

دانشگاه علوم پزشکی شیراز مدیریت نظارت و اعتبار بخشی / اداره امور رادیولوژی

فرم بازدید نهایی موسسات / مراکز / بخشهای تصویربرداری پزشکی

آدرس : کد پستی : تاریخ :

نوبت کاری : صبح عصر

مشخصات موسس : حقیقی حقوقی

نام و نام خانوادگی موسس حقیقی : کد ملی : شماره تماس :

نام و نام خانوادگی مسوول فنی صبح : کد ملی : شماره تماس :

نام و نام خانوادگی مسوول فنی عصر : کد ملی : شماره تماس :

مارک و مدل دستگاه سونوگرافی نصب شده : مارک و مدل دستگاه پانورکس نصب شده :

مارک و مدل دستگاه رادیوگرافی نصب شده : مارک و مدل سایر تجهیزات (مامو / تراکم سنج ..) نصب شده :

تجهیزات جانبی الزامی بخش تصویربرداری خریداری و نصب گردیده است ؟ (جعبه اورژانس و ملزومات / اپرون / شیلدهای حفاظتی بیمار و :

بلی خیر

توضیحات :

نرم افزار پذیرش و نوبت دهی در مرکز نصب و راه اندازی شده است ؟ بلی خیر

مشخصات نرم افزار و شرکت پشتیبان :

نرم افزار پذیرش مطابق با استانداردهای نسخه نویسی الکترونیک و امکان اتصال به نرم افزارهای مراکز بیمه گر پایه را دارد ؟ بلی خیر

شرایط لازم از نظر رعایت اصول بهداشت و نظافت / معرفی پرسنل همگن جهت پذیرش بیمار و ارائه خدمات تشخیصی درمانی در مرکز فراهم گردیده است ؟

بلی خیر

کد شناسه مرکز در سامانه انرژی اتمی ایران :

مشخصات تجهیزات و نیروی انسانی مرکز در مجوز کار با اشعه با تجهیزات و نیروهای موجود مرکز مطابقت دارد ندارد

اطلاعات لازم در خصوص فرایندهای خدمات ، پزشکان همکار با مرکز ، منشور حقوق بیمار و غیره در مرکز نصب گردیده است ؟ بلی خیر

نقشه اجرا شده در مرکز با نقشه تایید شده توسط اداره رادیولوژی منطبق می باشد نمی باشد

توضیحات تکمیلی :

مهر و امضاء رئیس اداره رادیولوژی

مهر و امضاء موسس یا نماینده قانونی

نام و امضاء کارشناس دوم

نام و امضاء کارشناس اول