



الف) مشخصات درخواست کننده:

* نام و نام خانوادگی:

* تاریخ درخواست:

* سمت:

* مهر و امضاء متقاضی:

ب) مشخصات وسیله پزشکی درخواستی:

* نام وسیله پزشکی:

* برند های پیشنهادی: (با اولویت خرید از وسایل پزشکی تولید داخل)

۱- مارک (برند) وسیله:	مدل/سایز:	کشور سازنده:
۲- مارک (برند) وسیله:	مدل/سایز:	کشور سازنده:
۳- مارک (برند) وسیله:	مدل/سایز:	کشور سازنده:

* برآورد تقریبی میزان مصرف ماهانه: * برآورد تقریبی قیمت (ریالی) واحد وسیله پزشکی:

* گروه تخصصی وسیله پزشکی:

<input type="checkbox"/> قلب و عروق - اینترونشنال	<input type="checkbox"/> گوارش - آندوسکوپی	<input type="checkbox"/> ارتوپدی	<input type="checkbox"/> مغز و اعصاب	<input type="checkbox"/> اورولوژی
<input type="checkbox"/> زنان و زایمان - نوزادان	<input type="checkbox"/> تنفسی - بیهوشی	<input type="checkbox"/> چشم	<input type="checkbox"/> جراحی عمومی	<input type="checkbox"/> مصرفی عمومی
<input type="checkbox"/> گوش - حلق - بینی	<input type="checkbox"/> سایر (ذکر گردد).		

* دلایل لزوم اضافه شدن این وسیله به فهرست فرمولاری بیمارستان ذکر گردد.

.....
.....
.....

ج) اظهار نظر کمیته دارو و تجهیزات پزشکی بیمارستان:

* پیشنهاد آقای / خانم در خصوص ورود وسیله پزشکی در کمیته دارو و تجهیزات

پزشکی در تاریخ مطرح و با ورود این وسیله پزشکی به فهرست فرمولاری بیمارستان موافقت گردید.

امضاء رئیس کمیته جهت ارجاع

* جهت پیگیری و تایید نهایی، به معاونت غذا و دارو دانشگاه ارسال گردد.

توجه ۱: جهت امکان بررسی و سیر مراحل بعدی فرم را به صورت کامل تکمیل فرمایید.

توجه ۲: کلیه پیشنهادات وسیله پزشکی می بایست در چارچوب ضوابط و مقررات ابلاغی و از زنجیره توزیع قانونی صورت پذیرد.