් නිශ්චිත උෂ්ණත්වයෙන් තබා ඇත. |  |  |
| 14 | උෂ්ණත්ව සටහන් චක්‍රය ප්‍රදර්ශනය කොට ඇත. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **අ/අං** | **සෞඛ්‍ය අධ්‍යාපන වැඩසටහන්/මානව සම්පත් කළමනාකරණය/නායකත්ව වැඩසටහන්** | **ඔව්** | **නැත** |
| 01 | සෞඛ්‍ය අධ්‍යාපන ඒකකයක් ස්ථාපිතව ඇත. |  |  |
| 02 | සෞඛ්‍ය අධ්‍යාපන වැඩසටහන් ක්‍රියාත්මක කිරීම සදහා ඒකකය සතුව වෛද්‍යවරයෙකු හෝ පුහුණු නිළධාරියෙකු සිටී. |  |  |
| 03 | සෞඛ්‍ය අධ්‍යාපන වැඩසටහන් වලට අදාළ තොරතුරු ගොනුවක් ක්‍රියාත්මක වේ. |  |  |
| 04 | රෝහල් කාර්ය මණ්ඩලය රෝහලේ දැක්ම සහ මෙහෙවර සම්බන්ධයෙන් ප්‍රායෝගිකව දැනුවත් වි ඇත. |  |  |
| 05 | රෝහල දියුණු කිරීම සම්බන්ධයෙන් වාර්ෂික සැළස්මක් සකසා ඇත. |  |  |
| 06 | රෝහල් කාර්ය මාණ්ඩලය පුහුණු කිරීම් සදහා තොරතුරු ගොනුවක් පවත්වාගන යනු ලැබේ. |  |  |
| 07 | රෝහල් කාර්ය මණ්ඩලය පුහුණු කිරීම සදහා තොරතුරු ගොනුවක් පවත්වාගන යනු ලැබේ. |  |  |
| 08 | සියළුම සේවකයන්ගේ රාජකාරී ලැයිස්තු ගත කොට ඇත. |  |  |
| 09 | ප්‍රධාන රෝහල්වල පැවැත්වෙන පුහුණු වැඩසටහන් සදහා කාර්ය මණ්ඩලය සහභාගී කරවීම සිදුවේ. |  |  |
| 10 | රෝහල් කාර්ය මණ්ඩලයේ ගැටුම් කළමනාකරණය සදහා ක්‍රමවේදයක් සකසා ඇත. |  |  |
| 11 | සියළුම සේවකයන්ගේ තොරතුරු ඇතුලත් මානව සම්පත් ඒකකයක් ක්‍රියාත්මක වේ. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **අ/අං** | **විශේෂ සේවාවන්** | **ඔව්** | **නැත** |
| 01 | ජ්‍යෙෂ්ඨ පුරවැසියන් සහ විශේෂ සංකූලතා ඇති රෝගීන් කෙරෙහි විශේෂ ආරක්ෂාවක් යොමු කොට ඇත. |  |  |
| 02 | සායන ඒකකයන්හිදී අංක ලබාදීමේ ක්‍රමවේදය ක්‍රමවත්ව සිදුවේ. |  |  |
| 03 | රෝගින් සදහා පිරිසිදු පානිය ජල පහසුකම් සපයා ඇත. |  |  |
| 04 | ප්‍රජාව දැනුවත් කිරීමේ වාර්ෂික වැඩසටහන් සැළසුම් කොට ඇත. |  |  |
| 05 | ප්‍රජාව දැනුවත් කිරීමේ වැඩසටහන් වාර්තා යාවත්කාලීනව පවත්වාගනයනු ලැබේ. |  |  |
| 06 | සායන රෝගින් සදහා කලින් කාලය වෙන්කර ගැනීමේ යාන්ත්‍රණයක් ඇත. |  |  |
| 07 | අභ්‍යයන්තර රෝගීන්ගේ ඥාතීන් සදහා තොරතුරු ලබාගැනීමට ක්‍රියාකාරී සේවකයින් සහිත තොරතුරු කවුළුවක් තිබීම. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **අ/අං** | **වෛද්‍ය උපකරණ** | **ඔව්** | **නැත** |
| 01 | වෛද්‍ය උපකරණ බෙදාහැරීම සහ භාවිතය පිළිබද පුහුණුවක් ක්‍රමාණුකූලව ලබා දී ඇත. |  |  |
| 02 | වෛද්‍ය උපකරණ නඩත්තු කටයුතු සිදුකිරීමේ ක්‍රමවේදයක් ඇත. |  |  |
| 03 | වෛද්‍ය උපකරණ නඩත්තු කටයුතු සිදුකිරීම පිළිබදව රෝහල් කාර්ය මණ්ඩලය දැනුවත් කිරීමේ වැඩසටහන් වාර්ෂිකව පවත්වනු ලැබේ. |  |  |
| 04 | සෑම වෛද්‍ය උපකරණයක් සදහාම ඒවායේ විස්තර අඩංගු කල වෙන්වූ තොරතුරු ගොනුවක් ඇත. |  |  |
| 05 | වෛද්‍ය උපකරණයට අදාළ තොරතුරු ගොනුවේ පහත තොරතුරු ඇතුලත් කර ඇත.   * භාණ්ඩයේ නම |  |  |
| * කාණ්ඩ අංකය |  |  |
| * භාණ්ඩය ලැබුණු දිනය |  |  |
| * නඩත්තු කිරීමේ ආයතනයේ සම්බන්ධීකරණ තොරතුරු |  |  |
| * නඩත්තු කිරීම් භාර නිළධාරියාගේ නම |  |  |
| * භාණ්ඩයේ මිල |  |  |
| 06 | වෛද්‍ය උපකරණවල සේවා අළුත්වැඩියා වාර්තා සහිත යාවත්කාලීන කරන ලද ලිපිගොනුවක් ඇත. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **අ/අං** | **ආරක්ෂිත පියවර** | **ඔව්** | **නැත** |
| 01 | විද්‍යුත් රැහැන් නිසි පරිදි ආවරණය කොට ඇත. |  |  |
| 02 | විද්‍යුත් උපාංග සහ බොයිලර්ස් ආරක්ෂිත ආකාරයෙන් ස්ථානගතකොට ඇත. |  |  |
| 03 | විද්‍යුත් පේනු නිසි ලෙස සවි කොට ඇත. |  |  |
| 04 | අතුරු සංඥා (සීබ්‍රා කෝඩ් හෝ ටයිගර් ස්ට්‍රයිප්ස්)භාවිතා කර තිබීම |  |  |
| 05 | හදිසි ගිනිගැනීමකදී භාවිතා කළ හැකි පියවර සම්බන්ධයෙන් කාර්ය මණ්ඩලය දැනුවත් කොට ඇත(මාර්ග නිර්දේශන හෝ පෙරාතුකොලයන් තිබීම). |  |  |
| 06 | හදිසි ගිනිගැනීමකදී භාවිතා කළ හැකි ගිණිනිවීමේ උපකරණයක් හෝ වැලි බාල්දි නිසි පරිදි ස්ථානගත කොට ඇත. |  |  |
| 07 | ආපදා සදහා සූදානම් වීමේ කෙටුම්පතක් සහ උපකරණ තිබීම. |  |  |
| 08 | ආපදා පාලන සැලැස්ම වාර්ෂිකව යාවත්කාලීන කිරීම. |  |  |
| 09 | සුදුසු භාණ්ඩ සහිත ආපදා පාලන බිත්ති රාක්කයක් තිබීම සහ ඒවා ක්‍රියාත්මක කිරීම. |  |  |
| 10 | ආපදා අවස්ථාවන්වලදී ප්‍රයෝජනයට ගැනීම සදහා අංකිත ඇද ඉහ වාර්තා,ෆයිල් කවර ,පෝරම සහ හැදුනුම් සංකේත තිබීම. |  |  |
| 11 | රෝගින් සදහාවන අනතුරු,ඖෂධ අතුරු ආබාධ හා රුධිර ප්‍රතික්‍රියා වල වාර්තා තබාගැනීම සදහා ලේඛණයක් තිබීම. |  |  |
| 12 | සෑම මසකට වරක් හෝ අනතුරු හා අතුරු ආබාධ පිළිබද සාකච්ජා කිරීම සිදුවේ. |  |  |
| 13 | සෑම මසකට වරක් ‍හෝ අනතුරු හා අතුරු ආබාධ පිළිබද විශ්ලේෂණ වාර්තාවක් සෑදීම සිදුවේ. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **අ/අං** | **ආසාදන පාලන කළමනාකරණය** | **ඔව්** | **නැත** |
| 01 | රෝහලේ ආසාදන පාලන ඒකකයක් ස්ථාපිතව ඇත. |  |  |
| 02 | ආසාදන පාලන ඒකකය සදහා වෙන්වූ වෛද්‍යවරයකු හෝ පුහුණු හෙදියකු සිටී. |  |  |
| 03 | රෝග හදුනා ගැනීමේ ලේඛණ තිබීම හා එම ලේඛණ යාවත්කාලීන කර තිබීම. |  |  |
| 04 | ආසාදන අවධානම පාලනය කිරීමේ කමිටුවක් ඇත. |  |  |
| 05 | ආසාදන පාලන කමිටුවේ රැස්වීම් පැවැත්වීම හා එහි වාර්තා ලේඛණ ගත කොට ඇත. |  |  |
| 06 | ආසාධන පාලනය සදහා කාර්ය මණ්ඩල වැඩමුළු පැවැත්වීම සිදුවේ. |  |  |
| 07 | නිවරදි අත්සේදීමේ ක්‍රම දෘෂ්‍ය සටහන් මගින් ප්‍රදර්ශනය කොට ඇත. |  |  |
| 08 | රෝහලෙන් ඇතිවන ආසාධන වැළැක්වීමට අවම කිරීමට පියවර ගෙන ඇත.   * රෝහලේ ඇතිවන ආසාදන අවදානම් වැඩි ස්ථාන හදුනා ගැනීම සිදුවේ. |  |  |
| * හදුනාගත් ස්ථානවලින් මසකට වරක් හෝ සාම්පල ගෙන පරීක්ෂණ සදහා වෛද්‍ය පර්යේෂණ ආයතනයට යැවීම සිදු කරනු ඇත. |  |  |
| * අවධානම් සහිත කාර්ය මණ්ඩල සාමාජිකයන්ට අවශ්‍ය ප්‍රතිශක්තිකරණ එන්නත් (හෙපටයිටීස් බී)ලබාදීම සිදුවේ. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **අ/අං** | **වෛද්‍ය වාර්තා/සංඛ්‍යාලේඛණ** | **ඔව්** | **නැත** |
| 01 | සම්පූර්ණ තොරතුරු සහිත ඇද ඉහපත් වාර්තා වෛද්‍ය වාර්තාගාරය වෙත පැය 24 ක් ඇතුලත භාර දීම සිදුවේ. |  |  |
| 02 | වාර්ශිකව/කාර්තු ලෙසින් සංඛ්‍යාලේඛණ වාර්තා ප්‍රකාශයට පත්කරනු ලැබේ. |  |  |
| 03 | IMMR ක්‍රමානුකූලව යාවත්කාලීනව පවත්වාගනයනු ලැබේ. |  |  |
| 04 | ඇද ඉහපත් පහසුවෙන් සොයාගත හැකි පරිදි එහි අංකය සහ වර්ශය අනුව රාක්ක ගත කොට ඇත. |  |  |
| 05 | වෛද්‍ය වාර්තා කටයුතු සම්බන්ධයෙන් පුහුණු නිළධාරියෙකු රාජකාරියෙහි යොදවා ඇත. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **අ/අං** | **කාර්යාල කළමනාකරණය** | **ඔව්** | **නැත** |
| 01 | ක්‍රමාණුකූලව සැකසූ කාර්යාල ක්‍රමවේදයක් ක්‍රියාත්මක වේ. |  |  |
| 02 | රෝහල් කාර්යාල ක්‍රමවේදය මානව සම්පත් කළමණාකරණය සහ මූල්‍ය කළමනාකරණය ලෙස වර්ගීකරණය කොට ඇත. |  |  |
| 03 | සෞඛ්‍ය කළමනාකාර සහයකයින් සදහා නිශ්චිත ලෙස රාජකාරී පවරා ඇත. |  |  |
| 04 | කාර්යාල පිවිසුමේ රෝහල් පාලක සහකාරවරුන් සහ අනෙක් කාර්ය මණ්ඩල සහිත කාර්යාල සැළැස්ම ප්‍රදර්ශණය කොට ඇත. |  |  |
| 05 | වාර්ෂික වැටුප් වැඩිවීමේ දිනය පිළිබද කාර්ය මණ්ඩලයේ ඉල්ලීම් වෙනුවෙන් ක්‍රියාකිරීමට ක්‍රමවේදයක් ඇත. |  |  |
| 06 | සියළුම ලිපිගොනු නිවරදි ක්‍රමවේදයකට අනුව අංක ගත කොට වර්ගීකරණ‍ය කොට ඇත. |  |  |
| 07 | පොරම සහ ලිපිද්‍රව්‍ය නැවත ඇනවුම් කල හැකි පරිදි අර්ථ දක්වා ප්‍රකාශ කොට තිබීම සෑම විටම අවශ්‍ය ප්‍රමාණයෙන් තිබීම. |  |  |
| 08 | පුරවැසි ප්‍රඥප්තියක් ප්‍රදර්ශනය කොට ඇත. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **අ/අං** | **කාර්ය සාධන සමාලෝචනය** | **ඔව්** | **නැත** |
| 01 | කාර්ය මණ්ඩල රැස්වීම් මාසිකව පවත්වාගනයනු ලැබේ. |  |  |
| 02 | කාර්ය මණ්ඩල රැස්වීම් වාර්තා නිසි පරිදි පවත්වාගන යනු ලැබේ. |  |  |
| 03 | මාතෘ මරණ,ප්‍රසූතියේදී සිදුවන මරණ හා අනෙකුත් මරණ පිළිබද මරණ සමාලෝචනය රැස්වීම් පැවැත්වීම. |  |  |
| 04 | මරණ සමාලෝචන රැස්වීම්වල වාර්තා ලිපිගොනු ගත කොට තිබීම. |  |  |
| 05 | ආයතන ප්‍රධානියා යටතේ දිනපතා අධික්ෂණ පරීක්ෂණ පැවැත්වීම හා වාර්තා පවත්වාගන යනු ලැබේ. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **අ/අං** | **ගුණාත්මකබව,සුරක්ෂිතබව හා ඵලදායිතා ප්‍රවර්ධන සැළසුම්** | **ඔව්** | **නැත** |
| 01 | සෞඛ්‍ය සේවාවේ ගුණාත්මකබව.සුරක්ෂිතබව හා ඵලදායිතා ප්‍රවර්ධනය කිරීම සදහා ඒකකයක් ස්ථාපිත‍ කොට ඇත. |  |  |
| 02 | ඵලදායිතා ප්‍රවර්ධන ඒකකය භාර ක්‍රියාකාරී නිළධාරියෙකු සිටී. |  |  |
| 03 | ගුණාත්මකබව,සුරක්ෂිතබව හා ඵලදායිතා පිළිබද අධ්‍යක්ෂ කාර්යාලය වෙතින් ලබාදී ඇති නිර්ණායකයන්ට අනුව ලිපිගොනු පවත්වාගන යනු ලැබේ. |  |  |
| 04 | සෑම ඒකකයකම රෝගීන්ගේ තෘප්තිමත්භාවය මැන බැලීම සදහා සරල සමීක්ෂණ ක්‍රමවේදයක් අනුගමනය කරනු ලැබේ. |  |  |
| 05 | රෝහල සහ කාර්ය මණ්ඩලය සම්බන්ධයෙන් රෝගීන්ගේ අදහස් යෝජනා හා චෝදනා ලබාගැනිමේ ක්‍රමවේදයක් ක්‍රියාත්මක වේ. |  |  |
| 06 | වාර්ෂිකව හෝ රෝහල් කාර්ය මණ්ඩලයේ තෘප්තිමත් බාවය මැන බැලීම සදහා සමීක්ෂණ ක්‍රම‍වේදයක් ක්‍රියාත්මක වේ. |  |  |
| 07 | එස් 5 සංකල්පය පිළිබද රෝහල් කාර්ය මණ්ඩලය දැනුවත් වී ඇත. |  |  |
| 08 | එස් 5 සංකල්පය රෝහල තුළ ප්‍රායෝගිකව ක්‍රියාත්මක වේ. |  |  |
| 09 | එස් 5 සංකල්පය නිසි ලෙස ක්‍රියාත්මක කරන නිළධාරීන් ඇගයීමට ලක් කරනු ලැබේ. |  |  |
| 10 | සේවක අභිප්‍රේරණය සදහා වැඩසටහන් සැළසුම් කොට ඇත. |  |  |
| 11 | අභ්‍යන්තර සේවා ලාභීන්ගේ සේවා පරිසරය සිත් ගන්නා සුළු ආකාරයෙන් සකසා ඇත. |  |  |
| පුස්තකාල පහසුකම් සපයා ඇත. |  |  |
| දිනපතා පුවත්පත් සපයා ගැනීමේ පහසුකම් සපයා ඇත. |  |  |
| සේවක සුභ සාධන සංගම් පිහිටුවා ඇත. |  |  |
| 12 | සේවක ගැටළු හැකි අන්දමින් නිරාකරණය කිරීමට පියවර ගෙන ඇත. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **අ/අං** | **මුළුතැන්ගෙය කළමනාකරණය** | **ඔව්** | **නැත** |
| 01 | මුළුතැන්ගෙය තුල පවිත්‍රතා පිරික්සුම් ලැයිස්තුවක් ක්‍රියාත්මක වේ. |  |  |
| 02 | ජලය,සබන් සහ අනෙකුත් අවශ්‍ය ද්‍රව්‍ය මුළුතැන්ගෙයින් පහසුවෙන් ලබාගත හැක. |  |  |
| 03 | අත් සේදීමේ නිවරදි ක්‍රමවේදය දෘෂ්‍ය සටහන් සහිතව ප්‍රදර්ශනය කොට ඇත. |  |  |
| 04 | මුළුතැන්ගෙයි සියළුම කාර්ය මණ්ඩලය ආහාර පිසීමේසී හිස සහ මුඛ ආවරණ පැළද ආහාර පිසීම වඩාත් පිරිසිදු ලෙස කරනු ලැබේ. |  |  |
| 05 | මුළුතැන්ගෙයි කාර්ය මණ්ඩලය සදහා සෞඛ්‍ය සහ සනීපාරක්ෂාව සම්බන්ධ මූලික අධ්‍යාපනයක් ලබා දී ඇත. |  |  |
| 06 | අවම වශයෙන් වසරකට වරක් හෝ මුළුතැන්ගෙයි කාර්ය මන්ඩලය සදහා වෛද්‍ය පරීක්ෂණයක් සිදුකරනු ලැබේ. |  |  |
| 07 | විවිධ වර්ගයේ ආහාර සම්බන්ධයෙන් දැනුවත්කිරීමේ වගු සටහන් මුළුතැන්ගෙයි ප්‍රදර්ශණය කර ඇත. |  |  |
| 08 | පිසීම සදහා භාවිතා කරන ද්‍රව්‍යවල ගුණාත්මකභාවය පිලිබද වෛද්‍ය නිළධාරියෙකු හෝ බලය පැවරෑ නිළධාරියෙකු විසින් පරීක්ෂා කරනු ලැබේ. |  |  |
| 09 | මුළු තැන් ගෙය තුළ ලොග් සටහන් පොතක් ක්‍රියාත්මක වේ. |  |  |
| 10 | එම ලොග් සටහන් පොත මුළුතැන්ගෙය අධීක්ෂණ කටයුතු සිදු කරන නිළධාරියා විසින් සටහන් තබා ඇත. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **අ/අං** | **නඩත්තු ඒකකය** | **ඔව්** | **නැත** |
| 01 | රෝහල සතුව නඩත්තු ඒකකයක් ස්ථාපිතව ඇත. |  |  |
| 02 | නඩත්තු ඒකකය භාරව හදුනාගත් සේවකයකු සේවයේ යෙදී සිටී. |  |  |
| 03 | නඩත්තු ඒකක සතු මූලික උපකරණ (මිටිය,මේසන් හැන්ද,කියත ,නියන.පිහිය)පිරික්සුම් ලැයිස්තුවක් හරහා පරීක්ෂාවට ලක්වේ. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **අ/අං** | **භාණ්ඩ අපහරණය** | **ඔව්** | **නැත** |
| 01 | පොදු භාණ්ඩ අපහරණ ගබඩාවක් පවත්වාගන යනු ලැබේ. |  |  |
| 02 | වර්ණ ලේබල භාවිතා කරමින් නියමිත ක්‍රමවේදයකට අනුව භාණ්ඩ අපහරණය සිදු කරනු ලැබේ. |  |  |
| 03 | ගබඩා සමීක්ෂණය සෑම වසර දෙකකට වරක්ම සිදුවේ. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **අ/අං** | **අපදුව්‍ය කළමනාකරණය** | **ඔව්** | **නැත** |
| 01 | කසළ වර්ගීකරණය (වාට්ටු)කිරීමේ ක්‍රමවත් වැඩපිළිවෙලක් පවත්වාගන යනු ලැබේ.   * සාමාන්‍ය අපද්‍රව්‍ය |  |  |
| * තියුණු අපදුව්‍ය |  |  |
| * ආසාධිත අපද්‍රව්‍ය |  |  |
| * ප්ලාස්ටික් |  |  |
| * වීදුරු |  |  |
| 02 | රෝහල අභ්‍යන්තරයේ සහ භාහිර පරිසරයේ ප්‍රමිතීන් අනුව වෙන වෙනම වර්ණ කේත භාවිතා කරමින් කසළ බහාලුම් නිසිලෙස පවත්වාගන යනු ලැබේ. |  |  |
| 03 | තියුණු ලෝහ හා උල් සහිත අපද්‍රව්‍ය අපහරණය කිරිමේ ක්‍රමවේදයක් (Incinerator)තිබේ. |  |  |
| 04 | සූතිකාගාරයේ හා මෘත ශරීරාගාරයේ අපද්‍රව්‍ය බැහැර කිරීම සදහා සුදුසු වැඩපිළිවෙලක් පවත්වාගන යනු ලැබේ. |  |  |
| 05 | කසළ ප්‍රතිචක්‍රීයකරණ ක්‍රියාදාමය (3R/7R) රෝහල තුළ ආරම්භ කර ඇත. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **අ/අං** | **වැසිකිළි පද්ධතිය** | **ඔව්** | **නැත** |
| 01 | ස්ත්‍රී පුරුෂ දෙපාර්ශවයටම වෙන්වූ වැසිකිළි පහසුකම් ඇත. |  |  |
| 02 | ස්ත්‍රී පුරුෂ දෙපාර්ශවයටම වෙන්වූ වැසිකිළි පහසුවෙන් හදුනාගත හැකි වන ලෙසින් නාමපුවරු මගින් ප්‍රදර්ශනය කොට ඇත. |  |  |
| 03 | වැසිකිළි පද්ධතියට අඛණ්ඩව ජලය සහ විදුලිය සැපයීම සිදු වේ. |  |  |
| 04 | නිතිපතා සිදුකරන පවිත්‍රතා සදහා පිරික්සුම් ලැයිස්තුවක් පවත්වාගනයනු ලැබේ/වගකිව හැකි නිළධාරියෙකුගේ අධික්ෂණයට ලක්වේ. |  |  |
| 05 | වැසිකිළි පද්ධතියට තුලට ප්‍රමාණවත් ආලෝකය සහ වාතාශ්‍රය ලැබේ. |  |  |
| 06 | වැසිකිළි පවිත්‍රතා දුව්‍ය නියමිත ලෙස ස්ථානගතකර ඇත. |  |  |
| 07 | අපද්‍රව්‍ය බැහැරකරලීම සදහා ප්‍රමිතීන්ට අනුව සම්මත ආකාරයට වර්ණ ලේබල ඇලවූ අපද්‍රව්‍ය බහාලුම් ඇත. |  |  |

1. **රෝහල් සංවර්ධනය සම්බන්ධයෙන් රෝහල් සංවර්ධන කමිටු ඇතුළු සමස්ත ප්‍රදේශවාසීන්ගේ දායකත්වය කෙබදුද?**

**.........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**

1. **රෝගී ප්‍රතිකාර සහ වෙනත් කටයුතු සම්බන්ධයෙන් වාර්ෂිකව හෝ දත්ත විශ්ලේෂණය කොට රෝහලේ සේවාවේ ගුණාත්මකබව වර්ධනයකිරීමට පියවර ගෙන තිබේද?**

**.........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**

1. **I. එම පියවර මොනවාද?**

**.........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**