

مشخصات و اطلاعات بیمارستانی

سال

بیمارستان بیمارستان و زایشگاه زایشگاه

۱- نام بیمارستان / زایشگاه :

۲- آدرس دقیق پستی :
تلفن :
نمابر :۳- وابسته به : دانشگاه علوم پزشکی سازمان تامین اجتماعی بخش خصوصی خیریه سایر نهادها و ارگان ها با ذکر نام۴- نوع مالکیت ساختمان (غیر از بخش خصوصی و خیریه) : ملکی وقفی استیجاری

۵- سال بهره برداری اولیه از واحد :

۶- نوع فعالیت : درمانی آموزشی درمانی ۷- رشته فعالیت : عمومی تخصصی (در یک رشته) نام رشته

۱۱	۱۰	۹		۸	
تعداد کامپیوتر فعال در بیمارستان	تعداد آمبولانس فعال در بیمارستان	مساحت (متر مربع)		تعداد بلوک	
		کل زمین	زیربنا	اداری	درمانی

۱۶- آیا طرح اولیه ساختمان برای این منظور بوده است؟ بلی خیر ۱۷- درجه بر اساس آخرین ارزیابی :
درجه ۱ درجه ۲ درجه ۳ ۱۸- آیا ساختمان در سال گذشته گسترش فضا داشته است؟
بلی خیر میزان گسترش مترمربع۱۹- گسترش فضا در چه زمینه ای صورت گرفته است؟
درمانی آموزشی اداری ۲۰- تجهیزات عمومی (باعلامت × مشخص شود):
۲۲- امکانات برحسب تعداد:سیستم اعلان حریق سیستم تهویه مطبوع
سیستم اطفاء حریق برق اضطراری
شلنگ آب اطفاء حریق کپسول اطفاء حریق

۲۱- تجهیزات تخصصی (باعلامت × مشخص شود):

آشپزخانه اتاق عمل کوچک (درمانگاه)
اکسیژن مرکزی امکانات استریل
چراغ خطر اشعه زباله سوز
ساکشن مرکزی سردخانه مواد غذایی
سردخانه نگهداری جسد سیستم دفع بهداشتی زباله
کپسول اکسیژن گازهای بیهوشی مرکزی
لوازم احیاء تنفس قلبی لوله کشی گاز طبی
وسایل حرکت درمانی فیلم بیج
سیستم دفع بهداشتی فاضلاب

<input type="text"/>	تعداد بلوک اداری	<input type="text"/>	تعداد بلوک درمانی
<input type="text"/>	اتاق عمل	<input type="text"/>	تخت عمل
<input type="text"/>	اتاق گچگیری	<input type="text"/>	دستگاه بیهوشی
<input type="text"/>	انکیاتور	<input type="text"/>	اتاق ریکاوری
<input type="text"/>	تخت ریکاوری	<input type="text"/>	دستگاه الکتروشوک
<input type="text"/>	تخت رومینگ	<input type="text"/>	دستگاه ایکس ری
<input type="text"/>	مانیتورینگ	<input type="text"/>	تخت ژنیکولوژی
<input type="text"/>	اتاق درد	<input type="text"/>	تخت اتاق درد
<input type="text"/>	اتاق زایمان	<input type="text"/>	تخت اتاق زایمان
<input type="text"/>	کات نوزادان	<input type="text"/>	اتاق شیر
<input type="text"/>	ونتیلاتور	<input type="text"/>	دستگاه آنتی زن +
<input type="text"/>	دستگاه آنتی زن -	<input type="text"/>	تخت فوریت
<input type="text"/>	تخت دیالیز	<input type="text"/>	

در سطح شهرستان: تاریخ تکمیل فرم: نام و امضاء: (تکمیل کننده مدیر بیمارستان مسئول آمار شهرستان)

در سطح دانشگاه علوم پزشکی: نام و امضاء: (کارشناس تسهیلات بهداشتی درمانی مدیر آمار فناوری اطلاعات)

دستور العمل فرم شماره ۶۰۱ ص ۱

نام بیمارستان یا زایشگاه : شامل عنوانی است که بیمارستان یا زایشگاه تحت آن نام مکاتبه می کند.

آدرس و تلفن : منظور آدرس دقیق پستی و شماره تلفن بیمارستان یا زایشگاه می باشد که در صورت داشتن نمابر نیز ذکر شماره آن ضروری است.

نوع وابستگی : واحد درمانی ممکن است وابسته به موسساتی از قبیل دانشگاه علوم پزشکی، بخش خصوصی، انجمن خیریه، سازمان تامین اجتماعی و یا سازمان ها و نهادهائی مانند بنیاد جانبازان و ... باشد که با ذکر نام سازمان و نهاد موردنظر، هریک از قسمت های مربوطه علامت زده می شود.

نوع مالکیت ساختمان : بغیر از واحدهای خصوصی و خیریه، مالکیت ساختمان به صورت ملکی، وقفی و استیجاری با ثبت میزان اجاره ماهیانه به ریال علامت زده می شود.

سال بهره برداری اولیه : زمانی است که بیمارستان یا زایشگاه آماده پذیرش بیمار شده است، در صورتیکه وقفه ای در فعالیت موسسه درمانی به هردلیلی ایجاد گشته باشد، اولین سال بهره برداری موسسه درمانی موردنظرمی باشد.

رشته فعالیت : در صورتیکه بیمارستان فقط در یک رشته خاص مانند چشم، سرطان، قلب، کودکان و ... فعالیت نماید، تخصصی بوده، که لازم است نام رشته تخصصی نوشته شود، در غیر این صورت عمومی محسوب می شود.

تعداد بلوک: با توجه به این که هر واحد ساختمانی جدا از هم را یک بلوک به حساب می آوریم، تعداد بلوک های اداری و درمانی بیمارستان یا زایشگاه در قسمت های تعیین شده ثبت گردد، در صورتیکه بلوکی هم فعالیت اداری و هم فعالیت درمانی در آن صورت می گیرد، می بایست در قسمت بلوک های درمانی آن را به حساب آورد.

مساحت : متراژ کل زمین و سطح زیرینا به مترمربع براساس اطلاعات و اسناد مربوط به ساختمان قید می گردد. در صورت موجود نبودن این اطلاعات با اندازه گیری برای یکبار و ثبت آن در اسناد و مدارک مربوطه جهت استفاده برای سال های بعد اقدام گردد.

تجهیزات تخصصی و عمومی : منظور فعال بودن هریک از موارد ذکر شده در بیمارستان یا زایشگاه در زمان آمارگیری می باشد.

امکانات بر حسب تعداد : منظور ثبت تعداد موجود و فعال هریک از موارد ذکر شده در بیمارستان و زایشگاه در زمان آمارگیری می باشد.

تخت فوریت : منظور تعداد تخت هایی است که در بیمارستان به بیماران تحت نظر (بیماران با اقامت کمتر از ۶ ساعت) اختصاص دارد.

توجه :

۱- تکمیل قسمت های بالا و پایین فرم الزامی است، در صورت ناخوانا و ناقص بودن، فرم فاقد اعتبار است.

۲- مسئولیت صحت اطلاعات مندرج در فرم به عهده مسئول واحد می باشد.

۳- فرم می بایست دارای مهر مرکز باشد و فرم بدون مهر فاقد اعتبار است.

۲۳- سرویس های تشخیصی بیمارستان (با علامت × مشخص شود) :

۲۴- سرویس های درمانی بیمارستان (با علامت × مشخص شود)

- | | | | |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> شنوایی سنجی | <input type="checkbox"/> آزمایشگاه | <input type="checkbox"/> پیس میکر | <input type="checkbox"/> فیزیوتراپی |
| <input type="checkbox"/> الکتروانسفالوگرافی | <input type="checkbox"/> بینائی سنجی | <input type="checkbox"/> سنگ شکن | <input type="checkbox"/> شیمی درمانی |
| <input type="checkbox"/> الکترومیوگرافی | <input type="checkbox"/> تست ورزش | <input type="checkbox"/> رادیوتراپی | <input type="checkbox"/> دیالیز |
| <input type="checkbox"/> رادیولوژی | <input type="checkbox"/> سی تی اسکن | <input type="checkbox"/> کاتتریسم | <input type="checkbox"/> روانکاوی |
| <input type="checkbox"/> سونوگرافی | <input type="checkbox"/> آنژیوگرافی | <input type="checkbox"/> لیزرتراپی | <input type="checkbox"/> ERCP |
| <input type="checkbox"/> پزشکی هسته ای | <input type="checkbox"/> سیستوسکپی | <input type="checkbox"/> هموفیلی | <input type="checkbox"/> داروخانه |
| <input type="checkbox"/> M.R.I | <input type="checkbox"/> اسپیرومتری | <input type="checkbox"/> تالاسمی | <input type="checkbox"/> I.V.F |
| <input type="checkbox"/> برونکوسکپی | <input type="checkbox"/> نوکلئاراسکن | | |
| <input type="checkbox"/> آندوسکپی | <input type="checkbox"/> الکتروکاردیوگرافی | | |
| <input type="checkbox"/> اکو کاردیوگرافی | <input type="checkbox"/> پاتولوژی | | |
| <input type="checkbox"/> کلونوسکپی | <input type="checkbox"/> ماموگرافی | | |
| <input type="checkbox"/> رکتوسیگموئیدوسکپی | <input type="checkbox"/> گفتار درمانی | | |

در سطح شهرستان: تاریخ تکمیل فرم: نام و امضاء: (تکمیل کننده مدیر بیمارستان مسئول آمار شهرستان)

در سطح دانشگاه علوم پزشکی: نام و امضاء: (کارشناس تسهیلات بهداشتی درمانی مدیر آمار و فناوری اطلاعات)