



معاونت درمان

شماره فرم: 2- ظ

شماره بازنگری: 1

اداره تجهیزات پزشکی معاونت درمان

فرم ظرفیت سنجی مصرف وکیوم مرکزی مدیکال مراکز درمانی

نام مرکز:

تاریخ تکمیل فرم:

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

*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: