

شماره درخواست:

تاریخ:



باسمه تعالی

فرم درخواست اسقاط تجهیزات پزشکی دانشگاه علوم پزشکی استان مرکزی

نام مرکز/بیمارستان:		محل استقرار دستگاه شهر:	
تعداد تخت بستری بخش:		نام بخش/گروه:	
تعداد دستگاه فرسوده:		تعداد دستگاه (مشابه یا مانند) موجود در بخش:	
مشخصات فنی دستگاه:			
مدل:	مارک:	نام دستگاه:	
شماره سریال:		شماره اموال:	
تاریخ نصب:	تاریخ خرید:	تاریخ تولید:	
نوع عملکرد دستگاه: <input type="checkbox"/> درمانی/تشخیصی <input type="checkbox"/> بهداشتی <input type="checkbox"/> آموزشی <input type="checkbox"/> پژوهشی			
دلایل نیاز به اسقاط از نظر مسنول بخش:			
<input type="checkbox"/> مقرون به صرفه نبودن تعمیرات	<input type="checkbox"/> خرابی مکرر زمان خواب طولانی	<input type="checkbox"/> هزینه های لازم آتی	<input type="checkbox"/> اقتصادی نبودن استفاده
<input type="checkbox"/> نبود عملکرد لازم حین استفاده	<input type="checkbox"/> عدم اطمینان از ایمنی حین استفاده	<input type="checkbox"/> نارضایتی اپراتور	<input type="checkbox"/> نبود قابلیت های مورد نیاز
نام و نام خانوادگی مسنول بخش: _____ مهر و امضاء: _____			
نظر کارشناسی دبیر کمیته تجهیزات پزشکی مرکز:			
مورد تایید است <input type="checkbox"/>		مورد تایید نیست <input type="checkbox"/>	
توضیح:		نام و نام خانوادگی مسنول تجهیزات پزشکی:	
		مهر و امضاء:	
دستور رئیس مرکز/بیمارستان:			
نظر کارشناس تجهیزات پزشکی دانشگاه:			
تاریخ:		نظر کمیته عالی تجهیزات پزشکی دانشگاه:	
اسقاط تجهیزات مورد تایید نیست <input type="checkbox"/>		اسقاط تجهیزات مورد تایید است <input type="checkbox"/>	
دلایل:			
۱- _____	۲- _____	اعضای کمیته:	
۳- _____	۴- _____	۵- _____	
۶- _____			

مدرک پیوست: صورت جلسه کمیته تجهیزات پزشکی مرکز