

کد شناسایی:	شناسنامه بیمارستانی	 دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه معاونت درمان
تاریخ بازنگری: بازنگری بعدی: شش ماه		

1. نام بیمارستان (م آ د):
2. آدرس دقیق پستی: تلفن: نمابر:
3. شماره پروانه تاسیس:
4. تاریخ صدور مجوز بهره برداری: زمان تمدید :
5. تعداد تخت فعال: 6. تعدادتخت تخصیصی مصوب:
- 7.پیش بینی تعدادتخت تا پایان سال 94 (بر اساس متمم سطح بندی): 8. متوسط درصد اشغال تخت:
9. نام و تحصیلات مسئولین بیمارستان:

عنوان	ریاست	مدیریت	مدیر پرستاری	مسئول صبح	مسئول فنی عصر	مسئول فنی شب
نام و نام خانوادگی						
رشته تخصصی / تحصیلات						

10.بخشهای فعال بیمارستان:

ردیف	نام بخش	تعدادتخت فعال	سرپرست علمی بخش و نوع تخصص	مسئول فنی و نوع تخصص	سرپرستار و مدرک تحصیلی	مساحت بخش	وجود نقشه

11.آخرین درجه ارزشیابی:

12.سرویس های موجود بیمارستان:

فیزیوتراپی	الکتروآنسفالوگرافی	الکترومیوگرافی	رادیولوژی	شیمی درمانی	مددکاری
MRI	برونکوسکوپی	اکوکاردیوگرافی	کلونوسکپی	لیزر تراپی	هموفیلی
داروخانه	شنوایی سنجی	بینایی سنجی	تست ورزش	سنگ شکن	دیالیز
سونوگرافی	اسپیرومتری	کاتتریسیم	ماموگراف	ERCP	تالاسمی
پاتولوژی	پیس میکر	گفتار درمانی	آزمایشگاه	سی تی اسکن	رکتوسیگموئیدوسکوپی
آنژیوگرافی	سیستوسکوپی	آندوسکوپی	روانکاوی	الکتروکاردیوگرافی	

تعداد آمبولانس مرکز سایر سرویس ها

13.تاسیسات زیربنایی:

سیستم دفع بهداشتی فاضلاب سیستم دفع بهداشتی زباله منبع ذخیره آب برق اضطراری

راه اضطراری

14.سیستم های اطلاعاتی:

اینترنت

کتابخانه

15.درمانگاههای موجود:

الف: تخصصی:

ردیف	نام درمانگاه	روزهای فعالیت در هفته

ب: عمومی

ردیف	نام درمانگاه	روزهای فعالیت در هفته

16.نیروی انسانی:

الف: پزشک متخصص:

نوع استخدام نوع تخصص	پرکیس	قراردادی	مهمان	رسمی	ضریب کا	جمع

*در جدول فوق اسامی کلیه تخصصهای موجود در مرکز اعلام گردد.

ب: پرسنل

سایر پرسنل	رسمی	طرحی	قراردادی	اضافه کار	شرکتی	پست مصوب	سایر پرسنل	رسمی	طرحی	قراردادی	اضافه کار	شرکتی	پست مصوب
پزشکان عمومی							شنوایی						
پرستاران							سنجی						
بهبود							بیهوشی						
اتاق عمل							علوم آزمایشگاهی						
رادیولوژی							کمک بهیار						
فیزیوتراپی							منشی						
کاردرمانی							خدمات						
گفتاردرمانی							اداری و پشتیبانی						
ماما							سایر						

17.آیا بیمارستان در سال جاری برنامه برای توسعه فضا و خدمات دارد؟

تاریخ تکمیل فرم: نام و امضاء فرد تکمیل کننده: تأیید مدیر بیمارستان: