

شماره: شماره
تاریخ: تاریخ
پیوست: پیوست



اداره کل تجهیزات و ملزمات پزشکی

عنوان «دستورالعمل جایگزینی (اسقاط) و جابجایی تجهیزات پزشکی سرمايه‌ای مشمول سطح بندی»

شماره	GD-WI-17	تاریخ شروع اجراء
شماره بازنگری	1	تاریخ اعتبار

دستورالعمل جایگزینی (اسقاط) و جابجایی تجهیزات پزشکی سرمايه‌ای مشمول سطح بندی

"موضوع ماده ۷ ضوابط نصب و راه اندازی، جایگزینی (اسقاط) و
جابجایی تجهیزات پزشکی سرمايه‌ای مشمول سطح بندی"

نگارش ۱

پیرو ابلاغ «ضوابط نصب و راه اندازی، جایگزینی (اسقاط) و جابجایی تجهیزات پزشکی مشمول سطح بندی» طی نامه
۱۰۱/۱۳۹۴/۰۸/۲۴ مورخ ۱۳۹۴/۰۸/۲۴ مقام عالی وزارت و با توجه به تکلیف مقرر در ماده ۷ این دستورالعمل به شرح ذیل
اعلان می‌گردد:

الف - فرآیند جایگزینی (اسقاط) تجهیزات پزشکی سرمايه‌ای مشمول سطح بندی:

تصویب کننده	تایید کننده	تهییه کننده
معاون وزیر و رئیس سازمان غذا و دارو دکتر رسول دینارو 	مدیر کل نظارت و ارزیابی تجهیزات و ملزمات پزشکی مهندس صفوي 	رئیس اداره کارشناسی مهندس سليماني

شماره: شماره
تاریخ: تاریخ
پیوست: پیوست



عنوان «دستورالعمل جایگزینی (اسقاط) و جابجایی تجهیزات پزشکی سرمايه‌ای مشمول سطح بندی»

شماره	تاریخ شروع اجراء	GD-WI-17	شماره بازنگری
	تاریخ اعتبار	1	

تجهیزات پزشکی دانشگاه نگهداری شده و به همراه تصویر پلاک یا پلاکهای اصلی دستگاه در بانک اطلاعات شناسنامه توسط معاونت غذا و دارو درج و ثبت نهایی اسقاط صورت گرفته و شناسنامه دستگاه توسط اداره کل ابطال می‌گردد.

تبصره ۱: در خصوص مراکز درمانی دولتی مراحل اسقاط با امضای سایر مسئولین ذیربطر (مانند نماینده ذیحسابی، امین اموال، نماینده حراست و....) و با رعایت سایر ضوابط و مقررات صورت می‌گیرد.

تبصره ۲: عدم اسقاط دستگاه مربوطه و یا استفاده مجدد از آن به منزله استفاده از دستگاه غیر مجاز در فرآیند تشخیص و درمان بوده و پیگرد قانونی دارد.

۵. پس از ثبت نهایی اسقاط ، درخواست مجوز نصب و راه اندازی و صدور شناسنامه جهت دستگاه جدید توسط دانشگاه در بانک شناسنامه وسیله پزشکی اداره کل نظارت و ارزیابی تجهیزات و ملزمات پزشکی ثبت گردیده و بر اساس مصوبات کمیته فنی شناسنامه دستگاه جدید توسط اداره کل نظارت و ارزیابی تجهیزات و ملزمات پزشکی صادر می‌گردد.

۶. استفاده از قطعات دستگاه اسقاط شده جهت ارائه خدمات پس از فروش صرفا با درخواست شرکت سازنده داخلی دستگاه، شرکت نمایندگی، شرکت سازنده خارجی دستگاه یا شرکتهای ثالث (دارای مجوز از اداره کل) با رعایت شرایط زیر بلامانع است:

تصویب کننده	تایید کننده	تهیه کننده
معاون وزیر و رئیس سازمان غذا و دارو دکتر رسول دیناروند	مدیر کل نظارت و ارزیابی تجهیزات و ملزمات پزشکی مهندس صفوي	رئیس اداره کارشناسی مهندس سلیمانی

شماره: شماره
تاریخ: تاریخ
بیوست: بیوست

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان
و آموزش پزشکی



سازمان غذا و دارو IFDA

اداره کل تجهیزات و ملزومات پزشکی

عنوان «دستورالعمل جایگزینی (اسقاط) و جابجایی تجهیزات پزشکی سرمايه‌ای مشمول سطح بندی»

شماره	GD-WI-17	تاریخ شروع اجراء
شماره بازنگری	1	تاریخ اعتبار

○ در صورتی که پس از اسقاط دستگاه، قطعات دستگاه به عنوان قطعه یدکی مورد استفاده قرار گیرد، مرکز مربوطه می‌بایست بصورت کتبی از شرایط قطعه مستعمل آگاه گردد. همچنین قیمت قطعه باید با توجه به این موضوع و با توافق طرفین تعیین شود.

○ قطعه یدکی دستگاه های اسقاط شده می‌بایست توسط شرکت حداقل ۳ ماه گارانتی گردد. در صورت بروز اشکال در اثر استفاده از قطعه مستعمل در دستگاه، کلیه مسئولیت‌های مربوطه متوجه شرکت ارائه دهنده خدمات است.

○ استفاده مجدد از قطعات مصرفی دستگاه و سایرقطعاتی که دارای سطح خطر بالا بوده و امکان انتقال عفونت و یا بیماری را تشیدید می‌کنند و به هر شکل و عنوان ممنوع است.

❖ فهرست قطعاتی که به عنوان قطعه یدکی از دستگاه اسقاط شده مورد استفاده قرار می‌گیرند، می‌بایست پس از درخواست شرکت به همراه شماره سریال توسط دانشگاه مربوطه تایید و ضمن صورتجلسه تحويل شرکت گردد.

ب- فرآیند جابجایی تجهیزات پزشکی سرمايه‌ای مشمول طرح سطح بندی:

تصویب کننده	تایید کننده	تهیه کننده
معاون وزیر و رئیس سازمان غذا و دارو دکتر رسول دیناروند	مدیر کل نظارت و ارزیابی تجهیزات و ملزومات پزشکی مهندس صفوي	رئیس اداره کارشناسی مهندس سلیمانی

شماره: شماره
تاریخ: تاریخ
پیوست: پیوست

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان
و آموزش پزشکی



سازمان غذا و دارو
اورگان تجهیزات و ملزومات پزشکی

عنوان «دستورالعمل جایگزینی (اسقاط) و جابجایی تجهیزات پزشکی سرمايه‌ای مشمول سطح بندی»			
شماره	تاریخ شروع اجراء	GD-WI-17	شماره بازنگری
	تاریخ اعتبار	1	

۱. ارائه درخواست جابجایی تجهیزات پزشکی موضوع این ضابطه توسط مرکز تشخیصی درمانی به همراه مدارک زیر به معافونت غذا و داروی دانشگاه مبدأ:

- الف- فرم تکمیل شده مشخصات و وضعیت فنی دستگاه مشمول جابجایی (پیوست شماره ۲)
 - ب- تصویر شناسنامه وسیله پزشکی دستگاه مشمول جابجایی
 - ج- موافقت اصولی تأسیس یا تجهیز مرکز تشخیصی / درمانی مقصد
 - د- اعلام کتبی موافقت شرکت تولید کننده داخلی دستگاه یا نمایندگی شرکت سازنده خارجی یا شرکت ثالث مجاز
 - جهت جابجایی دستگاه از مبدا و نصب و راه اندازی در مقصد
- تبصره ۱: نامه موافقت شرکت تولید کننده داخلی/نمایندگی کمپانی تولید کننده خارجی/ شرکت ثالث مجاز می باشد شامل مراتب و تعهدات ذیل باشد:
- تایید اینمنی و عملکرد دستگاه قبل از جابجایی، هنگام حمل و بعد از جابجایی، زمان نصب و راه اندازی
 - تضمین ارائه خدمات پس از فروش در مدت عمر مفید دستگاه طبق جدول پیوست ۲ ضابطه

تبصره ۲- مسئولیت‌های حمل و نقل، تایید نقشه فنی و آموزش کاربران مرکز تشخیصی درمانی مقصد بر عهده شرکت تولید کننده داخلی یا نمایندگی کمپانی تولید کننده خارجی یا شرکت ثالث مجاز می باشد.

تبصره ۳- مرکز تشخیصی و درمانی مقصد می باشد دارای مجوزهای قانونی فعالیت بوده و نام آن می باشد صراحتا در درخواست جابجایی ارائه شده توسط مرکز تشخیصی درمانی متقاضی قید گردد.

۲. بررسی درخواست جابجایی ارسالی مطابق تبصره ۱ ماده ۴ "ضوابط نصب و راه اندازی، جایگزینی (اسقاط) و جابجایی تجهیزات پزشکی سرمايه‌ای مشمول سطح بندی" و تایید واجد شرایط بودن مرکز تشخیصی و درمانی مقصد (از نظر مجوزهای سطح بندی و سایر مجوزهای مورد نیاز) توسط اداره تجهیزات پزشکی معافونت غذا و دارو با هماهنگی و اطلاع معافونت درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مبدأ.

تصویب کننده	تایید کننده	تهیه کننده
معاون وزیر و رئیس سازمان غذا و دارو دکتر رسول دیکاروند	مدیر کل نظارت و ارزیابی تجهیزات و ملزومات پزشکی مهندس صفوفی	رئیس اداره کارشناسی مهندس سلیمانی

شماره: شماره
تاریخ: تاریخ
پیوست: پیوست

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان
و آموزش پزشکی



سازمان عداؤ دارو
اداره کل تجهیزات، ملازمات پزشکی

عنوان «دستورالعمل جایگزینی (اسقاط) و جابجایی تجهیزات پزشکی سرمايه‌ای مشمول سطح بندی»

	تاریخ شروع اجراء	GD-WI-17	شماره
	تاریخ اعتبار	1	شماره بازنگری

۳. پس از تایید نهایی امکان جابجایی دستگاه توسط معاونت غذا و دارو، معاونت مذکور نسبت به صدور مجوز جابجایی و ثبت مجوز صادره در بانک اطلاعات شناسنامه وسایل پزشکی اداره کل نظارت و ارزیابی تجهیزات و ملزمات پزشکی اقدام نموده و کد رهگیری مجوز جابجایی کتابه متقاضی اعلام می‌گردد.

۴. بازکردن دستگاه، بسته بندی، حمل و نقل از مبدأ ، نصب، راه اندازی، کالیبراسیون و انجام آزمونهای پذیرش و آموزش دستگاه در مقصد صرفا می‌تواند توسط شرکت تولید کننده، نمایندگی و یا شرکت ثالث مورد تایید اداره کل نظارت و ارزیابی تجهیزات و ملزمات پزشکی صورت گیرد.

۵. به منظور اصلاح شناسنامه دستگاه جایجا شده ، می باشد درخواست مجوز نصب و راه اندازی دستگاه توسط معاونت غذا و داروی دانشگاه مقصد به همراه صورتجلسه جابجایی دستگاه و تصویر مجوزهای سطح بندی در بانک شناسنامه وسیله پزشکی اداره کل نظارت و ارزیابی تجهیزات و ملزمات پزشکی ثبت گردد.

۶. پس از تایید و صدور مجوز نصب و راه اندازی دستگاه جایجا شده بر اساس مصوبات کمیته فنی، شناسنامه وسیله پزشکی دستگاه جایجا شده جهت مرکز جدید توسط اداره کل نظارت و ارزیابی تجهیزات و ملزمات پزشکی اصلاح می‌گردد.

۷. صدور مجوز ورود و ترخیص دستگاه جدید جهت مرکز تشخیصی درمانی مبدأ، پس از ثبت تایید درخواست جابجایی در بانک اطلاعات شناسنامه وسیله پزشکی (بند ۳) از سوی اداره کل نظارت و ارزیابی تجهیزات و ملزمات پزشکی می‌تواند صورت گیرد.

۸. صدور شناسنامه دستگاه جدید جهت مرکز تشخیصی درمانی مبدأ، پس از صدور شناسنامه دستگاه جایجا شده (بند ۶) از سوی اداره کل نظارت و ارزیابی تجهیزات و ملزمات پزشکی امکانپذیر می‌گردد.

تصویب کننده	تایید کننده	تهیه کننده
معاون وزیر و رئیس سازمان غذا و دارو دکتر رسول ڈیناروند	مدیر کل نظارت و ارزیابی تجهیزات و ملزمات پزشکی مهندس صفوي	رئیس اداره کارشناسی مهندس سلیمانی

شماره: شماره
تاریخ: تاریخ
پیوست: پیوست



عنوان «دستورالعمل جایگزینی (اسقاط) و جابجایی تجهیزات پزشکی سرمايه‌ای مشمول سطح بندی»

	تاریخ شروع اجراء	GD-WI-17	شماره
	تاریخ اعتبار	۱	شماره بازنگری

صفحات مورد بازنگری	شرح مختصر تغییرات	تاریخ بازنگری	شماره بازنگری
کلیه صفحات	انجام تغییرات براساس راهنمایی بین المللی MEDICAL DEVICE	۸۸/۰۵/۱۴	۱
کلیه صفحات	انجام تغییرات براساس راهنمایی بین المللی MEDICAL DEVICE	۹۰/۰۵/۱۴	۲
کلیه صفحات	انجام تغییرات براساس راهنمایی بین المللی MEDICAL DEVICE	۹۴/۰۴/۰۱	۳

تصویب کننده	تایید کننده	تهییه کننده
معاون وزیر و رئیس سازمان غذا و دارو دکتر رسول دیباورد 	مدیر کل نظارت و ارزیابی تجهیزات و ملزومات پزشکی مهندس صفی	رئیس اداره کارشناسی مهندس سلیمانی

شماره: شماره
تاریخ: تاریخ
پیوست: پیوست

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان
و آموزش پزشکی



سازمان غذا و دارو

اداره کل تجهیزات، ملازمات پزشکی

عنوان «دستورالعمل جایگزینی (اسقاط) و جابجایی تجهیزات پزشکی سرمايه‌ای مشمول سطح بندی»

	تاریخ شروع اجراء	GD-WI-17	شماره
	تاریخ اعتبار	1	شماره بازنگری

۱. ارسال درخواست جایگزینی (اسقاط) تجهیزات پزشکی توسط مرکز تشخیصی درمانی متقارضی به همراه مدارک زیر به معاونت غذا و داروی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مربوطه:

الف- فرم تکمیل شده مشخصات و وضعیت فنی دستگاه مشمول جایگزینی (پیوست شماره ۱)

ب- تصویر شناسنامه وسیله پزشکی دستگاه مشمول جایگزینی

ج- موافقت اصولی تأسیس یا تجهیز مرکز تشخیصی / درمانی

۲. بررسی و کارشناسی درخواست ارسالی مطابق جدول پیوست ۲ از "ضوابط نصب و راه اندازی، جایگزینی (اسقاط) و جابجایی تجهیزات پزشکی سرمايه‌ای مشمول سطح بندی" توسط اداره تجهیزات پزشکی معاونت غذا و دارو با هماهنگی و اطلاع معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مربوطه.
درصورتیکه دستگاه موضوع درخواست واجد شرایط جایگزینی باشد، پس از تایید نهایی ، معاونت غذا و دارو نسبت به صدور مجوز جایگزینی (اسقاط) و ثبت مجوز صادره در بانک اطلاعات شناسنامه وسایل پزشکی اداره کل نظارت و ارزیابی تجهیزات و ملزمات پزشکی اقدام نموده و کد رهگیری مجوز صادره را کتبی به اطلاع متقارضی می رساند.
تبصره : در خصوص صدور مجوز ورود و ترخیص جهت جایگزینی دستگاههای ام آر آی و سی تی اسکن ، هرگونه ارتقاء در مشخصات دستگاهها (نسبت به مشخصات ذکر شده در موافقت اصولی اولیه) مستلزم اخذ مجوزهای لازم از معاونت درمان وزارت می باشد.

۳. پس از ثبت مجوز جایگزینی(اسقاط) در بانک اطلاعات شناسنامه وسایل پزشکی، اداره کل نظارت و ارزیابی تجهیزات و ملزمات پزشکی می تواند نسبت به صدور مجوز ورود و ترخیص دستگاه جایگزین اقدام نماید.

۴. پس از ترخیص و حمل دستگاه جدید به محل نصب توسط شرکت نمایندگی، دستگاه قبلی با نظارت اداره تجهیزات پزشکی دانشگاه مربوطه اسقاط و صورتجلسه تهیه و تنظیم میگردد. صورتجلسه اسقاط می باشد توسط اداره

تصویب کننده	تایید کننده	تهیه کننده
معاون وزیر و رئیس سازمان غذا و دارو دکتر رسول دایمی روند	مدیر کل نظارت و ارزیابی تجهیزات و ملزمات پزشکی مهندس صفوي	رئیس اداره کارشناسی مهندس سلیمانی

فرم اعلام مشخصات و وضعیت فنی دستگاههای مشمول جایگزینی (پیوست ۱)

<input type="checkbox"/> سی تی اسکن <input type="checkbox"/> آنژیوگرافی <input type="checkbox"/> گاماکمرا / اسپکت <input type="checkbox"/> شتابدهنده خطی <input type="checkbox"/> برآکی تراپی <input type="checkbox"/> گاما نایف/ساایبرنایف <input type="checkbox"/> IORT <input type="checkbox"/> سنجش تراکم استخوان <input type="checkbox"/> پت اسکن <input type="checkbox"/> ام. آر. آی <input type="checkbox"/> لیزر اکزایمر چشمی <input type="checkbox"/> فمتوسکنند/فمتو کاتاراکت	نوع دستگاه																										
این قسمت توسط مرکز تشخیصی درمانی متقاضی جایگزینی تکمیل می گردد.																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">مرکز محل نصب دستگاه</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">شرکت سازنده دستگاه</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px; text-align: center;">نمایندگی شرکت سازنده دستگاه در ایران</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px; text-align: center;">شرکت نصب و راه اندازی کننده دستگاه</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px; text-align: center;">شرکت ارائه دهنده خدمات پس از فروش</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px; text-align: center;">مدل دستگاه</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px; text-align: center;">شماره سریال دستگاه</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px; text-align: center;">سال تولید دستگاه</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px; text-align: center;">سال نصب دستگاه</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px; text-align: center;">مدت کارکرد دستگاه</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px; text-align: center;">وضعیت دستگاه هنگام خرید</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px; text-align: center;">وضعیت فعلی دستگاه</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px; text-align: center;">مشخصات و وضعیت لوازم جانبی همراه دستگاه</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px; text-align: center;">شرح دلایل درخواست جایگزینی دستگاه:</td> </tr> </table>		مرکز محل نصب دستگاه	شرکت سازنده دستگاه	نمایندگی شرکت سازنده دستگاه در ایران		شرکت نصب و راه اندازی کننده دستگاه		شرکت ارائه دهنده خدمات پس از فروش		مدل دستگاه		شماره سریال دستگاه		سال تولید دستگاه		سال نصب دستگاه		مدت کارکرد دستگاه		وضعیت دستگاه هنگام خرید		وضعیت فعلی دستگاه		مشخصات و وضعیت لوازم جانبی همراه دستگاه		شرح دلایل درخواست جایگزینی دستگاه:	
مرکز محل نصب دستگاه	شرکت سازنده دستگاه																										
نمایندگی شرکت سازنده دستگاه در ایران																											
شرکت نصب و راه اندازی کننده دستگاه																											
شرکت ارائه دهنده خدمات پس از فروش																											
مدل دستگاه																											
شماره سریال دستگاه																											
سال تولید دستگاه																											
سال نصب دستگاه																											
مدت کارکرد دستگاه																											
وضعیت دستگاه هنگام خرید																											
وضعیت فعلی دستگاه																											
مشخصات و وضعیت لوازم جانبی همراه دستگاه																											
شرح دلایل درخواست جایگزینی دستگاه:																											

این قسمت توسط معاونت غذا و داروی دانشگاه علوم پزشکی مربوطه بررسی و تکمیل می گردد.	
گزارش بررسی درخواست جایگزینی دستگاه:	
.....	
<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	جایگزینی دستگاه با توجه به "ضوابط نصب و راه اندازی، جایگزینی/ اسقاط و جابجایی تجهیزات سرمایه ای مشمول سطح بندی" مورد تأیید می باشد؟

تایید و امضاء معاونت غذا و دارو/درمان دانشگاه علوم پزشکی مربوطه	تایید و امضاء ریاست اداره تجهیزات پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مربوطه	تایید و امضاء ریاست مرکز تشخیصی درمانی متقاضی

فرم اعلام مشخصات و وضعیت فنی تجهیزات پزشکی مشمول جابجایی (پیوست ۲)

<input type="checkbox"/> سی تی اسکن <input type="checkbox"/> آنژیوگرافی <input type="checkbox"/> گاماکمرا / اسپکت <input type="checkbox"/> سنگ شکن (برون اندامی) <input type="checkbox"/> شتابدهنده خطی <input type="checkbox"/> برآکی تراپی <input type="checkbox"/> گاما نایف/ساپرنایف <input type="checkbox"/> IORT <input type="checkbox"/> سنجش تراکم استخوان <input type="checkbox"/> پت اسکن <input type="checkbox"/> CBCT <input type="checkbox"/> ام. آر. آی <input type="checkbox"/> لیزر اگزایمر چشمی <input type="checkbox"/> فمتوسکنید/فمتو کاتاراکت	نوع دستگاه این قسمت توسط مرکز تشخیصی درمانی متقاضی جابجایی(مبداً) تکمیل می گردد.
<input type="checkbox"/> مرکز محل نصب فعلی دستگاه	مرکز محل نصب فعلی دستگاه
<input type="checkbox"/> مرکز محل نصب جدید دستگاه	مرکز محل نصب جدید دستگاه
<input type="checkbox"/> شرکت سازنده دستگاه	شرکت سازنده دستگاه
<input type="checkbox"/> نمایندگی شرکت سازنده دستگاه در ایران	نمایندگی شرکت سازنده دستگاه در ایران
<input type="checkbox"/> شرکت نصب و راه اندازی گننده دستگاه	شرکت نصب و راه اندازی گننده دستگاه
<input type="checkbox"/> شرکت ارائه دهنده خدمات پس از فروش	شرکت ارائه دهنده خدمات پس از فروش
<input type="checkbox"/> شرکت مسئول جابجایی دستگاه	شرکت مسئول جابجایی دستگاه
<input type="checkbox"/> مدل دستگاه	مدل دستگاه
<input type="checkbox"/> شماره سریال دستگاه	شماره سریال دستگاه
<input type="checkbox"/> سال تولید دستگاه	سال تولید دستگاه
<input type="checkbox"/> سال نصب دستگاه	سال نصب دستگاه
<input type="checkbox"/> مدت کارکرد دستگاه	مدت کارکرد دستگاه
<input type="checkbox"/> وضعیت دستگاه هنگام خرید نو <input type="checkbox"/> بازسازی شده <input type="checkbox"/> دست دوم	وضعیت دستگاه هنگام خرید نو <input type="checkbox"/> بازسازی شده <input type="checkbox"/> دست دوم
<input type="checkbox"/> وضعیت دستگاه هنگام جابجایی سالم و فعال <input type="checkbox"/> سالم و غیر فعال <input type="checkbox"/> معیوب(نیاز به تعمیرات دارد) <input type="checkbox"/>	وضعیت دستگاه هنگام جابجایی سالم و فعال <input type="checkbox"/> سالم و غیر فعال <input type="checkbox"/> معیوب(نیاز به تعمیرات دارد) <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ذکر مشخصات لوازم جانبی همراه دستگاه علت درخواست جابجایی دستگاه:	ذکر مشخصات لوازم جانبی همراه دستگاه علت درخواست جابجایی دستگاه:

این قسمت توسط معاونت غذا و داروی دانشگاه علوم پزشکی مبدأ بررسی و تکمیل می گردد.
گزارش بررسی درخواست جابجایی دستگاه:
جابجایی دستگاه با توجه به "ضوابط نصب و راه اندازی، جایگزینی (اسقاط) و جابجایی تجهیزات سرمایه ای مشمول سطح بندی " مورد تایید می باشد؟

تایید و امضاء معاونت غذا و دارو/درمان دانشگاه علوم پزشکی مبدأ	تایید و امضاء ریاست اداره تجهیزات پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مبدأ	تایید و امضاء ریاست مرکز تشخیصی درمانی مبدأ

تذکر: موافقت کتبی دانشگاه علوم پزشکی مقصود به منظور جابجایی دستگاه با مشخصات و وضعیت دستگاه مطابق مندرجات فرم حاضر می‌باشد پیوست گردید.