



معاونت درمان

اداره تجهیزات پزشکی معاونت درمان

فرم ظرفیت سنجی مصرف هوای فشرده مرکزی مدیکال مراکز درمانی

نام مرکز:

تاریخ تکمیل فرم:

شماره فرم: 3-ظ
شماره بازنگری: 1

ردیف	نوع تخت	تعداد تخت/ اتاق		توضیحات
		موجود	طرح توسعه	
1	اتاق عمل جنرال			
2	ریکاوری			
3	ICU جنرال			
4	ICU جراحی قلب			
5	PICU			
6	NICU			
7	CCU			
8	PCCU			
9	اورژانس			
10	بستری			
11	اندوسکوپی / سیستوسکوپی			
12	دیالیز			
13	رادیولوژی			
14	جراحی			
15	زایشگاه			
*16				
17				
18				

1- در صورت وجود، تعداد ابزارهای بادی مورد استفاده در اتاق های عمل شامل.....میباشد.

2 - تعداد اتوکلاوهای موجود با درب پنوماتیک که از سیستم هوای فشرده مرکزی استفاده میکنند،.....
دستگاه با مدل..... و ساخت شرکت..... می باشد.

3 - تعداد یونیت های دندانپزشکی که فاقد کمپرسور های هوای داخلی است دستگاه می باشد.
*در صورت وجود بخش یا مصارف ویژه دیگری که در جدول قید نشده است با ذکر مشخصات درج گردد.

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:

سمت:

مهر و امضاء: