

۱- نام واحد:

۲- آدرس دقیق پستی: تلفن: نمابر:

۳- وابسته به: دانشگاه علوم پزشکی سازمان تامین اجتماعی بخش خصوصی خیریه سایر نهادها و ارگان های دیگر با ذکر نام

۴- نوع مالکیت ساختمان (غیر از بخش خصوصی و خیریه): ملکی وقفی استیجاری واگذاری

۵- سال بهره برداری اولیه از واحد سال شروع بکار در ساختمان جدید (در صورت جابجایی)

۹	۸	۷			۶	
تعداد کامپیوتر فعال	مساحت زیربنا (متر مربع)	شیفت کاری			وضعیت	
		شبهانه روزی	۲ شیفت	۱ شیفت	غیر مستقل	مستقل

۱۰- آیا طرح اولیه ساختمان برای این منظور بوده است؟ بله خیر

۱۱- سرویس های تشخیصی و درمانی موجود (با علامت × مشخص شود):

رادیولوژی سونوگرافی MRI سی تی اسکن ماموگرافی پزشکی هسته ای
 آنژیوگرافی پانورکس رادیوگرافی تک دندان رادیوتراپی سایر با ذکر نام

در سطح شهرستان: تاریخ تکمیل فرم: نام و امضاء: (تکمیل کننده مسئول پرتونگاری مسئول آمار شهرستان) (.....)

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

دستورالعمل فرم شماره ۶۰۴

- این فرم برای کلیه واحدهای پرتونگاری که در زمان آمار گیری فعال بوده و آماده ارائه خدمت به عموم مردم می باشند، تکمیل می گردد.
- **نام واحد:** شامل عنوانی است که واحد پرتو نگاری تحت آن نام مکاتبه می کند.
- **آدرس دقیق پستی و تلفن:** منظور آدرس دقیق پستی و شماره تلفن واحد پرتو نگاری می باشد که در صورت داشتن نمابر نیز ذکر شماره آن ضروری است.
- **نوع وابستگی:** واحد پرتونگاری ممکن است وابسته به موسساتی از قبیل دانشگاه علوم پزشکی، بخش خصوصی، انجمن خیریه، سازمان تامین اجتماعی و یا سازمان ها و نهادهای دیگر باشد، که لازم است نام آن دقیقاً قید گردد.
- **نوع مالکیت ساختمان:** به غیر 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 واحد پرتونگاری آماده پذیرش بیمار شده است. در صورتیکه وقفه ای در فعالیت واحد پرتو نگاری به هر دلیلی ایجاد گشته باشد، اولین سال بهره برداری واحد مورد نظر می باشد.
- **سال شروع بکار در ساختمان جدید:** در صورت جابجایی در این قسمت تاریخ شروع بکار در ساختمان جدید قید گردد.
- **وضعیت مستقل و غیر مستقل:** مستقل شامل واحدی است که دارای تشکیلات و محل فعالیت مستقل باشد. غیر مستقل به واحدی گفته می شود که در داخل واحد دیگری قرار داشته و از امکانات اداری، مالی و پرسنلی واحد مذکور استفاده نماید.
- **شیفت کاری:** در تعیین شیفت کاری واحد، ارائه سرویس در حداکثر ۸ ساعت کاری را یک شیفت، حداکثر ۱۶ ساعت کاری را دو شیفت و بیش از ۱۶ ساعت را شبانه روزی محاسبه می نمائیم.
- **مساحت:** منظور مساحت زیربنای مورد استفاده جهت پرتونگاری می باشد، براساس اطلاعات و اسناد مربوط به ساختمان قید می گردد. در صورت موجود نبودن این اطلاع با اندازه گیری برای یکبار و ثبت آن در اسناد و مدارک مربوطه جهت استفاده برای سال های بعد اقدام گردد.

توجه :

- ۱- تکمیل قسمت های بالا و پائین فرم الزامی است، در صورت ناخوانا و ناقص بودن، فرم فاقد اعتبار بوده و عیناً عودت داده می شود.
- ۲- مسؤلیت صحت اطلاعات مندرج در فرم به عهده مسؤل واحد می باشد.
- ۳- فرم می بایست دارای مهر مرکز باشد و فرم بدون مهر، فاقد اعتبار بوده و عیناً عودت داده می شود.