**فرم اعلام مشخصات و وضعیت فنی دستگاه های مشمول جایگزینی (پیوست 1)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **نوع دستگاه** | سی تی اسکن آنژیوگرافی گاماکمرا / اسبکت سنگ شکن( برون اندام شتابدهنده خطی براکی تراپی IORT پت اسکن گاما نایف/ سایبرنایف لیزر اگزایمر چشمی  ام.آر.آی CBCT سنجش تراکم استخوان فمتوسکند/ فمتو کاتاراکت | |
| **این قسمت توسط مرکز تشخیصی درمانی متقاضی جایگزینی تکمیل می گردد.** | | |
| **مرکز محل نصب دستگاه** | |  |
| **شرکت سازنده دستگاه** | |  |
| **نمایندگی شرکت سازنده دستگاه در ایران** | |  |
| **شرکت نصب و راه اندازی کننده دستگاه** | |  |
| **شرکت ارائه دهنده خدمات پس از فروش** | |  |
| **مدل دستگاه** | |  |
| **شماره سریال دستگاه** | |  |
| **سال تولید دستگاه** | |  |
| **سال نصب دستگاه** | |  |
| **مدت كاركرد دستگاه** | |  |
| **وضعيت دستگاه هنگام خريد** | | نو بازسازی شده دست دوم |
| **وضعيت فعلي دستگاه** | | سالم و فعال معیوب (نیاز به تعمیرات دارد)  سالم و غیرفعال اسقاط |
| **مشخصات و وضعیت لوازم جانبی همراه دستگاه** | |  |
| **شرح دلايل درخواست جايگزيني دستگاه :**  **..............................................................................................................................................................................................................**  **..............................................................................................................................................................................................................** | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **این قسمت توسط معاونت غذا و داروی دانشگاه علوم پزشکی مربوطه بررسی و تکمیل می گردد** | | |
| **گزارش بررسی درخواست جایگزینی دستگاه:**  **.....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................** | | |
| **جایگزینی دستگاه با توجه به "ضوابط نصب و راه اندازی ، جایگزینی /اسقاط و جابجایی تجهیزات سرمایه ای مشمول سطح بندی " مورد تایید می باشد؟** | | **بله خیر** |
| **تایید و امضاء ریاست**  **مرکز تشخیصی درمانی متقاضی** | **تایید و امضاء مدیر تجهیزات**  **پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مربوطه** | **تایید و امضا معاونت غذا دارو /درمان دانشگاه علوم پزشکی مربوطه** |