|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| بخش | نام مرکز : نام بخش :   |  |  | | --- | --- | | مشخصات دستگاه مورد نیاز بخش | | | نام دستگاه : | تعداد : | | مارک دستگاه : | مدل دستگاه : | | نوع نیاز : درمانی  تشخیصی  آموزشی  پژوهشی | | | اولویت نیاز : اول  دوم  سوم | | | دلایل نیاز : فقدان کالا  کمبود کالا  نبود قابلیت های مورد نیاز  خرابی مکرر  عمر بالای ده سال  اسقاط بودن کالای موجود  توسعه بخش  اقتصادی نبودن کالا  افزایش درآمد | | | ویژگی فنی دستگاه : | | | کاربردها و اهمیت ضرورت دستگاه : | |     نام و مهر امضا مسئول بخش: |
| واحد مهندسی پزشکی | |  |  | | --- | --- | | مشخصات دستگاه مشابه موجود در بخش | | | نام دستگاه : | تعداد : | | مارک دستگاه : | مدل دستگاه : | | کشور سازنده: | شرکت نمایندگی : | | وضعیت دستگاه : سالم  نیاز بروزرسانی  قابل تعمیر  اسقاط | | | میزان رضایت از عملکرد دستگاه : خوب  متوسط  بد  به دلیل : ................................ | | | میزان رضایت از خدمات پس از فروش : خوب  متوسط  بد  به دلیل : .............................. | | | \*\*\* آیا تجهیزات نصب نشده در بخش وجود دارد ؟ بله  خیر  توضیحات: .............................. | | | \*\*\* آیا دستگاهی بلا استفاده با تکنولوژی های روز در اختیار بخش می باشد؟ بله  خیر  توضیحات: .............................. | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | جدول مشخصات فنی مورد نیاز | | | | | ردیف | نام دستگاه | مشخصات فنی مورد نیاز | آپشن ها ها و لوازم جانبی مورد نیاز دسنگاه | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |

* توجیه اقتصادی

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| هزینه تعمیرات ماهانه/سالانه دستگاه مشابه موجود در بخش |  | تعداد مراجعه کنندگان ماهانه / سالانه |  |
| هزینه به روز رسانی دستگاه مشابه موجود در بخش |  | مدت زمان لازم برای انجام هر پروسیجر |  |
| هزینه خرید دستگاه جدید |  | تعداد انجام پروسیجر در ازای هر بیمار در طول دوره درمان |  |
| هزینه های مصرفی سالیانه |  | مدت زمان کارکرد ماهانه دستگاه |  |
| هزینه نصب و راه اندازی دستگاه |  | تعداد کاربر/پزشک متخصص و ماهر از دستگاه |  |
| هزینه به کارگیری و آموزش نیروی انسانی |  | تعداد روزهای فعال دستگاه در هفته |  |
| هزینه ساخت و نگهداری فضای فیزیکی |  | منافع و درآمد حاصل از خرید دستگاه |  |
| میزان تعرفه درمانی پروسیجر مربوطه |  | زیان های مالی ناشی از عدم خرید دستگاه |  |

|  |
| --- |
| * نظر کمیته اقتصاد و درمان :   دستگاه مورد نظر در کمیته اقتصاد و درمان مورخ ..................... مورد تایید است  / مورد تایید نمی باشد  اولویت نیاز در کمیته : الویت اول  الویت دوم  الویت سوم |
| * نحوه تامین دستگاه : حواله هیات امنای صرفه جویی ارزی  حواله از اداره کل تجهیزات   خیرین  شرکت نمایندگی |
| * ارزیابی و نظر کارشناسی مسئول تجهیزات پزشکی :       نام و مهر و امضا مسئول واحد مهندسی |