



معاونت درمان

شماره فرم: 1- ط

شماره بازنگری: 1

اداره تجهیزات پزشکی

فرم ظرفیت سنجی مصرف اکسیژن مراکز درمانی

تاریخ تکمیل فرم:

نام مرکز:

ردیف	نوع تخت	تعداد تخت		توضیحات
		فعلی	طرح توسعه	
1	اتاق عمل			
2	ریکاوری			
3	ICU			
4	PICU			
5	CCU			
6	PCCU			
7	NICU			
8	اورژانس			
9	تخت بستری			
*10				
11				
12				

* در صورت وجود بخش یا مصارف ویژه دیگری که در ردیفهای قبل ذکر نشده است با ذکر مشخصات تکمیل گردد.

نام نام خانوادگی تکمیل کننده فرم

سمت:

مهر و امضاء