

دستورالعمل فرم شماره ۶۰۴

- این فرم برای کلیه واحدهای پرتونگاری که در زمان آمارگیری فعال بوده و آماده ارائه خدمت به عموم مردم می باشند، تکمیل می گردد.
- نام واحد: شامل عنوانی است که واحد پرتونگاری تحت آن نام مکاتبه می کند.
- آدرس دقیق پستی و تلفن: منظور آدرس دقیق پستی و شماره تلفن واحد پرتونگاری می باشد که در صورت داشتن نمابر نیز ذکر شماره آن ضروری است.
- نوع وابستگی: واحد پرتونگاری ممکن است وابسته به مؤسساتی از قبیل دانشگاه علوم پزشکی، بخش خصوصی، انجمن خیریه، سازمان تأمین اجتماعی و یا سازمانها و نهادهای دیگر باشد که لازم است نام آن دقیقاً قید گردد.
- نوع مالکیت ساختمان: بغیر از واحدهای خصوصی و خیریه، مالکیت ساختمان به صورت ملکی، وقفی و استیجاری با ثبت میزان اجاره ماهیانه به ریال علامت زده میشود.
- سال بهره برداری اولیه: زمانی است که واحد پرتونگاری آماده پذیرش بیمار شده است. در صورتیکه وقفه ای در فعالیت واحد پرتونگاری به هر دلیلی ایجاد گشته باشد اولین سال بهره برداری واحد مورد نظر میباشد.
- وضعیت مستقل و غیر مستقل: مستقل شامل واحدی است که دارای تشکیلات و محل فعالیت مستقل باشد. غیر مستقل به واحدی گفته می شود که در داخل واحد دیگری قرار داشته و از امکانات اداری، مالی و پرسنلی واحد مذکور استفاده نماید.
- شیفت کاری: در تعیین شیفت کاری واحد، ارائه سرویس در حداکثر ۸ ساعت کاری را یک شیفت، حداکثر ۱۶ ساعت کاری را دو شیفت و بیش از ۱۶ ساعت را شبانه روزی محاسبه می نمایم.
- مساحت: منظور مساحت زیربنای مورد استفاده جهت پرتونگاری می باشد بر اساس اطلاعات و اسناد مربوط به ساختمان قید می گردد. در صورت موجود نبودن این اطلاع با اندازه گیری برای یکبار و ثبت آن در اسناد و مدارک مربوطه جهت استفاده برای سالهای بعد اقدام گردد.
- تجهیزات عمومی و لوازم موجود: تجهیزات عمومی و لوازم موجود که در زمان آمارگیری موجود و قابل استفاده میباشد با علامت × می بایست مشخص گردد.
- آمار نیروی انسانی: آمار نیروی انسانی پرتونگاری در کلیه واحدها اعم از مستقل و غیرمستقل می بایست ثبت گردد.

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.
- ۳ - فرم میبایست دارای مهر مرکز باشد و فرم بدون مهر، فاقد اعتبار بوده و عیناً عودت داده می شود.

مشخصات واحدهای پر توانگری

١ - نام واحد:

۲- آدرس دقیق پستی: تلفن: شماره:

۳- وابسته به: دانشگاه علوم پزشکی ☐ سازمان تابعین اجتماعی ☐ بخش خصوصی ☐ خبریه ☐ سایر نهادها و ارگانهای دیگر ☐ یادکرد نام

۴- نوع مالکیت ساختمان (غیر از بخش خصوصی و خیریه): ☐ ملکی ☐ وقفی ☐ استیجاری ☐ (میزان اجاره ماهیانه: ریال)

۵ - سال بهره برداری اولیه از واحد:

۱۰	۹	۸	۷			۶	
			شيفت کاری			وضعيت	
تعداد کابينيو تر فعال	تعداد خطوط تلفظ مستقيم	مساحت زیر بنا (متر مربع)	شبهانه روزی	۲ شيفت	۱ شيفت	غير مستقل	مستقل

۱۱ - آیا طرح اولیه ساختمان برای این منظور بوده است؟ ☐ بلی ☐ خیر

۱۲- امکانات و تجهیزات تخصصی (با علامت x مشخص شود):

☐ رادبولوزی ☐ سونوگرافی ☐ MRI ☐ سی تی اسکن ☐ عارضوگرافی ☐ پزشکی هسته‌ای
☐ آنژیوگرافی ☐ بانورکس ☐ رادبولوگرافی تکت دندان ☐ رادیونوزایی ☐ سایر یادکر نام

۱۳ - تجهیزات و لوازم تخصصی ضروری (با علامت x مشخص شود):

دستگاه ظهور و ثبت (انومالیک دسنی) ☐ چراغ خطر اشعه ☐ کپسول اکسیژن ☐ لوازم احیاء تنفسی قلبی ☐ فیلم بیج ☐ سایر یاد کر نام.....

۱۴- نظرات عمومی و لوازم موجود: (با علامت x مشخص شود):

نیروی انسانی		جنس	عمر	زن	جمع کل
تحصیلات	رشته ادب و ادبیات	مختص			
		کارشناس			
		کارپرداز			
استگاهی	سایر رشته ها	کارشناس ارشد و بالاتر			
		کارشناس			
		کارپرداز			
تجزیه					
صداک کمال					

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

بر عطية شهرستان - تاريخ تكميل فرد - داد و مضاعف تكميل كندد - مسئول پروتوكول - مسئول اخبار شهرستان

در سطح دانشگاه علوم و پزشکی داد و الفداء که خدمات تحصیلات بعد از لیسانس را ارائه می دهد