

به نام خدا



شماره فرم : 2-
د
شماره بازنگری

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:

ردیف	نام و نام خانوادگی پزشک متخصص	نوع تخصص	روزهای حضور در مرکز	ارتباط سازمانی		
				استخدام	متعهد خدمت	قراردادی
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: بلی خیر

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

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

4- میانگین آماری ماهیانه بیماران مرتبط که به علت فقدان 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 الکتیو

مهر و امضاء مسئول تجهیزات
پزشکی مرکز

مهر و امضاء مدیر

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.