



دانشگاه علوم پزشکی  
و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس

فرم درخواست بهره‌برداری

# مرکز سرپایی سیمی درمانی

حوزه معاونت درمان

(اداره ارزیابی و صدور پروانه)

**فرم ارزیابی و بهره برداری مرکز سرپایی شیمی درمانی**

نام موسسه :

نام موسی / موسسین:

- نوع وابستگی : دولتی  خصوصی  تعاونی  غیره
- نوع مالکیت: مستقل ملکی  استیجاری  غیره
- وضعیت ساختمانی : زمین می باشد  در حال احداث  آماده بهره برداری

**مشخصات کلی ساختمان مرکز**

- مساحت کل مرکز ..... متر مربع
- مساحت زیرینا ..... متر مربع
- تعداد طبقات .....
- تعداد کل اتاقهای موسسه: .....
- کاربری هر طبقه به تفکیک : .....

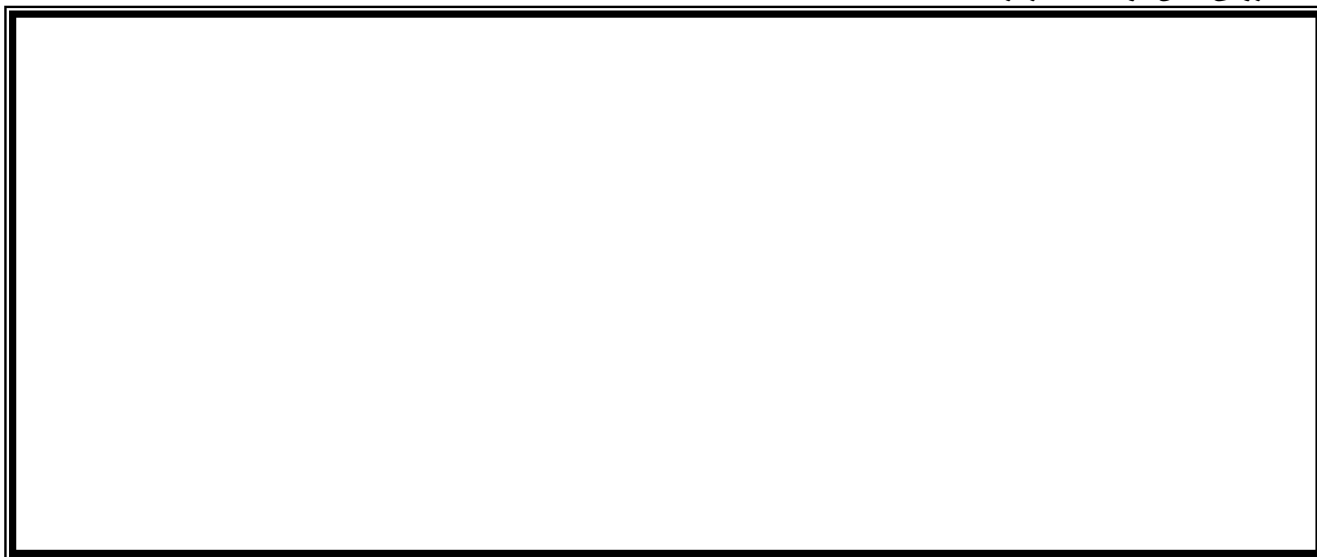
آدرس دقیق موسسه / مرکز

شهر : ..... منطقه شهرداری : ..... خیابان : ..... کوچه : .....

پلاک : ..... طبقه:..... واحد : ..... جنب : ..... تلفن تماس ثابت: .....

همراه .....

کروکی دقیق مؤسسه / مرکز



نام و امضاء متقاضی / نماینده موسسه :

تاریخ درخواست :



## لیست تجهیزات پزشکی مورد نیاز جهت بهره برداری مرکز شیمی درمانی

| نوبت سوم |     | نوبت دوم |     | نوبت اول |     | لیست تجهیزات |  |
|----------|-----|----------|-----|----------|-----|--------------|--|
| بله      | خیر | بله      | خیر | بله      | خیر |              |  |
|          |     |          |     |          |     |              | رگولاتور و وکیوم پزشکی * * فلومتر اکسیژن * چراغ معاینه دیواری و صندلی همراهه تعداد کافی و در محل مناسب (سالن شیمی درمانی)          |
|          |     |          |     |          |     |              | فشارسنج * پمپ تزریق * پایه پمپ * پایه سرم (به ازای هر تخت)   |
|          |     |          |     |          |     |              | رگولاتور و وکیوم پزشکی * فلومتر اکسیژن * فلومتر * چراغ معاینه دیواری و صندلی همراه (در صورت وجود کابین)                            |
|          |     |          |     |          |     |              | تجهیزات ایستگاه پرستاری:<br>نگاتوسکوپ - فشارسنج عقربه ای و گوشی معاینه * دستگاه مرکزی احضار پرستار * دستگاه مرکزی آلارم گازهای طبی |
|          |     |          |     |          |     | ۱ عدد        | فشار سنج دستی (رومیزی) به ازای هر اتاق پزشک  |
|          |     |          |     |          |     | ۱ عدد        | الکتروشوک  |
|          |     |          |     |          |     | ۱ عدد        | ترالی اورژانس  |
|          |     |          |     |          |     | ۱ عدد        | ساکشن پرتابل   |
|          |     |          |     |          |     | ۱ عدد        | ترازوی وزن و قد سنج به ازای هر اتاق پزشک   |
|          |     |          |     |          |     | ۱ عدد        | یخچال دارو   |
|          |     |          |     |          |     | ۲ عدد        | کیسول اکسیژن   |
|          |     |          |     |          |     | ۱ عدد        | تخت معاینه به ازای هر اتاق پزشک  |
|          |     |          |     |          |     | ۱ عدد        | پاراوان به ازای هر اتاق پزشک   |
|          |     |          |     |          |     | ۳ عدد        | پایه سرم   |
|          |     |          |     |          |     | ۲ عدد        | کمد دارو   |
|          |     |          |     |          |     | ۱ عدد        | چراغ معاینه به ازای هر اتاق پزشک   |
|          |     |          |     |          |     | ۳ عدد        | دیش پانسمان  |
|          |     |          |     |          |     | ۱ عدد        | بیکس گاز وپنبه به ازای هر اتاق پزشک  |

| نوبت سوم |     | نوبت دوم |     | نوبت اول |     | لیست تجهیزات |                                    |
|----------|-----|----------|-----|----------|-----|--------------|------------------------------------|
| خیر      | بلی | خیر      | بلی | خیر      | بلی |              |                                    |
|          |     |          |     |          |     |              | ترمومتر                            |
|          |     |          |     |          |     | عدد ۱        | جای آبسلانک به ازای هر اتاق پزشک   |
|          |     |          |     |          |     | عدد ۱        | ترالی پانسمان                      |
|          |     |          |     |          |     | عدد ۱        | جای پنبه الکل به ازای هر اتاق پزشک |
|          |     |          |     |          |     | عدد ۱        | نکاتوسکوپ به ازای هر اتاق پزشک     |
|          |     |          |     |          |     | عدد ۱        | تابوره به ازای هر اتاق پزشک        |
|          |     |          |     |          |     | عدد ۱        | چکش رفلکس به ازای هر اتاق پزشک     |
|          |     |          |     |          |     | عدد ۱        | ترالی حمل اکسیژن                   |
|          |     |          |     |          |     | عدد ۱        | برانکارد                           |
|          |     |          |     |          |     | عدد ۱        | ویلچر                              |
|          |     |          |     |          |     | عدد ۲        | اتوسکوپ                            |

نکته: لیست نواقص تجهیزات خاصی که در فرم مذکور عنوان نشده است شامل :

.....

.....

خیر  بلی

لیست تجهیزات موجود مطابق با آئین نامه می باشد.



نظریه کارشناسان مرحله اول :

مورد تأیید می باشد  مورد تأیید نمی باشد  پس از رفع نواقص و بازدید مجدد تأیید می گردد

نام و امضاء کارشناسان : ۱-

۲-

نظریه کارشناسان مرحله دوم :

مورد تأیید می باشد  مورد تأیید نمی باشد  پس از رفع نواقص و بازدید مجدد تأیید می گردد

نام و امضاء کارشناسان : ۱-

۲-

نظریه کارشناسان مرحله سوم :

مورد تأیید می باشد  مورد تأیید نمی باشد  پس از رفع نواقص و بازدید مجدد تأیید می گردد

نام و امضاء کارشناسان : ۱-

۲-