



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

فرم درخواست بهره‌برداری مرکز

مشاوره و ارائه خدمات مامایی

بخش معاونت درمان

(اداره ارزیابی و صدور پروانه)

فرم ارزیابی و بهره برداری مرکز مشاوره و ارائه خدمات مامایی

نام موسسه :

نام موسس / موسسین:

نوع وابستگی : 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 زیر بنا متر مربع
- تعداد طبقات

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 :

تجهیزات کلاسهای آمادگی برای زایمان :

ویدئو - تلویزیون

فیلم های آموزشی به تأیید وزارت بهداشت

پوسترهای آموزشی

وایت برد

صندلی راحت برای مادران

مولازهای لگن ، رحم ، جنین ، جفت

حلقه هولاهوپ

توپ تولد

تشک و بالش ، ملحفه به تعداد (در صورتی که امکان تهیه نیست بالش و ملحفه می تواند توسط مادر آورده شود)

سایر تجهیزات :

کپسول اکسیژن با تجهیزات کامل

ست احیای نوزاد و بزرگسال

قفسه داروهای اورژانس شامل : انواع سرمها ، اکسی توسین ، مترژن ،

سولفات منیزیم و داروهای احیا

سرنگ و برانول (آنژیوکت)

کیسه یخ

یخچال و Safety box

نظریه کارشناسان مرحله اول :

مورد تأیید میباشد مورد تأیید نمی باشد پس از رفع نواقص و بازدید مجدد تأیید میگردد

نام و امضاء کارشناسان : ۱-

۲-

نظریه کارشناسان مرحله دوم :

مورد تأیید میباشد مورد تأیید نمی باشد پس از رفع نواقص و بازدید مجدد تأیید میگردد

نام و امضاء کارشناسان : ۱-

۲-

نظریه کارشناسان مرحله سوم :

مورد تأیید میباشد مورد تأیید نمی باشد پس از رفع نواقص و بازدید مجدد تأیید میگردد

نام و امضاء کارشناسان : ۱-

۲-