فرم مشخصات مسئول فنی و جانشین درمانگاه ..............

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| تلفن همراه | تاریخ اعتبار پروانه | نام و نام خانوادگی | سمت |
|  |  |  | مسئول فنی   |
|  |  |  | قائم مقام |
|  |  |  | جانشین مسئول فنی (عصر) |
|  |  |  | جانشین مسئول فنی ( شب)  |

مهر و امضاء مسئول فنی :

 اسامی پزشکان فعال در درمانگاه ........

فصل ................ سال ..........

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **توضیحات** | **تلفن همراه** | **روزوشیفت و ساعت فعالیت** | **تاریخ اعتبار پروانه تهران** | **فوق تخصص / متخصص / عمومی****(با ذکر عنوان تخصص)** | **نام و نام خانوادگی پزشک / دندانپزشک** |  |
|  |  |  |  |  |  | **1** |
|  |  |  |  |  |  | **2** |
|  |  |  |  |  |  | **3** |
|  |  |  |  |  |  | **4** |
|  |  |  |  |  |  | **5** |
|  |  |  |  |  |  | **6** |
|  |  |  |  |  |  | **7** |
|  |  |  |  |  |  | **8** |
|  |  |  |  |  |  | **9** |
|  |  |  |  |  |  | **10** |
|  |  |  |  |  |  | **11** |
|  |  |  |  |  |  | **12** |
|  |  |  |  |  |  | **13** |
|  |  |  |  |  |  | **14** |
|  |  |  |  |  |  | **15** |
|  |  |  |  |  |  | **16** |
|  |  |  |  |  |  | **17** |
|  |  |  |  |  |  | **18** |
|  |  |  |  |  |  | **19** |
|  |  |  |  |  |  | **20** |
|  |  |  |  |  |  | **21** |
|  |  |  |  |  |  | **22** |

مهر و امضاء مسئول فنی درمانگاه :

بخشهای پاراکلینیکی فعال در درمانگاه

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | نام بخش | ندارد | دارد | نام مسئول فنی صبح | تاریخ اعتبار پروانه | نام مسئول فنی عصر | تاریخ اعتبار پروانه |
| **1** | رادیولوژی و سونوگرافی | ⃝ | ⃝ |  |  |  |  |
| **2** | آزمایشگاه | ⃝ | ⃝ |  |  |  |  |
| **3** | فیزیوتراپی | ⃝ | ⃝ |  |  |  |  |
| **4** | مرکز ترک اعتیاد | ⃝ | ⃝ |  |  |  |  |
| **5** | اپتومتری | ⃝ | ⃝ |  |  |  |  |
| **6** | ساخت و فروش عینک  | ⃝ | ⃝ |  |  |  |  |
| **7** | ادیومتری | ⃝ | ⃝ |  |  |  |  |
| **8** | گفتار درمانی | ⃝ | ⃝ |  |  |  |  |
| **9** | کاردرمانی | ⃝ | ⃝ |  |  |  |  |
| **10** | دیالیز | ⃝ | ⃝ |  |  |  |  |
| **11** | سایر (خدمات بالینی در منزل و ........) | ⃝ | ⃝ |  |  |  |  |
| **12** | داروخانه | ⃝ | ⃝ |  |  |  |  |
| **13** | آندوسکوپی | ⃝ | ⃝ |  توضیحات: |
| **14** | کولونوسکوپی | ⃝ | ⃝ |
| **15** | اکو کاردیوگرافی | ⃝ | ⃝ |
| **16** | تست ورزش | ⃝ | ⃝ |
| **17** | هولتر فشارخون | ⃝ | ⃝ |
| **18** | هولتر آریتمی | ⃝ | ⃝ |
| **19** | نوار مغز | ⃝ | ⃝ |
| **20** | نوار عصب و عضله | ⃝ | ⃝ |
| **21** | اسپیرومتری | ⃝ | ⃝ |

 مهر و امضاء مسئول فنی:

**تعرفه دریافتی درمانگاه سال تاریخ بازدید:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **عنوان** | **تعرفه** | **عنوان** | **تعرفه** |
| **بیمه** | **آزاد** | **بیمه** | **آزاد** |
| **ویزیت پزشک عمومی** |  |  | **وصل سرم** |  |  |
| **ویزیت متخصص** |  |  | **تزریق پنی سیلین با تست** |  |  |
| **ویزیت فوق تخصص** |  |  | **تزریق داخل سرم** |  |  |
| **ویزیت کارشناس** |  |  | **تزریقات** | **وریدی** | **عضلانی** |
| **IUD گذاشتن** |  |  | **گواهی فوت** |  |  |
| **IUD برداشتن** |  |  | **اندوسکوپی** |  |  |
| **تست قند خون** |  |  | **کرایو** |  |  |
| **گرفتن فشار خون** |  |  | **ختنه** |  |  |
| **بخیه حداقل** |  | **حجامت** |  |  |
| **کشیدن بخیه** |  | **نوار مغز** |  |  |
| **پانسمان** | **بزرگ** | **کوچک** | **نوار قلب** |  |  |
| **متوسط** | **نوار عصب و عضله (2 اندام)** |  |  |
| **اکسیژن تراپی** |  |  | **اکو** |  |  |
| **CPR** |  |  | **تست ورزش** |  |  |
| **NGT گذاشتن** |  |  | **گچ گیری** |  |  |
| **گذاشتن سوند فولی** |  |  | **بازکردن گچ** |  |  |
| **برداشتن سوند فولی** |  |  | **فیزیوتراپی** |  |  |
| **سوراخ کردن گوش** |  |  | **ویزیت در منزل** |  |  |
| **شستشوی گوش**  |  |  | **مشاوره ازدواج** |  |  |
| **تامپون بینی** |  |  | **گواهی ازدواج** |  |  |
| **تعیین نمره چشم** |  |  | **پاپ اسمیر** |  |  |