



جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان آذربایجان غربی

بسمه تعالی

شماره:

تاریخ:

پست:

سر، تعالی

فرم اعلام خرابی تجهیزات پزشکی که خرابی آن موجب اعزام بیمار میشود

مشخصات عمومی دستگاه	مشخصات خرابی بوجود آمده
نام دستگاه:	نام یا کد خرابی (error) پیش آمده:
نام کمپانی سازنده:	تاریخ آخرین سرویس دوره ای دستگاه:
مدل دستگاه:	تاریخ آخرین کنترل کیفی دستگاه:
سال نصب:	نتیجه کنترل کیفی: پذیرش <input type="checkbox"/> مشروط <input type="checkbox"/> تعلیق <input type="checkbox"/>
مشخصات شرکت ارایه دهنده خدمات پس از فروش	وضعیت فعلی دستگاه: کلا از کار افتاده <input type="checkbox"/> با مشکل کار میکند <input type="checkbox"/>
نام شرکت:	پیش بینی اولیه راجع به علت خرابی:
نام و شماره تماس کارشناس شرکت که جهت تعمیر با او هماهنگی صورت گرفته:	
شرح اقدامات صورت گرفته جهت برطرف شدن مشکل بوجود آمده:	

امضاء
رئیس مرکز

امضاء
مسئول تجهیزات پزشکی مرکز