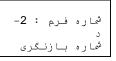


به نام خدا

اداره تجهیزات پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان فرم درخواست تجهیزات پزشکی تخصصی



نام مرکز درمانی:

نام دستگاه:

1- فهرست متخصص / متخصصین بکار گیرنده دستگاه و روزهای حضور آنها در مرکز:

ارتباط سازمانی			روزهای		م 1 مناجر مان م مان	
قراردادی	متعهد خدمت	استخدام	روزهای حضور در مرکز	نوع تخصص	نام و نام خانوادگی پزشک متخصص	رديف
						1
						2
						3
						4
						5

2- آیا استفاده از دستگاه نیاز به طی دوره های خاص و اخذ مدرک برای متخصصین مربوطه دارد؟ با توضیح در

صورت نیاز:

خىر□

اطلاعات مورد اشاره در ردیفهای 3 الی 8 تهیه و مرقوم گردد.

3- میانگین آماری ماهیانه بیماران مراجعه کننده به مرکز در رشته تخصصی مربوطه:

بلى□

4- میانگین آماری ماهیانه بیماران مرتبط که به علت افقدان وجود دستگاه مورد درخواست به سطح بعدی ارجاع می شوند

5- تعداد ماهیانه بیمارانی که در تشخیص / درمان بیماری آنها از دستگاه مورد درخواست استفاده خواهد شد

6- هزینه ماهیانه دستگاه شامل مواد و تجهیزات مصرفی، نگهداری، تعمیر و نیروی انسانی

7- پیش بینی درآمد ماهیانه دستگاه به تفکیک سهم مرکز و سایر

8- هزینه لوازم مصرفی برای هر مورد درمان و استفاده از دستگاه مورد درخواست

9- کاربرد دستگاه :

اورژانس 🗆

الكتيو□

مهر و امضاء مدیر

مهر و امضاء مسئول تجهیزات پزشکی مرکز This document was created with Win2PDF available at http://www.win2pdf.com. The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only. This page will not be added after purchasing Win2PDF.