

دستورالعمل فرم شماره ۶۰۳

- رشته فعالیت آزمایشگاه: در صورتیکه آزمایشگاه در هر یک از رشته های ذکر شده فعالیت داشته باشد با علامت ضربدر مشخص می شود.
- نام آزمایشگاه: شامل عنوانی است که در پروانه تاسیس قید شده است.
- آدرس دقیق پستی و تلفن: منظور آدرس دقیق پستی و شماره تلفن آزمایشگاه می باشد که در صورت داشتن فاکس نیز ذکر شماره آن ضروری است.
- سال بهره برداری از واحد: زمانی است که آزمایشگاه آماده پذیرش بیمار شده باشد.
- تحت پوشش: آزمایشگاه ممکن است تحت پوشش موسساتی از قبیل دانشگاه علوم پزشکی، بخش خصوصی، انجمن خیریه، سازمان تامین اجتماعی و سایر نهادها و سازمانهای دیگر باشد که لازم است نام آن دقیقاً قید گردد.
- نوع مالکیت: در این قسمت با توجه به موارد تعیین شده نوع مالکیت در مربع مربوطه علامت زده می شود، در صورت استیجاری بودن میزان اجاره ماهیانه واحد نیز مشخص گردد.
- وضعیت مستقل و غیر مستقل: مستقل شامل آزمایشگاهی است که در یک واحد ساختمانی مجزا قرار گرفته و دارای پروانه تاسیس می باشد و غیر مستقل شامل آزمایشگاهی است که در داخل یا در محوطه واحدهای درمانی قرار گرفته و جزئی از آن بشمار می آید.
- بیمه: با توجه به مفاد قانون خدمات درمانی کلیه واحدهای درمانی که سازمان خدمات درمانی یا سازمان تأمین اجتماعی و یا سایر سازمانها را به عنوان دستگاه بیمه گر خود انتخاب می نمایند جزء مشمولین قرارداد با آن سازمان محسوب شده و در قسمت مربوطه با علامت ضربدر مشخص می گردد.
- ساعت کار: بر حسب نیمه وقت، تمام وقت یا شبانه روزی بودن در محل مربوطه با علامت ضربدر مشخص می شود.
- مساحت: منظور مساحت زیربنای مورد استفاده در آزمایشگاه می باشد.
- تعداد خطوط تلفن، تعداد کامپیوتر: در محل مربوطه قید می گردد.
- تجهیزات و لوازم ضروری: در صورت داشتن هر یک از موارد ذکر شده علامت ضربدر در مربع مربوطه گذاشته شود.
- آمار نیروی انسانی آزمایشگاه: توسط هر آزمایشگاه تکمیل و در جدول مربوطه با توجه به مدرک تحصیلی، سمت و وضعیت استخدام افراد شاغل در آزمایشگاه قید می گردد و آمار کارکنان شرکتی در ستون پیمانی، قراردادی قید گردد. لازم به ذکر است که نیروی انسانی آزمایشگاه تجربی اعم از کارشناس، تکنسین و کمک تکنسین به افرادی اطلاق می گردد که احکام مربوطه را پس از گذراندن دوره ها و امتحانات مربوطه اخذ نموده اند.

توجه:

- ۱ - تکمیل قسمتهای بالا و پائین فرم الزامی است، در صورت ناخوانا و ناقص بودن، فرم فاقد اعتبار بوده و عیناً عودت داده می شود.
- ۲ - مسئولیت صحت اطلاعات مندرج در فرم به عهده مسئول واحد می باشد.

کد فرم ۶۰۳

دانشگاه دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

شهرستان

سال

مشخصات آزمایشگاه

- ۱ - رشته فعالیت آزمایشگاه: ☐ آسیب شناسی بالینی (تشخیص طبی) ☐ تک رشته ای ☐ نام رشته ذکر شود
- ۲ - نام آزمایشگاه: ☐ آسیب شناسی تشریحی (پاتولوژی یا پاتوبیولوژی) ☐ ☐ آسیب شناسی بالینی و تشریحی
- ۳ - آدرس دقیق پستی: تلفن: نمابر:
- ۴ - سال بهره برداری اولیه از واحد:
- ۵ - وابسته به: دانشگاه علوم پزشکی سازمان تأمین اجتماعی ☐ بخش خصوصی ☐ خیریه ☐ سایر نهادها و ارگانها (با ذکر نام:) ☐
- ۶ - نوع مالکیت ساختمان (غیر از بخش خصوصی و خیریه): ☐ ملکی ☐ وقفی ☐ استیجاری (عمران اجاره ماهیانه: ریال) ☐

۷		۸			۹	۱۰	۱۱
وضعیت		شیفت کاری			مساحت زیر بنا (متر مربع)	تعداد خطوط تلفن مستقیم	تعداد کامپیوتر فعال
مستقل	غیر مستقل	۱ شیفت	۲ شیفت	شماره روزی			

- ۱۲ - آیا طرح اولیه ساختمان برای این منظور بوده است؟ ☐ بلی ☐ خیر
- ۱۳ - بخشها و سرویسهای موجود در آزمایشگاه (با علامت x مشخص شود):
- بدرش ☐ سمپاشی ☐ خون شناسی ☐ بیوشیمی خون ☐ سرویژی ☐ انگل شناسی ☐ سایر با ذکر نام:
- فارج شناسی ☐ ایمنولوژی ☐ هورمون شناسی ☐ بانک خون ☐ ویروس شناسی ☐ باکتری شناسی ☐ سایر با ذکر نام:
- پاتولوژی ☐ سیتولوژی ☐ پاتوبیولوژی ☐ هیستولوژی ☐ باپ استمر ☐ سایر با ذکر نام:
- ۱۴ - تأسیسات و لوازم موجود (با علامت x مشخص شود):
- ۱۵ - نیروی انسانی آزمایشگاه (در کلیه واحدها اعم از مستقل و غیر مستقل تکمیل گردد):

نیروی انسانی		جنس	مرد	زن	جمع کل
تحصیلات دانشگاهی	پزشک عمومی				
	رشته علوم	متخصص			
		دکترای حرفه ای			
		کارشناس			
	سایر رشته ها	کاربران			
		کارشناس ارشد و بالاتر			
	کارشناس				
کاربران					
تجربی					
سایر کارکنان					

- ☐ سیستم تهویه مطبوع
- ☐ کولر
- ☐ بخاری
- ☐ شوفاژ
- ☐ برق اضطراری
- ☐ گاز شهری
- ☐ وسیله اطباء حریق
- ☐ آسانسور

در سطح شهرستان تاریخ تکمیل فرم: به و امضاء تکمیل کننده: مسئول آزمایشگاه: مسئول امور شهرستان:

در سطح دانشکده علوم پزشکی به و امضاء: دکتر شمس‌الاسلام بهداشتی بریانی: مدیر امور و اطلاع رسانی: