

شماره فرم:.....

تاریخ بازبینی:.....

	تاریخ تنظیم درخواست	نام بخش
--	---------------------	---------

بخش

	تعداد		نام دستگاه
	مدل دستگاه (پیشنهادی)		مارک دستگاه (پیشنهادی)
	<input type="radio"/> پژوهشی <input type="radio"/> آموزشی <input type="radio"/> تشخیصی <input type="radio"/> درمانی		نوع نیاز
<input type="radio"/> توسعه بخش	<input type="radio"/> خرابی مکرر	<input type="radio"/> فقدان کالا	دلایل نیاز
<input type="radio"/> اقتصادی نبودن کالا	<input type="radio"/> عمر بالای ۱۰ سال	<input type="radio"/> کمبود کالا	
<input type="radio"/> افزایش درآمد	<input type="radio"/> اسقاط کالاهای موجود	<input type="radio"/> نبود قابلیت های مورد نظر	
			تعداد دفعات استفاده سالانه
			ویژگی های فنی مورد نیاز
			لوازم جانبی مورد نیاز
		امضاء و نظر سرپرستار بخش	کاربرد ها ، اهمیت و ضرورت خرید دستگاه
		امضاء و نظر ریاست / مسئول بخش	



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی تهران

فرم خرید و نیازسنجی تجهیزات پزشکی مراکز

درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران

شماره فرم:.....

تاریخ بازبینی:.....

واحد تجهیزات پزشکی بیمارستان

مشخصات دستگاه مشابه موجود در بخش

نام دستگاه	تعداد	
مارک دستگاه	مدل دستگاه	
کشور سازنده	شرکت نمایندگی	
وضعیت دستگاه	<input type="radio"/> سالم <input type="radio"/> نیاز به بروزرسانی <input type="radio"/> نیاز به تعمیرات <input type="radio"/> اسقاط	
	در صورت بروزرسانی و یا تعمیرات دستگاه مشابه موجود در بخش توضیحات تکمیلی ارائه فرمائید.	
نوع خرید	<input type="radio"/> جایگزینی (برای دومین بار) <input type="radio"/> توسعه ای (برای اولین بار)	
آیا دستگاه مجوز بهره برداری (موافقت اصولی) را دارد؟ (*در صورت نیاز)	<input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر	
آیا در استاندارد سازی مرکز دیده شده است؟ (وجود استاندارد های لازم)	<input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر	
انجام محاسبات مربوط به قیمت گذاری (invoice)	<input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر	
ثبت اطلاعات invoice		

تشخیصی _ درمانی

تشخیصی - درمانی	صرفا جایگزینی	میزان رضایت از عملکرد دستگاه	<input type="radio"/> بد <input type="radio"/> متوسط <input type="radio"/> خوب
		میزان رضایت از خدمات پس از فروش	<input type="radio"/> بد <input type="radio"/> متوسط <input type="radio"/> خوب
	صرفا توسعه ای	به روز شدن تکنولوژی جدید	<input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر
		۲/۵	



وزارت بهداشت، درمانی و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی تهران

فرم خرید و نیازسنجی تجهیزات پزشکی مراکز

درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران

شماره فرم:.....

تاریخ بازبینی:.....

	۲/۵	<input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر		راه اندازی درمانگاه جدید		نوسه ای و جایگزینی
	۷	<input type="radio"/> اولویت اول		تأیید کمیته		
	۳	<input type="radio"/> اولویت دوم				
	۰	<input type="radio"/> اولویت سوم				
	۷	<input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر		تعداد کاربر / پزشک متخصص	وجود پزشک متخصص / کاربر جهت استفاده از دستگاه	
			مشخص کردن تعداد پزشک / کاربر			
	۱/۵	<input type="radio"/> 0-30	درصد افزایش	تعداد فعالی	تعداد مراجعه کنندگان ماهیانه و سالانه	
	۳	<input type="radio"/> 30-60		تعداد تخمینی		
	۷	<input type="radio"/> 60-100				
	۵	<input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر		کاهش صف انتظار		
	۷	<input type="radio"/> ۷روز		تعداد شیفت های روزانه فعال دستگاه در هفته		
	۳	<input type="radio"/> 7-5روز				
	۱/۵	<input type="radio"/> 5-3روز				
	۰	<input type="radio"/> زیر سه روز				
	۷	<input type="radio"/> ۷شب		تعداد شیفت های شبانه فعال دستگاه در هفته		
	۳	<input type="radio"/> 5-7شب				
	۱/۵	<input type="radio"/> 5-3شب				
	۰	<input type="radio"/> زیر سه شب				

اقتصادی، مالی، درآمد زایی، توسعه

درآمد زایی، توسعه، اقتصادی، مالی،	نحوه تامین و منبع	محل تامین بودجه خرید دستگاه	خیرین / منابع وزارت بهداشت / <input type="radio"/> هیئت امنای ارزی	۵
			از هیئت با ارز نیمایی <input type="radio"/>	۲/۵



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی تهران

فرم خرید و نیازسنجی تجهیزات پزشکی مراکز

درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران

شماره فرم:.....

تاریخ بازبینی:.....

	۰	<input type="radio"/> خرید مستقیم		
	۵	<input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر	هزینه تعمیرات / بروز رسانی دستگاه موجود از ۵ درصد قیمت خرید کمتر است	
	۵	<input type="radio"/> دارد <input type="radio"/> ندارد	تعرفه	تعرفه درمانی
میزان تعرفه درمانی پروسیجر مربوطه:				
	۵	<input type="radio"/> بله تحت پوشش است	آیا تعرفه های مصرفی کالا تحت پوشش است؟	
	۲/۵	<input type="radio"/> نصف هزینه را تقبل می کند		
	۰	<input type="radio"/> هیچ هزینه ای را تقبل نمی کند.		
			بودجه مورد نیاز سالیانه (هزینه خرید دستگاه) (S)	هزینه خرید
			هزینه تعمیرات / بروز رسانی دستگاه مشابه موجود در بخش به صورت ماهیانه و سالیانه (F)	
			هزینه نصب و راه اندازی دستگاه (B)	میزان هزینه:
			هزینه ساخت و نگهداری فضای فیزیکی (C)	میزان هزینه:
			هزینه به کارگیری و آموزش نیروی انسانی (D)	میزان هزینه:
			هزینه های مصرفی سالیانه (E)	میزان هزینه:
			تعرفه انجام پروسیجر (A)	نقطه بازگشت سرمایه
			تعداد مراجعه کننده سالیانه (N)	
			بودجه مورد نیاز سالیانه نگهداشت (M=0.07*S) یا محاسبه هزینه های دستگاه شامل (F و B/C/D/E)	
			درآمد خالص سالیانه (I=(A*N)-M)	
			نقطه بازگشت سرمایه (T=S/I)	
	۲۰	<input type="radio"/> ۰-۲ سال	تحلیل نقطه بازگشت سرمایه	
	۱۰	<input type="radio"/> ۲-۴ سال		
	۵	<input type="radio"/> ۴-۶ سال		
	۰	<input type="radio"/> بیش از ۶ سال		



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی تهران

فرم خرید و نیازسنجی تجهیزات پزشکی مراکز

درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران

شماره فرم:.....

تاریخ بازبینی:.....

امتیاز	معیار	آموزشی	
	۱۰	<input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر	آموزشی آیا دستگاه استفاده آموزشی دارد؟

امتیاز	معیار	پژوهشی	
	۵	<input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر	پژوهشی آیا کاربرد پژوهشی دارد؟

ارزیابی فنی و تعیین برند				
اولویت ۳	اولویت ۲	اولویت ۱	نام برند و شرکت نمایندگی	ارزیابی شرکت ها
<input type="radio"/> ندارد <input type="radio"/> دارد	<input type="radio"/> ندارد <input type="radio"/> دارد	<input type="radio"/> ندارد <input type="radio"/> دارد	حمایت از تولید داخل	ارزیابی فنی و تعیین برند
			تعداد مراکز نصب	
			مدت زمان کارانتی	
			سهولت کاربری	
			تعداد انجام پروسیجر در ازای هر بیمار در طول دوره درمان	
			مدت زمان لازم برای انجام هر پروسیجر	
			مشخصه های خاص فنی *توضیحات*	
<input type="radio"/> ندارد <input type="radio"/> دارد	<input type="radio"/> ندارد <input type="radio"/> دارد	<input type="radio"/> ندارد <input type="radio"/> دارد	مجوز های لازم اداره کل	
<input type="radio"/> ندارد <input type="radio"/> دارد	<input type="radio"/> ندارد <input type="radio"/> دارد	<input type="radio"/> ندارد <input type="radio"/> دارد	مجوز CE	
<input type="radio"/> ندارد <input type="radio"/> دارد	<input type="radio"/> ندارد <input type="radio"/> دارد	<input type="radio"/> ندارد <input type="radio"/> دارد	FDA	

	امضا نتیجه نهایی ارزیابی فنی شرکتها و مشخص شدن تعیین برند
--	---



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی تهران

فرم خرید و نیازسنجی تجهیزات پزشکی مراکز

درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران

شماره فرم:.....

تاریخ بازبینی:.....

اداره تجهیزات پزشکی معاونت درمان					
	۵			بالای میانگین دستگاه	*بهره وری دستگاه (جایگزینی)
	۲/۵				
	۱			بالای دامنه بهینگی	
	۰				
	اولویت ۳	اولویت ۲	اولویت ۱	بررسی تعداد MDR	مجموع امتیازات
					نتیجه بررسی و نظر نهایی کارشناس خرید ستاد

اداره تجهیزات پزشکی معاونت درمان