|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **نام مرکز :** | | **نام بخش :** | **تاریخ:** |
| **تکمیل توسط مسئول بخش/مرکز** | |  |  | | --- | --- | | **نام دستگاه :** | **مارک و مدل دستگاه :** | | **شماره سریال / شماره اموال :** | **شماره درخواست Pmq :** | | **توضیحات/علت درخواست:**  **تعمیرات مکرر:**  **عمر بالای دستگاه:**  **عدم کارایی و اثر بخشی:**  **قدیمی بودن تکنولوژی دستگاه:**  **سابقه خرابی یا ایجاد حادثه دستگاه:** | **نام و مهر و امضا مسئول مرکز:** | | | |
| **واحد مهندسی پزشکی** | |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ردیف** | **علت** | **توضیحات** | | **1** | **UP time (مدت زمان کارکرد)** |  | | **2** | **تعداد حدودی خدمات ارائه شده توسط دستگاه طی یک سال گذشته** |  | | **3** | **Down time (مدت زمان ازکارافتادگی)** |  | | **4** | **نام شرکت نمایندگی** |  | | **5** | **دلایل :**  **خرابی غیر قابل تعمیر (با ذکر نوع خرابی)**  **عدم وجود قطعه (با ذکر نام قطعه و علت)**  **امکان آسیب به بیمار یا پرسنل (با ذکر مشکل)**  **عدم کارایی و امکانات مورد نیاز (با ذکر علت)**  **هزینه بالای تعمیرات( با ذکر هزینه)**  **خدمات پس از فروش نامناسب (ذکر علت نارضایتی)**  **عملکرد نامناسب دستگاه ناشی از فرسودگی**  **تعمیرات مکرر دستگاه**  **عدم وجود شرکت نماینده/ثالث**  **قدیمی بودن تکنولوژی** | **مستندات :** |   **موارد فوق غیر قابل اصلاح بوده و با توجه به نامه شماره ............... مورخ..................شرکت............................ دستگاه اسقاط/مازاد اعلام می گردد و قابلیت استفاده از قطعات را دارا می باشد نمی باشد**  **لذا انتقال به انبار اسقاط/مازاد مورد تائید است.**  **نحوه استفاده از قطعات:...............................................................**  **نام و مهر و امضا مسئول واحد مهندسی :** | | |
| **مدیریت/ معاونت پشتیبانی** | **مسئول واحد اموال**  **لطفا با هماهنگی مسئول واحد تجهیزات پزشکی جهت انتقال دستگاه فوق اقدام نمایید.**  **نام و مهر و امضا مدیریت مرکز :** | | |
| **واحد اموال** | **دستگاه مذکور از چرخه سیستم خارج و تحویل امین اموال مرکز جهت نگهداری در انبار اسقاط شد.**  **نام , مهر و امضا امین اموال مرکز :** | | |
| **کارشناسی معاونت درمان** | **دستگاه فوق به میزان ........... درصد اسقاط می باشد.**  **نام و نام خانوادگی و امضا کارشناس : امضا ریاست اداره تجهیزات پزشکی:** | | |