



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی استان هامان

فرم درخواست بهره‌برداری

درمانگاه تخصصی داخلی

نوزه معاونت درمان

(اداره ارزیابی و صدور پروانه)



باسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس
اداره ارزیابی و صدور پروانه های مؤسسات درمانی

فرم ارزیابی و بهره برداری درمانگاه تخصصی داخلی

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 زیربنا 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

						تجهیزات تاسیساتی، ایمنی و حفاظتی	
						رعایت شرایط محافظتی و ایمنی مانند قرار دادن حفاظ برای پله و تخت بیماران و روشنایی کافی، محافظت در برابر سیستم الکتریکی به نحویکه ایمنی بیماران و پرسنل در موسسه تامین شود الزامی است	
						سیستم برق اضطراری داشته باشد(بویژه بیمارستان، درمانگاه، مرکز جراحی محدود، مرکز درمان ناباروری و...)	
						سیستمهای برودتی / حرارتی موسسه مناسب باشد(درجه حرارت ۲۵-۲۰+ تامین گردد)	
						سیستم اطفاء حریق دارای شارژ معتبر مناسب باشد(به ازای هر ۵۰ متر مربع یک کیپسول ۴ کیلوگرمی)	
						پریزهای برق در محل مناسب و با حفاظ مناسب وجود داشته باشد	
						رعایت قوانین و مقررات	
						مرکز در خیابان اصلی واقع است.	
						مرکز دارای حداقل یک خط تلفن اعلام شده به ۱۱۸ می باشد	
						عنوان تابلو طبق متن مندرج در پروانه تاسیس است	
						اندازه تابلو بر اساس ابعاد استاندارد می باشد.(ابعاد ۱۰×۲/۵ و حداکثر ۲ تابلو)	

- ❖ وجود آمبولانس در درمانگاه و یا قرارداد با یک مرکز آمبولانس الزامی است.
- ❖ در صورت وجود بخش دیالیز با یک بیمارستان خصوصی یا دولتی دارای بخش دیالیز قرارداد همکاری داشته باشد.

لیست تجهیزات پزشکی مورد نیاز جهت بهره برداری درمانگاه عمومی

نوبت سوم		نوبت دوم		نوبت اول		لیست تجهیزات	
بله	خیر	بله	خیر	بله	خیر		
							گوشی پزشکی به ازای هر اتاق پزشك+ تزریقات+ CPCR ۱ عدد
							فشارخون سنج دستی(رومیزی) به ازای هر اتاق پزشك+ تزریقات+ CPCR ۱ عدد افتالموسکوپ ۲ عدد
							الکتروکاردیوگراف یک کاناله همراه با RECORDER ۱ عدد
							التروشوک ۱ عدد
							ترالی اورژانس ۱ عدد
							ساکشن پرتابل ۲ عدد
							ترازوی وزن و قد سنج به ازای هر اتاق پزشك ۱ عدد
							اتوکالو کوچک ۲ عدد
							ست پانسمان ۳ عدد
							سوچرست ۲ عدد
							سونداژست ۱ عدد
							یخچال دارو ۱ عدد
							کپسول اکسیژن ۲ عدد
							تخت معاینه به ازای هر اتاق پزشك+ تزریقات+ CPCR ۱ عدد
							پاراوان به ازای هر اتاق پزشك+ تزریقات+ CPCR ۱ عدد
							پایه سرم ۳ عدد
							کمد دارو ۲ عدد
							چراغ معاینه به ازای هر اتاق پزشك+ تزریقات+ CPCR ۱ عدد
							دیش پانسمان ۳ عدد
							بیکس گاز وپنبه به ازای هر اتاق پزشك+ تزریقات+ CPCR ۱ عدد

نوبت سوم		نوبت دوم		نوبت اول		لیست تجهیزات	
خیر	بلی	خیر	بلی	خیر	بلی	عدد	
						۱ عدد	جای درجه دهانی به ازای هر اتاق پزشک+ تزریقات+ CPR
						۱ عدد	جای آبسلانک به ازای هر اتاق پزشک+ تزریقات+ CPR
						۲ عدد	ترالی پانسمان
						۱ عدد	جای پنبه الکل به ازای هر اتاق پزشک+ تزریقات+ CPR
						۱ عدد	نکاتوسکوپ به ازای هر اتاق پزشک+ تزریقات+ CPR
						۱ عدد	تابوره به ازای هر اتاق پزشک+ تزریقات+ CPR
						۱ عدد	چکش رفلکس به ازای هر اتاق پزشک
						۱ عدد	اره گچ بری (در صورت داشتن اتاق گچ)
						۱ عدد	ترالی حمل اکسیژن
						۱ عدد	برانکارد
						۱ عدد	ویلچر
						۲ عدد	اتوسکوپ
						۱ عدد	تخت GyNECOLOGY در کل درمانگاه

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-