



جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان آذربایجان غربی

بسمه تعالی

شماره: .....

تاریخ: .....

## بسمه تعالی

فرم گزارش و پیشنهاد اسقاط سازی تجهیزات پزشکی جهت ارائه در کمیته تجهیزات پزشکی مراکز درمانی  
(دانشگاه علوم پزشکی آذربایجان غربی)

مشخصات مرکز درمانی					
نام مرکز درمانی	نام بخش	نام تهیه کننده گزارش	تاریخ و شماره صورتجلسه کمیته تجهیزات پزشکی		
مشخصات دستگاه					
نام دستگاه	مدل دستگاه	شماره اموال اسریال	تاریخ نصب دستگاه	مستندات اسقاط سازی موجود است (بله / نه)	شرکت ارائه دهنده خدمات پس از فروش

توضیحات و مستندات مورد نیاز جهت طرح و بررسی در کمیته تجهیزات پزشکی مرکز درمانی

	UP TIME	مستندات و معیار اسقاط سازی
	DOWN TIME	
	کیفیت عملکرد	
	هزینه تعمیرات	
	ایمنی دستگاه	
	شرایط خدمات پس از فروش	
	عدم سازگاری	

- در صورت نیاز به راهنمایی جهت تکمیل فرم و آگاهی از فرآیند اسقاط سازی، به خط مشی و روالهای مدیریت نگهداشت و اسقاط تجهیزات پزشکی رجوع شود.

نام و نام خانوادگی و امضای  
ریاست مرکز

نام و نام خانوادگی و امضای  
مسئول واحد مهندسی پزشکی مرکز