

Acil ① Acil

UŞAK ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

İHTİYAÇ TALEP FORMU

Doküman No: KU.FR.001		Yayın Tarihi HAZİRAN 2014	Revizyon No 01	Revizyon Tarihi Aralık 2016	Sayfa No: 1/1					
TALEP EDEN BÖLÜM AMELİYATHANE										
SIRA NO	BÜTÇE UYGULAMA KODU	MEDİN STOK KODU	TALEP EDİLEN MALZEME	MİKTAR	BİRİM	ANA DEPO STOK MİKTARI	BİR ÖNCEKİ TAKVİM YILI ALIM MİKTARI	İSTEMİN SÜRESİ	DAHA ÖNCEKİ ALIM ŞEKLİ VE ALIM TARİHİ	ORTALAMA AYLIK TÜKETİM
1			Genoray marka						Stopy	
2									(1 Adet)	
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11 BÖLÜMÜN TALEP GEREKÇESİ								24/11/2018		
*Cihazda spontan oluşan hatalar sebebiyle vakalar yarım kalmaktadır.								Bölüm Sorumlusunun imza ve kaşesi		

*Lütfen Kabul edilebilir gerekçelerinizi giriniz

NOT: 3 , 4 , 5, 8 ve 11 nolu alanlar Servis Sorumlusu tarafından doldurulacaktır.

Ömer ÖZCAN
İdari ve Mali Hizmetler
Müdürü
EMİNE BÖLME
Uşak Devlet Hastanesi
Biyomedikal Teknikeri

12 DEPO GÖRÜŞÜ	13 TAŞINIR KODU/...../20.....
		Taşınır kayıt yetkilisinin imza ve kaşesi

*Lütfen talebin özelliğine göre ilgili depo görüşünü aldıktan sonra talep ön inceleme birimlerine teslim ediniz.

TALEP ÖN İNCELEME KOMİSYONU GÖRÜŞÜ	/...../20.....	
BÜTÇE KODU			
ALIM ŞEKLİ	İHALE	Yukarıdaki talebin satın alınması hususunu onaylarınıza uygun görüşe arz ederim. Gerçekleştirme Görevlisi İdari ve Mali Hizmetler Müdürü/...../..... UYGUNDUR / UYGUN DEĞİLDİR. Harcama Yetkilisi Hastane Yöneticisi
	DOĞRUDAN TEMİN		



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

UŞAK ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANESİ

TIBBİ CİHAZ ARIZA BİLDİRİM FORMU

Doküman Kodu
MC.FR.001

Yayın Tarihi
Eylül 2018

Revizyon No
EA

Revizyon Tarihi
22.10.2018

Sayfa No
1 / 1

Arızayı Bildiren

Bölüm:

Ameliyathane

Dâhili Tel:

Sorumlusu:

Fatih SARAC

İmza:

Arıza Bildirim Tarih-Saat:

Arızalı Cihaz Bilgisi

Künye No: *

1008262049

Seri No:

Marka:

GENORAY

Model:

ZEN 5000

Cihaz Türü:

SKOPY

Kullanım Yeri:

Ameliyathane

Arıza Açıklaması:

"CCU VD SIGNAL IS ABSENT"

Teknik Servis Faaliyetleri

Cihazı Teslim Alan:

EB

Tarih-Saat:

Arızaya Müdahale Eden:

Ad - Soyad - İmza:

Aliya BACAK

Tarih-Saat:

AC

Cihazın Garanti / Bakım Sözleşmesi Durumu:

Evet

Hayır

Arızalı Cihaza Yapılan İşlem:

Cihaz bağlantıları kontrol edildi.

Sonuç:

Faal

HEK

Kurum Dışı Teknik Hizmet Alımı

Sonuç Açıklaması:

Uygun olım prosedürleri ardından onarım gerçekleştirilmiştir.

Not: Bu form gerekli işlemlerden sonra klinik mühendislik biriminde muhafaza edilecektir.