

فرم نیازسنجی تجهیزات پزشکی مراکز درمانی دانشگاه علوم پزشکی آذربایجان غربی

نام مرکز :	نام بخش :
مشخصات دستگاه مورد نیاز سنجی	
نام دستگاه :	تعداد :
نوع نیاز :	
<input type="checkbox"/> درمانی	<input type="checkbox"/> تشخیصی
<input type="checkbox"/> آموزشی	<input type="checkbox"/> پژوهشی
اولویت نیاز سنجی :	
<input type="checkbox"/> ضروری	<input type="checkbox"/> اول
<input type="checkbox"/> دوم	<input type="checkbox"/> سوم
دلایل نیاز :	
<input type="checkbox"/> فقدان تجهیزات	<input type="checkbox"/> کمبود
<input type="checkbox"/> خرابی مکرر	<input type="checkbox"/> عمر بالای ۱۰ سال
<input type="checkbox"/> نبود قابلیت‌های مورد نیاز	<input type="checkbox"/> توسعه بخشی
<input type="checkbox"/> افزایش درآمد	<input type="checkbox"/> اقتصادی نبودن کالا
ویژگی / ویژگی های فنی دستگاه :	
کاربرد ها و اهمیت ضرورت دستگاه :	

مشخصات دستگاه مشابه موجود در بخش

نام دستگاه :	تعداد :
مارک دستگاه :	مدل دستگاه :
کشور سازنده دستگاه :	شرکت نمایندگی :
وضعیت دستگاه :	
<input type="checkbox"/> سالم	<input type="checkbox"/> نیاز به بروز رسانی
<input type="checkbox"/> قابل تعمیر	<input type="checkbox"/> اسقاط
میزان رضایت از دستگاه :	
<input type="checkbox"/> خوب	<input type="checkbox"/> متوسط
<input type="checkbox"/> بد	<input type="checkbox"/> بدلیل :

نام و امضاء ریاست مرکز

نام و امضاء مسئول تجهیزات پزشکی

نام و امضاء مسئول بخش