

**بسمه تعالی**

**معاونت درمان – تجهیزات پزشکی**

شماره:

تاریخ: / /

**فرم 1 تحلیل و ارزیابی نیاز بیمارستان** ................................... **به دستگاه** .....................................

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| توسط مسئول تجهیزات پزشکی مرکز تکمیل می شود | نام بخش: | تعداد تخت بخش/بیمارستان: | نام دستگاه درخواستی: | تعداد: |
| اطلاعات دستگاه های مشابه موجود در مرکز / بیمارستان:   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | تعداد | مارک | مدل | هزینه تعمیرات یک سال قبل | وضعیت ( فعال/نیمه فعال/غیر فعال) | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | | | | |
| علت نیاز:  فقدان دستگاه کمبود دستگاه نبود قابلیت های مورد نیاز خرابی مکرر عمر بالای 10 سال  اسقاط بودن توسعه بخش استاندارد سازی بخش اقتصادی نبودن افزایش درآمدزایی  سایر موارد: | | | |
| علل ناکارایی دستگاه های موجود: | | | |
| برآورد هزینه تعمیرات و نگهداشت دستگاه های موجود در سال اخیر: | | | |
| بیان توجیه اقتصادی خرید دستگاه جدید: | | | |
| اثرات عدم تامین دستگاه درخواستی: | | | |
| محل نصب و راه اندازی دستگاه: آماده است آماده نیست حداکثر زمان لازم جهت آماده سازی: | | | |
| میانگین قیمت پیشنهادی دستگاه: | | | |
| **کمیته تجهیزات پزشکی مرکز** | صورتجلسه کمیته ( با نام و مهر و امضای اعضای کمیته ) پیوست شده است: بله خیر | | | |
| اعلام نظر گروه تخصصی مربوطه ( با نام و مهر و امضا ) پیوست شده است: بله خیر | | | |

مهر و امضا مهر و امضا

مسئول واحد تجهیزات پزشکی بیمارستان رییس/ مدیر بیمارستان