**نام مرکز سلامت / پایگاه / خانه بهداشت : تاریخ تکمیل فرم :**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **عنوان** | **تعداد لازم** | **موجود بودن** | | **موجود**  **نیست** |  |
| **سالم**  **(تعداد )** | **نیازمند**  **تعمیر** | **مورد نیاز**  **تعداد** |
| **1** | **گوشی طبی و دستگاه فشارسنج** | **1 عدد** |  |  |  |  |
| **2** | **سونی کید** | **1 عدد** |  |  |  |  |
| **3** | **تخت معاینه** | **1 عدد** |  |  |  |  |
| **4** | **پاراوان** | **پرده ، پاراوان سقفی یا تلسکوپی** |  |  |  |  |
| **5** | **ترازوی بزرگسال** | **1 عدد** |  |  |  |  |
| **6** | **قدسنج بزرگسال** | **1 عدد** |  |  |  |  |
| **7** | **ترمومتر دهانی و جای ترمومتر** | **1 عدد** |  |  |  |  |
| **8** | **پایه سرم ثابت یا متحرک** | **1 عدد** |  |  |  |  |
| **9** | **کپسول اکسیژن و مانومتر ، ماسک یا لوله در اندازه های مختلف** | **1 عدد ( در صورت موجود بودن در مرکز )** |  |  |  |  |
| **10** | **پایه تخت** | **1 عدد** |  |  |  |  |
| **11** | **ملحفه پارچه ای** | **2 عدد (جهت تخت معاینه مادر باردار)** |  |  |  |  |
| **12** | **وسایل مصرفی (در صورت عدم وجود هریک از موارد درخواست شود )** | **دستکش لاتکس، دستکش یکبار مصرف ، ملحفه یکبار مصرف ، صابون مایع – کیسه فریزر – مواد ضدعفونی کننده –ماسک - گان – شیلد – دستمال کاغذی دوقلو** |  |  |  |  |
| **13** | **متر نواری** | **1 عدد** |  |  |  |  |
| **14** | **پوار یکبار مصرف** | **1 عدد** |  |  |  |  |
| **15** | **کلامپ بند ناف** | **3 عدد** |  |  |  |  |

**نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم : مهر مرکز :**