


کد مدرک: FOME.۰۰۳/۰۰۰	فرم شماره ۳ درخواست خرید تجهیزات مصرفی پزشکی (غیر از تولید داخل)	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران معاونت غذا و دارو
-----------------------	---	---

* نام استاد مسئول: * نوع عمل: * تاریخ عمل: * تاریخ درخواست:	* گروه بالینی درخواست دهنده: * نام بیمار: * کد پذیرش: * نام شرکت و برند مورد نظر: * نام تجهیزات مصرفی پزشکی درخواستی:
* بیمار کمتر از ۲ ماه از اولین ترخیص تصادفی ایش می گذرد. <input type="checkbox"/>	
* بیمار به صورت تصادفی با برگه اورژانس پذیرش شده است. <input type="checkbox"/>	
* بیمار به صورت تصادفی با نامه کلانتری و یا کروکی پذیرش شده است. <input type="checkbox"/>	
* بیمار غیر تصادفی پذیرش شده است. <input type="checkbox"/>	
* آیا تجهیزات مصرفی پزشکی مورد درخواست معادل تولید داخل دارد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	
* نام شرکت تولید کننده داخل:	
* دلایل عدم استفاده از تجهیزات مصرفی پزشکی معادل تولید داخل ذکر شود	
مهر و امضا پزشک درخواست کننده:	
* این قسمت توسط مسئول فنی تجهیزات مصرفی پزشکی بیمارستان تکمیل و پیگیری گردد	
تایید و امضای مسئول فنی:	* تجهیزات مصرفی پزشکی درخواستی تهیه گردد. <input type="checkbox"/>
تایید و امضای مدیر بیمارستان:	* به مدیر بیمارستان جهت تایید ارجاع گردد. <input type="checkbox"/>
* به دبیر کمیته دارو و تجهیزات جهت طرح در کمیته دارو و تجهیزات ارجاع گردید <input type="checkbox"/>	
نتیجه نهایی:	

توجه ۱: جهت امکان بررسی و سیر مراحل بعدی فرم را به صورت کامل تکمیل فرمایید.
 توجه ۲: کلیه خرید های تجهیزات مصرفی پزشکی می بایست در چارچوب ضوابط و مقررات ابلاغی و از زنجیره توزیع صورت پذیرد.