

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

<b>تلفن همراه</b>	<b>تاریخ اعتبار پروانه</b>	<b>نام و نام خانوادگی</b>	<b>سمت</b>
			<b>مسئول فنی</b>
			<b>قائم مقام</b>
			<b>جانشین مسئول فنی (عصر)</b>
			<b>جانشین مسئول فنی (شب)</b>

**مهر و امضاء مسئول فنی :**

اسامی پزشکان فعال در درمانگاه .....

فصل ..... سال .....

توضیحات	تلفن همراه	روز و شیفت و ساعت فعالیت	تاریخ اعتبار پروانه تهران	فوق تخصص / متخصص / عمومی (با ذکر عنوان تخصص)	نام و نام خانوادگی پزشک / دندانپزشک	
						۱
						۲
						۳
						۴
						۵
						۶
						۷
						۸
						۹
						۱۰
						۱۱
						۱۲
						۱۳
						۱۴
						۱۵
						۱۶
						۱۷
						۱۸
						۱۹
						۲۰
						۲۱
						۲۲

مهر و امضاء مسئول فنی درمانگاه :

### بخشهای پاراکلینیکی فعال در درمانگاه

تاریخ اعتبار پروانه	نام مسئول فنی عصر	تاریخ اعتبار پروانه	نام مسئول فنی صبح	دارد	ندارد	نام بخش	
				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	رادیولوژی و سونوگرافی	۱
				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	آزمایشگاه	۲
				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	فیزیوتراپی	۳
				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	مرکز ترک اعتیاد	۴
				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	اپتومتری	۵
				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ساخت و فروش عینک	۶
				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ادیومتری	۷
				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	گفتار درمانی	۸
				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	کار درمانی	۹
				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	دیالیز	۱۰
				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	سایر (خدمات بالینی در منزل و .....)	۱۱
				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	داروخانه	۱۲
<b>توضیحات:</b>				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	آندوسکوپی	۱۳
				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	کولونوسکوپی	۱۴
				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	اکو کار دیوگرافی	۱۵
				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	تست ورزش	۱۶
				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	هولتر فشار خون	۱۷
				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	هولتر آریتمی	۱۸
				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	نوار مغز	۱۹
				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	نوار عصب و عضله	۲۰
				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	اسپیرومتری	۲۱

**مهر و امضاء مسئول فنی:**

تعرفه دریافتی درمانگاه

سال

تاریخ بازدید:

تعرفه		عنوان	تعرفه		عنوان
آزاد	بیمه		آزاد	بیمه	
		وصل سرم			ویزیت پزشک عمومی
		تزریق پنی سیلین با تست			ویزیت متخصص
		تزریق داخل سرم			ویزیت فوق تخصص
عضلانی	وریدی	تزریقات			ویزیت کارشناس
		گواهی فوت			IUD گذاشتن
		اندوسکوپی			IUD برداشتن
		کرایو			تست قند خون
		ختنه			گرفتن فشار خون
		حجامت			بخیه حداقل
		نوار مغز			کشیدن بخیه
		نوار قلب	کوچک	بزرگ	پانسمان
		نوار عصب و عضله (۲ اندام)	متوسط		
		اکو			اکسیژن تراپی
		تست ورزش			CPR
		گچ گیری			NGT گذاشتن
		باز کردن گچ			گذاشتن سوند فولی
		فیزیوتراپی			برداشتن سوند فولی
		ویزیت در منزل			سوراخ کردن گوش
		مشاوره ازدواج			شستشوی گوش
		گواهی ازدواج			تامپون بینی
		پاپ اسمیر			تعیین نمره چشم