



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان
بیمارستان / مرکز آموزشی و درمانی

فرم نیازسنجی تجهیزات پزشکی

این قسمت توسط بخش درخواست کننده تکمیل گردد.			
نام بخش:			
تاریخ تنظیم درخواست:			
نام دستگاه	تعداد		
نوع نیاز: ☐ درمانی ☐ تشخیصی ☐ آموزشی ☐ پژوهشی			
دلایل نیاز: ☐ فقدان دستگاه ☐ توسعه ی بخش ☐ اسقاط دستگاه موجود ☐ قدیمی بودن ورژن دستگاه ☐ پشتیبان دستگاه موجود			
ویژگی های فنی مورد نیاز:			
دلایل لزوم وجود دستگاه در بخش:			
طبق چه استاندارد دی وجود دستگاه الزامی است؟ (تمامی موارد کامل ذکر شود)			
نام و نام خانوادگی سرپرستار:		نام و نام خانوادگی رییس بخش:	
محل امضا		محل امضا	
نام و نام خانوادگی مدیر گروه:		نام و نام خانوادگی رییس بیمارستان:	
محل امضا		محل امضا	

این قسمت توسط واحد تجهیزات پزشکی بیمارستان تکمیل گردد. تاریخ تنظیم درخواست:						
نام دستگاه	تعداد	مارک پیشنهادی	مدل پیشنهادی			
کد UMDNS	برآورد ریالی	تأمین اعتبار شده است؟				
آیا فضای فیزیکی دستگاه آماده است؟ (در صورت خیر برآورد ریالی اعلام شود)						
آیا دستگاه مجوز بهره برداری (موافقت اصولی) دارد؟ در صورت خیر اقدامات انجام شده را ذکر کنید.						
آیا در کمیته ی تجهیزات پزشکی بیمارستان مطرح شده است و تاییدیه خرید اخذ شده است؟ (تاریخ و شماره مصوبه ی کمیته)						
آیا پزشک متخصص نیاز وجود دارد؟ (وضعیت استخدامی)						
آیا کاربران مورد نیاز وجود دارد؟						
نحوه ی تأمین: (هیأت امنا/ خرید دانشگاه/ خیرین)						
بررسی هزینه /درآمد دستگاه مورد نیاز: بررسی همه جانبه از قیمت دستگاه/هزینه های مصرفی سالیانه/ تعرفه ها و پیش بینی درآمد حاصله سالیانه/تعداد نیروی مورد نیاز/هزینه ساخت فضای فیزیکی/ تحلیل زمان بازگشت سرمایه و غیره						
مشخصات فنی موردنظر جهت تنظیم الزامات فنی کمیته فنی خرید، لیست شود: (حتی لازم است پیوست شود)						
آیا مشابه دستگاه مورد درخواست در بیمارستان وجود دارد؟						
مشخصات دستگاه موجود						
مارک	مدل	سال ساخت دستگاه	وضعیت دستگاه			
نتیجه گیری نهایی:						
نام و نام خانوادگی مسئول تجهیزات پزشکی:				محل امضا:		



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کردستان

این قسمت توسط اداره ی تجهیزات پزشکی معاونت درمان تکمیل گردد. تاریخ تنظیم درخواست:	
دستگاه مورد درخواست جز اولویت های خرید دانشگاه می باشد؟ اولویت چندم:	
آیا تامین اعتبار مالی شده است؟ در صورت عدم تامین اعتبار مکاتبه با معاونت توسعه مدیریت انجام شده است؟	
آیا فضای فیزیکی دستگاه آماده است؟ (در صورت خیر برآورد ریالی اعلام شود) اقدامات صورت گرفته:	
آیا دستگاه مجوز بهره برداری (موافقت اصولی) دارد؟ در صورت خیر اقدامات انجام شده را ذکر کنید.	
نحوه ی تامین: (هیات امنه/ خرید دانشگاه/ خیرین)	
هیات امنه	شماره داتپا: شماره حواله وزارت:
دانشگاه	شماره مجوز هیات ریسه:
امور خیرین	درصد همکاری:
بررسی هزینه/درآمد دستگاه مورد نیاز: بررسی همه جانبه از قیمت دستگاه/هزینه های مصرفی سالیانه/ تعرفه ها و پیش بینی درآمدها حاصله سالیانه/تعداد نیروی مورد نیاز/هزینه ساخت فضای فیزیکی/ تحلیل زمان بازگشت سرمایه و غیره	
مشخصات فنی لازم جهت تنظیم الزامات فنی مناقصه/استعلام:	
نتیجه گیری نهایی بررسی:	
نام و نام خانوادگی کارشناس اداره تجهیزات پزشکی:	نام و نام خانوادگی رئیس اداره تجهیزات پزشکی:
محل امضا:	محل امضا:
نام و نام خانوادگی معاون درمان دانشگاه:	نام و نام خانوادگی معاون توسعه مدیریت و منابع دانشگاه:
محل امضا:	محل امضا:
نام و نام خانوادگی رئیس دانشگاه:	
محل امضا:	