



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی تهران
معاونت درمان

فرم بازدید مسئولین تجهیزات

پزشکی از بخش

شماره فرم:.....

تاریخ بازدینی:.....

دوره تکمیل:.....

ردیف	نام مرکز:	نام بخش:	تاریخ بازدید:		توضیحات
			بله	خیر	
۱					آیا تعداد تجهیزات و لوازم جانبی موجود و متناسب است؟
۲					آیا آموزش لازم به کاربران دستگاه ها داده شده است؟
۳					آیا PM کاربری دستگاه ها انجام شده است؟
۴					آیا نگهداشت و ایمنی دستگاه ها مناسب است؟
۵					آیا دستگاه معیوب در بخش موجود است؟
۶					آیا دستگاه مشروط / مردود کنترل کیفی در بخش موجود است؟
۷					آیا دستگاه مازاد در بخش موجود است؟
۸					آیا دستگاه اسقاط در بخش موجود است؟
۹					آیا انبارش تجهیزات در بخش مناسب است؟
۱۰					آیا پشتیبانی برق ، اکسیژن و تاسیسات مرتبط با تجهیزات مناسب است؟

نام و امضای بازدید کننده:

نام و امضای مسئول بخش: