



لیست بررسی روزانه کپسول اکسیژن مرکز بهداشت شماره ۲ اصفهان



سال ۱۴۰۲

.....  مرکز .....  پایگاه .....  خانه بهداشت

ردیف	تاریخ	نام مسئول پیگیری	میزان اکسیژن	وضعیت مانومتر	امضا
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					
۹					
۱۰					
۱۱					
۱۲					
۱۳					
۱۴					
۱۵					
۱۶					
۱۷					
۱۸					
۱۹					
۲۰					
۲۱					
۲۲					
۲۳					
۲۴					
۲۵					
۲۶					
۲۷					
۲۸					
۲۹					
۳۰					
۳۱					

تهیه و تنظیم: واحد تجهیزات پزشکی