



بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز

معاونت درمان - مدیریت تجهیزات پزشکی

فرم نگهداشت پیشگیرانه تجهیزات پزشکی مرکز آموزشی درمانی / بیمارستان .....

نام دستگاه : نبولایزر

شماره اموال :

محل استفاده :

| شخص های هفتگی                                                        |          |          |            | ماه اول  |          |          |            | ماه دوم  |          |          |            | ماه سوم  |          |          |            |
|----------------------------------------------------------------------|----------|----------|------------|----------|----------|----------|------------|----------|----------|----------|------------|----------|----------|----------|------------|
| هفته اول                                                             | هفته دوم | هفته سوم | هفته چهارم | هفته اول | هفته دوم | هفته سوم | هفته چهارم | هفته اول | هفته دوم | هفته سوم | هفته چهارم | هفته اول | هفته دوم | هفته سوم | هفته چهارم |
|                                                                      |          |          |            |          |          |          |            |          |          |          |            |          |          |          |            |
|                                                                      |          |          |            |          |          |          |            |          |          |          |            |          |          |          |            |
|                                                                      |          |          |            |          |          |          |            |          |          |          |            |          |          |          |            |
|                                                                      |          |          |            |          |          |          |            |          |          |          |            |          |          |          |            |
|                                                                      |          |          |            |          |          |          |            |          |          |          |            |          |          |          |            |
|                                                                      |          |          |            |          |          |          |            |          |          |          |            |          |          |          |            |
| شخص های ماهانه                                                       |          |          |            | ماه اول  |          |          |            | ماه دوم  |          |          |            | ماه سوم  |          |          |            |
| سالم                                                                 | معیوب    | توضیحات  |            | سالم     | معیوب    | توضیحات  |            | سالم     | معیوب    | توضیحات  |            | سالم     | معیوب    | توضیحات  |            |
|                                                                      |          |          |            |          |          |          |            |          |          |          |            |          |          |          |            |
|                                                                      |          |          |            |          |          |          |            |          |          |          |            |          |          |          |            |
|                                                                      |          |          |            |          |          |          |            |          |          |          |            |          |          |          |            |
|                                                                      |          |          |            |          |          |          |            |          |          |          |            |          |          |          |            |
|                                                                      |          |          |            |          |          |          |            |          |          |          |            |          |          |          |            |
|                                                                      |          |          |            |          |          |          |            |          |          |          |            |          |          |          |            |
| نام و نام خانوادگی<br>کارشناس / مسئول تجهیزات پزشکی<br>تاریخ / امضاء |          |          |            |          |          |          |            |          |          |          |            |          |          |          |            |