

تاریخ
۱۳۹۳/ /

فرم اولویت سنجی تجهیزات پزشکی مرکز پزشکی، آموزشی و درمانی / دانشکده / مرکز تحقیقاتی

اطلاعات عمومی (در صورت لزوم اطلاعات تکمیلی پیوست شود)

| | | | | | | |
|------------------|------------|--------|--------|--------|-------------------|-------|
| نام و مدل دستگاه | هدف کاربری | آموزشی | پژوهشی | درمانی | تخصص کاربر | متخصص |
| | | | | | فوق تخصص / فلوشیپ | |

اطلاعات کاربری

| | |
|--|--|
| تعداد پزشکان / کاربران متخصص مرکز | تعداد دانشجوی آموزشی / پژوهشی برای آشنایی با دستگاه (در هر نیمسال) |
| آیا سابقه نصب قبلی در مرکز وجود دارد؟ | تعداد دستگاههای موجود مشابه |
| تعداد درخواست جهت توسعه خدمات | تعداد درخواست جهت جایگزینی |
| آمار (ماهانه) استفاده از دستگاههای مشابه موجود در پروسه های «آموزشی / پژوهشی» یا «پیشگیری / تشخیصی / درمانی» بر اساس اطلاعات HIS | |
| آمار (ماهانه) صف انتظار نیازمند به پروسه های «آموزشی / پژوهشی» یا «پیشگیری / تشخیصی / درمانی» دستگاه درخواست شده بر اساس اطلاعات HIS | |
| آمار (ماهانه) ارجاع به سایر مراکز بخاطر عدم وجود دستگاه | |
| میانگین عمر سالانه دستگاههای مشابه مرکز بر اساس نرم افزار آویژه | |
| میانگین هزینه نگهداری دستگاههای مشابه بر اساس اطلاعات نرم افزار آویژه | |
| پیش بینی زمان راه اندازی و استفاده از دستگاه پس از تحویل | |
| تکنولوژی دستگاههای مشابه موجود در مرکز | |
| تکنولوژی دستگاه درخواست شده | |
| دلایل توجیهی خرید | |
| تکمیل کننده فرم | تأیید رئیس مرکز |