فرآیندهای موافقت اصولی افزایش بخش/ تخت بیمارستانها و مراکز جراحی محدود و سرپائی در سامانه صدورپروانه ها

اداره صدورپروانه ها
شهریور ماه ۱۴۰۱

vct@iums.ac.ir

بسم الله الرحمن الرحیم

https://parvaneh.behdasht.gov.ir/publicpages/ 80%

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

سامانه صدور پروانه ها و مدیریت اطلاعات موسسات

معاونت درمان

ورود به سامانه | آئین نامه ها و منابع | دانلودهای ضروری | سرویسها و خدمات | اطلاعات و مدارک راهنما

ثبت نام	ورود	بازیابی رمز عبور
جهت عضویت کلیک فرمایید	جهت ورود بر روی این لینک کلیک فرمایید	بازیابی رمز عبور

تعریف مراحل مختلف در سامانه

به سامانه صدور پروانه های وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی خوش آمدید

اگر تاکنون درخواستی ثبت ، ارسال و ایمیل تایید دریافت نموده اید جهت پیگیری در خواست خود می توانید بر روی دکمه "پیگیری درخواست ها" کلیک نمایید. در صورت تمایل به ثبت درخواست جدید بر روی دکمه "درخواست جدید" کلیک گردد.

بررسی ضوابط سطح بندی تجهیزات سرمایه ای

بررسی ضوابط سطح بندی تاسیس

پیگیری درخواست ها ۲۴

آیین نامه ها

راهنمای کاربری

+ درخواست های مرحله موافقت اصولی

+ درخواست های مرحله بهره برداری

+ درخواست های تغییرات موسسه

اطلاعات حساب کاربری

اطلاعات شخصی

نام و نام خانوادگی:
شماره همراه:
کد ملی:
پست الکترونیک:

تکمیل اطلاعات شخصی

اطلاعات شخص
تحصیلات
مدارک
دوره های آموزشی
پروانه ها و مجوزها
موافقت اصولی ها

موسسات شما

دانلود مستندات

فرمت تعهد نامه نماینده قانونی
تعهدنامه محضری موسس (املاک قولنامه ای)

موافقت اصولی ها

جستجو

شماره درخواست موافقت اصولی:

جستجو | همه موارد

۵۰

ردیف	شماره درخواست	نوع موسسه	نام موسسه	نوبت کاری موسسه	دانشگاه	تاریخ تکمیل فرم	نوع موافقت اصولی	جزییات	وضعیت درخواست موافقت اصولی	موافقت اصولی قبل از استقرار سامانه	تاریخ اعتبار		مشاهده موافقت اصولی/ موافقت نامه	تمدید	درخواست بهره برداری
۱	۷۷۶۴۴	بیمارستان	بیمارستان	شبانه روزی	دانشگاه علوم پزشکی ایران	۱۳۹۵-۹-۱۴	تاسیس		در دست تکمیل متقاضی	✓		مشاهده درخواست			
۲	۷۹۵۲۳	بیمارستان		شبانه روزی	دانشگاه علوم پزشکی ایران	۱۳۹۵-۹-۲۳	تاسیس		موافقت اصولی صادر شده	✓		مشاهده درخواست	مشاهده موافقت نامه	تمدید	بهره برداری
۳	۷۹۹۰۲	بیمارستان	بیمارستان	شبانه روزی	دانشگاه علوم پزشکی ایران	۱۳۹۵-۹-۱۸	بخش/ تجهیز/ تخت	آنژیوگرافی پریفرال (آنژیوگرافی قلبی)/	موافقت اصولی صادر شده	✓		مشاهده درخواست	مشاهده موافقت نامه	تمدید	بهره برداری
۴	۷۹۹۰۵	بیمارستان	بیمارستان	شبانه روزی	دانشگاه علوم پزشکی ایران	۱۳۹۵-۹-۱۸	بخش/ تجهیز/ تخت	رادیوتراپی (شتابدهنده خطی)/	موافقت اصولی صادر شده	✓		مشاهده درخواست	مشاهده موافقت نامه	تمدید	بهره برداری

موافقت اصولی ها

بازگشت

۱۰

ردیف	شماره درخواست	نوع درخواست	شناسه موافقت اصولی	وضعیت درخواست
۱	۴۸۶۱	بهره برداری	۷۹۵۲۳	در انتظار متقاضی (تکمیل اطلاعات درخواست)
۲	۷۸۳۹۱	تمدید موافقت اصولی	۷۹۵۲۳	صادر شد
۳	۱۱۴۳۸۵	تمدید موافقت اصولی	۷۹۵۲۳	صادر شد
۴	۱۶۸۵۲۷	تمدید موافقت اصولی	۷۹۵۲۳	صادر شد

بانک اطلاعات موسسه

مراحل پیگیری درخواستهای ارسال شده در سامانه

مراحل پیگیری درخواستها در کاتابل نماینده

اگر تاکنون درخواستی ثبت ، ارسال و ایمیل تایید دریافت نموده اید جهت پیگیری در خواست خود می توانید بر روی دکمه "پیگیری درخواست ها" کلیک نمایید. در صورت تمایل به ثبت درخواست جدید بر روی دکمه "درخواست جدید" کلیک گردد.

بررسی ضوابط سطح بندی تجهیزات سرمایه ای

بررسی ضوابط سطح بندی تاسیس

پیگیری درخواست ها ۳۲

آیین نامه ها

راهنمای کاربری

+ درخواست های مرحله موافقت اصولی

+ درخواست های مرحله بهره برداری

+ درخواست های تغییرات موسسه

اطلاعات حساب کاربری

اطلاعات شخصی

نام و نام خانوادگی:

شماره همراه:

کد ملی:

پست الکترونیک:

تکمیل اطلاعات شخصی

اطلاعات شخص

تحصیلات

مدارک

دوره های آموزشی

پروانه ها و مجوزها

موافقت اصولی ها

موسسات شما

دانلود مستندات

فرمت تعهد نامه نماینده قانونی

تعهدنامه محضری موسس (املاک قولنامه ای)

فرآیندهای درخواستی

درخواست های در دست اقدام | درخواست های بایگانی شده

ردیف	شماره درخواست	نوع درخواست	توضیحات	تاریخ ارسال	وضعیت جاری	ایمیل ها و پیامک ها	اقدام/اصلاح		وضعیت استعلام/ بازدید	انصراف
۱	۱۰۶۷۰	تمدید موافقت اصولی	بیمارستان (۵۰ تا ۱۰۰ تخت) بیمارستان [redacted]	۱۳۹۵-۱۰-۲۰	در انتظار متقاضی (تکمیل اطلاعات درخواست)	نمایش (۰)	اقدام/اصلاح		استعلام : بدون استعلام بازدید ⌛ ۰ از ۱	
۲	۳۵۱۶۳	بهره برداری	بیمارستان (۵۰ تا ۱۰۰ تخت) بیمارستان [redacted]	۱۳۹۶-۱-۲۸	بررسی اطلاعات درخواست (کارشناس اداره صدور پروانه)	نمایش (۰)	اقدام/اصلاح		استعلام ⌛ ۵ از ۶ بازدید ⌛ ۳ از ۶	انصراف از درخواست
۳	۱۰۶۷۲	تمدید موافقت اصولی	بیمارستان (۵۰ تا ۱۰۰ تخت) بیمارستان [redacted]	۱۳۹۶-۲-۱۸	در انتظار متقاضی (تکمیل اطلاعات درخواست)	نمایش (۰)	اقدام/اصلاح		استعلام : بدون استعلام بازدید ☑ ۳ از ۳	
۴	۱۰۴۹۱۴	موافقت افزایش بخش/ تجهیزات/تخت تفویض نشده	بیمارستان (۵۰ تا ۱۰۰ تخت [redacted] فرجی	۱۳۹۶-۸-۴	در انتظار متقاضی (دانشگاه)	نمایش (۰)	اقدام/اصلاح		استعلام : بدون استعلام بازدید : بدون بازدید	انصراف از درخواست
۵	۱۰۴۹۱۵	موافقت افزایش بخش/ تجهیزات/تخت تفویض نشده	بیمارستان (۵۰ تا ۱۰۰ تخت [redacted] فرجی	۱۳۹۶-۸-۴	در انتظار کمیسیون ماده ۲۰ وزارت بهداشت	نمایش (۰)	اقدام/اصلاح		استعلام ⌛ ۱ از ۲ بازدید : بدون بازدید	
۶	۸۷۴۶۹	تمدید موافقت اصولی	بیمارستان (۵۰ تا ۱۰۰ تخت) بیمارستان [redacted]	۱۳۹۶-۱۲-۲۱	بررسی رئیس جهت ارسال به مدیرکل(نیازمند کمیسیون)	نمایش (۰)	اقدام/اصلاح		استعلام : بدون استعلام بازدید ⌛ ۱ از ۲	
۷	۱۱۶۴۳۰	موافقت افزایش بخش/ تجهیزات/تخت تفویض نشده	بیمارستان (۵۰ تا ۱۰۰ تخت [redacted] فرجی	۱۳۹۷-۱-۲۷	بررسی کارشناس وزارت	نمایش (۰)	اقدام/اصلاح		استعلام ☑ ۱ از ۱ بازدید : بدون بازدید	

فرآیندهای درخواستی

درخواست های در دست اقدام | درخواست های بایگانی شده

۵۰

ردیف	شماره درخواست	نوع درخواست	توضیحات	تاریخ ارسال	وضعیت جاری	ایمیل ها و پیامک ها	اقدام/اصلاح		وضعیت استعلام/ بازدید	انصراف
۱	۲۰۴۷۳	تغییر مسئول فنی / تغییر نوبت کاری موسسه	بیمارستان(بالای ۱۰۰ تخت) نور شهریار	۱۰-۱۲-۱۳۹۵	صادر شد	نمایش (۰)	اقدام/اصلاح		استعلام : بدون استعلام بازدید : بدون بازدید	
۲	۲۰۴۹۷	تغییر مسئول فنی / تغییر نوبت کاری موسسه	بیمارستان(بالای ۱۰۰ تخت) نور شهریار	۱۰-۱۲-۱۳۹۵	صادرشد(دانشگاه)	نمایش (۲)	اقدام/اصلاح		استعلام : بدون استعلام بازدید : بدون بازدید	
۳	۲۰۵۱۵	تغییر مسئول فنی / تغییر نوبت کاری موسسه	بیمارستان(بالای ۱۰۰ تخت) نور شهریار	۱۰-۱۲-۱۳۹۵	صادرشد(دانشگاه)	نمایش (۳)	اقدام/اصلاح		استعلام : بدون استعلام بازدید : بدون	

مرحله :در انتظار بررسی کارشناس دانشگاه

- بررسی اولیه مدارک و مستندات ارسالی
- ارسال درخواست در صورت نیاز به بازدید اداره ارزیابی و انطباق فضاهای درمانی معاونت
- انجام بازدید توسط کارشناسان اداره ارزیابی و انطباق فضاهای درمانی و سپس اعلام نتیجه به اداره صدورپروانه ها
- انجام مراحل تائید نقشه پیشنهادی مرکز توسط دفتر فنی وزارت/دفتر فنی دانشگاه/ اداره ارزیابی و انطباق فضاهای درمانی معاونت
- ارسال درخواست در صورت نیاز به بازدید معاونت بهداشتی دانشگاه
- انجام بازدید توسط کارشناسان معاونت بهداشتی دانشگاه و سپس اعلام نتیجه به اداره صدورپروانه ها
- ارسال درخواست در صورت نیاز به بازدید اداره نظارت بر درمان معاونت
- انجام بازدید توسط کارشناسان اداره نظارت بر درمان و سپس اعلام نتیجه به اداره صدورپروانه ها
- ارسال درخواست موسسه به ریاست اداره صدورپروانه ها جهت بررسی و طرح در کمیسیون معاونت

آئین نامه ها

جستجو

سوال جدید سوالات قبلی من

پایگاه دانش سوالات متداول

پیراپزشکی (۲۰)
بیمارستان و مراکز جراحی محدود (۴)
گردشگری سلامت (۱)

درمانگاهها (۱۶)
راهنماهای کار با سامانه (۳)

سایر مراکز (۱۴)
آزمایشگاه ها (۲)

بخشنامه و دستورالعمل (۹)
پرتوپزشکی (۲)

فرآیند درخواست موافقت افزایش بخش/تجهیزات/تخت

جهت ثبت موافقت اصولی بخش یا تجهیزات لطفا ابتدا موسسه / موافقت اصولی مورد نظر خود را انتخاب فرمایید.

در صورتی که شما دارای یک موافقت اصولی تاسیس موسسه هستید اما آن را در لیست ذیل مشاهده نمی فرمایید ابتدا نسبت به ثبت آن موافقت اصولی از صفحه قبل اقدام فرمایید.

همچنین در صورتی که شما دارای یک موسسه فعال دارای پروانه بهره برداری هستید جهت دریافت دسترسی و معرفی به عنوان نماینده قانونی موسسه ابتدا به دانشگاه علوم پزشکی مراجعه فرمایید و پس از ثبت مشخصات شما به عنوان نماینده قانونی دسترسی های لازم جهت انتخاب موسسه از لیست ذیل به شما داده می شود.

موافقت اصولی های صادر شده

۱۰

ردیف	شماره درخواست	نام موسسه	نوع موسسه	نوع موافقت اصولی	جزییات	استان	شهر	دانشگاه	وضعیت	
۱	۷۷۸۳۵		بیمارستان	موافقت تاسیس(قبل از استقرار سامانه)		تهران	تهران	دانشگاه علوم پزشکی ایران	موافقت اصولی صادر شده	انتخاب

موسسات

۱۰

ردیف	نام موسسه	نوع موسسه	استان	شهر	دانشگاه	
No records available						

بازگشت

ثبت درخواست افزایش بخش/تجهیزات

۱۰

ردیف	شماره درخواست	نام موسسه	تاریخ تکمیل فرم	جزییات	وضعیت درخواست افزایش بخش/تجهیزات		انصراف
No records available							

بازگشت

موافقت اصولی :	درخواست افزایش بخش / تجهیزات/ تخت	تکمیل کننده فرم/ نماینده قانونی :			
شماره درخواست :	۲۱۲۴۰۴	نوع موسسه :	بیمارستان	تاریخ درخواست :	۱۴۰۰-۸-۴
دانشگاه :	دانشگاه علوم پزشکی ایران	شبکه بهداشت و درمان :	ستاد معاونت درمان – دانشگاه ایران	استان :	تهران
شهر :	تهران	تعداد تخت بیمارستان :	۳۰۰	نام موسسه :	
گرایش/تخصص موسسه :	عمومی	وضعیت درخواست افزایش بخش/تجهیزات :	در دست تکمیل متقاضی	موافقت اصولی موسسه :	

۱ تکمیل اطلاعات درخواست

۲ پرداخت تعرفه

تعرفه ها و شماره حساب های بانکی جهت صدور موافقت

+

ارسال درخواست

ارسال درخواست بررسی و تایید موافقت اصولی بخش / تجهیزات / تخت به اداره صدور پروانه ها

توجه

جهت بازگشت ،دکمه بازگشت را کلیک فرمایید

بازگشت

۱- اطلاعات درخواست | ۲- افزایش بخش | ۳- انتخاب زیربخش | ۴- افزایش تجهیزات | ۵- افزایش/کاهش تخت | ۶- اطلاعات تکمیلی

مرحله بعد

دقت فرمایید که در درخواست افزایش بخش، تخت و تجهیز به دستگاه ، در هر درخواست تنها یکی از موارد زیر امکان پذیر است :.

۱ .در صورت درخواست افزایش بخش جدید که مستلزم اعلام تعداد تخت می باشد،تعداد تخت درخواستی را در همان مرحله مشخص نمایید.

۲ . امکان افزایش تجهیزات به بخش های تعریف شده نیز وجود دارد.

۳.افزایش یا کاهش تخت در بخش هایی که از قبل تعریف شده اند.

دیاگرام فرآیند :	
شماره درخواست :	۱۹۶۰۲۳
نوع درخواست :	درخواست موافقت اصولی افزایش بخش / تجهیزات/تخت
درخواست دهنده :	مریم حاتمی قوچان
تاریخ درخواست :	۱۳۹۹-۱۰-۲۴
وضعیت درخواست :	در دست تکمیل متقاضی
نوع موسسه :	بیمارستان

نوع پروانه		میالغ لازم برای صدور موافقت اصولی(ریال)		
نوع موسسه		تهران،مشهد اصفهان تبریز شیراز کرج	شهرهای دانشگاهی	سایر شهر ها
بیمارستان	زیر ۱۰۰ تخت	1,687,500	1,350,000	881,250
	300-۱۰۰ تخت	2,062,500	1,687,500	1,237,500
	بالای 300 تخت	2,437,500	2,062,500	1,687,500
مرکز جراحی محدود، مرکز درمان ناباروری، درمان با اکسیژن هایپر بار، مرکز تصویر برداری، موسسه تشخیص درمان سرطان (رادیوتراپی)		1,500,000	1,312,500	1,125,000
درمانگاه(عمومی،تخصصی،دندانپزشکی)، موسسه رادیولوژی ، موسسه رادیولوژی فک و دهان و صورت، موسسه پزشکی هسته ای،مرکز آمبولانس خصوصی		262,500	243,750	225,000
آزمایشگاه تشخیصی پزشکی		705,000		
سایر موسسات پزشکی		187,500	131,250	93,750
افزایش بخش های تخصصی به موسسات پزشکی		45,000		

نوع پروانه		میالغ لازم برای تمدید موافقت اصولی(ریال)		
نوع موسسه		تهران،مشهد اصفهان تبریز شیراز کرج	شهرهای دانشگاهی	سایر شهر ها
بیمارستان	زیر ۱۰۰ تخت	843,750	675,000	440,625
	300-۱۰۰ تخت	1,031,250	843,750	618,750
	بالای 300 تخت	1,218,750	1,031,250	843,750
مرکز جراحی محدود، مرکز درمان ناباروری، درمان با اکسیژن هایپر بار، مرکز تصویر برداری، موسسه تشخیص درمان سرطان (رادیوتراپی)		750,000	656,250	562,500
درمانگاه(عمومی،تخصصی،دندانپزشکی)، موسسه رادیولوژی ، موسسه رادیولوژی فک و دهان و صورت، موسسه پزشکی هسته ای،مرکز آمبولانس خصوصی		131,250	121,875	112,500
آزمایشگاه تشخیصی پزشکی		352,500		
سایر موسسات پزشکی		93,750	65,625	46,875
افزایش بخش های تخصصی به موسسات پزشکی		90,000		

افزایش بخش های تفویض شده به دانشگاه:

فیزیوتراپی
شنوایی سنجی
بینایی سنجی
گفتاردرمانی
تغذیه
و...

افزایش بخش /تخت تفویض نشده:

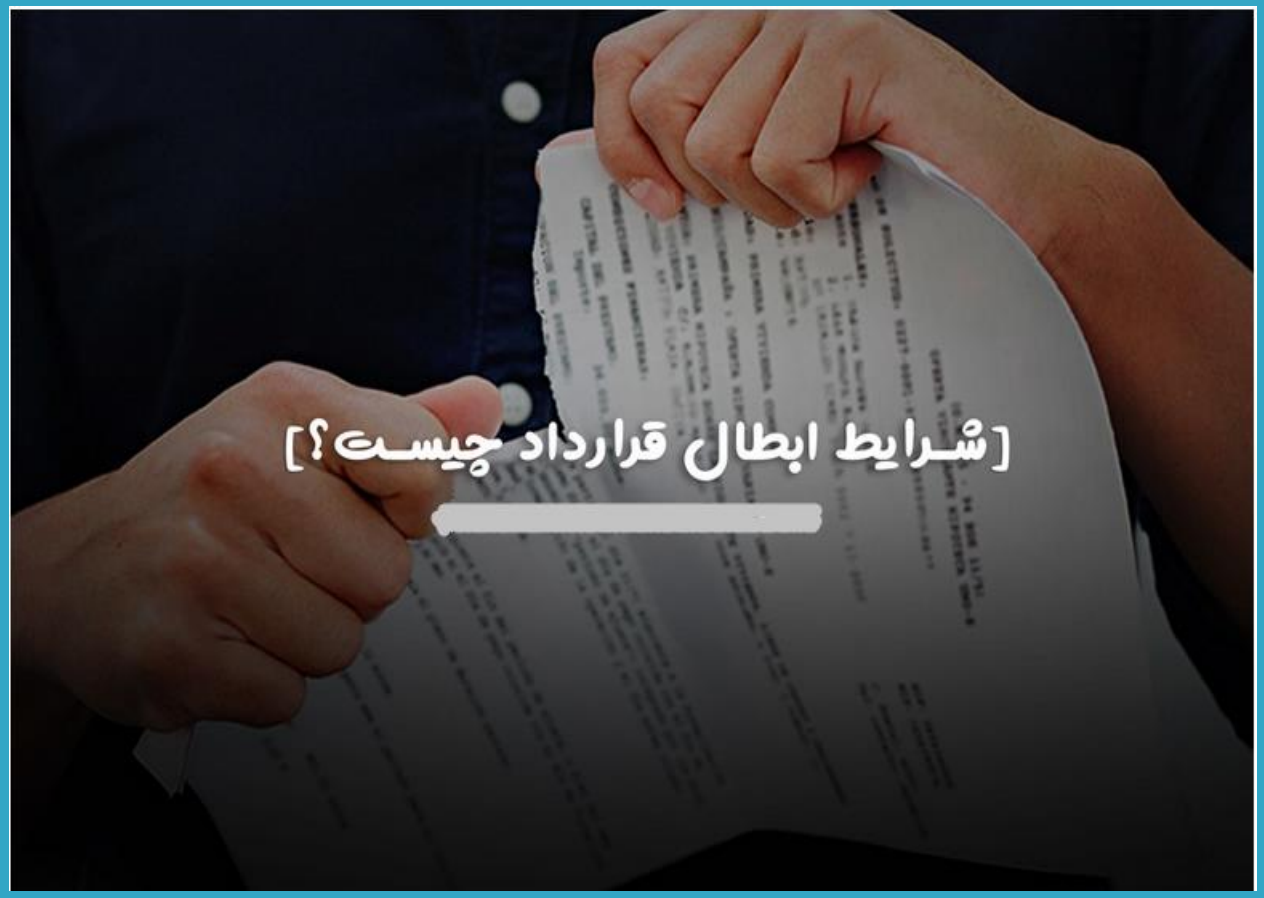
بخش های بستری
تصویربرداری
درمان ناباروری
ساخت و فروش عینک
ارتوپدی فنی
طب کار
درمان سوء مصرف مواد
و...

درخواست هایی که جهت آنها موافقت نامه صادر می شود:

افزایش بخش وتخت های بستری
شنوایی سنجی
بینایی سنجی
گفتاردرمانی
تغذیه
و...

درخواستهایی که جهت آنها موافقت اصولی صادر می شود و دارای مسئول فنی می باشند:

فیزیوتراپی
تصویربرداری
درمان ناباروری
ساخت و فروش عینک
ارتوپدی فنی
طب کار
درمان سوء مصرف مواد
و...



عدم انجام به موقع بند الف قرارداد و الباقی بندهای قرارداد درمهلت مقرر

پیش نیاز بخشهای مختلف

بخش	بخش پیش نیاز
ایزوله تنفسی	عفونی
NICU	نوزادان
BICU	سوختگی
پیوند کلیه	ارولوژی
ساخت و فروش عینک طبی	چشم
درمان ناباروری	زنان و زایمان

بخشنامه درمان ناباروری

زیربخش	جنین شناسی	
نوبت کاری	صبح و عصر	
مسئول فنی	کل بخش:فلوشیپ نازایی/متخصص ارولوژی ،زنان و زایمان با ۵ سال سابقه فعالیت	زیربخش:PHD بیولوژی تولید مثل با دو سال سابقه فعالیت /PHD رشته علوم پزشکی با ۵ سال سابقه فعالیت و اخذ تائیدیه از مدیریت پیوند و درمان بیماریهای وزارت متبوع
پزشک	متخصص: ارولوژی، زنان و زایمان، بیهوشی و جراحی عمومی	
پرسنل	دونفر پرستار اتاق عمل دوره دیده، دونفر ماما دوره دیده، دو نفر کارشناس آزمایشگاه	

بخش پیش نیاز:

زنان و زایمان

بخشنامه شیمی درمانی سرپائی

زیربخش	–	
نوبت کاری	طبق درخواست متقاضی	
مسئول فنی	کل بخش:فوق تخصص خون و سرطان بالغین، فوق تخصص خون و سرطان کودکان، تخصص رادیوتراپی آنکولوژی	زیربخش:–
پزشک	متخصص:فوق تخصص خون و سرطان بالغین، فوق تخصص خون و سرطان کودکان، تخصص رادیوتراپی آنکولوژی	
پرسنل	به ازای هر ۶ تخت یک پرستار	

بخشنامه پیوند کبد

زیربخش	–	
نوبت کاری	شبانه روزی	
مسئول فنی	کل بخش:–	زیربخش:–
پزشک	متخصص:دو نفر فلوشیپ جراحی پیوند کبد،یکنفر فوق تخصص گوارش و کبد، یک نفر متخصص بیهوشی، یک نفر رادیولوژیست، پاتولوژیست	
مشاور	فوق تخصص داخلی ریه، فلوشیپ عفونی پیوند،فوق تخصص نفرولوژی، کاردیولوژیست، تغذیه، روانپزشک، مددکار اجتماعی، هپاتولوژیست	
پرسنل	به ازای هر ۶ تخت یک پرستار	
کوردیناتور	حداقل کارشناس پرستاری	

مراکز مجاز جهت ارسال درخواست :

بیمارستانهای وابسته به مراکز دانشگاهی

بخشنامه ساخت و فروش عینک

زیربخش	–	
نوبت کاری	طبق درخواست متقاضی	
مسئول فنی	کل بخش: کارشناس بینایی سنجی	زیربخش:–
پزشک	متخصص:–	
پرسنل	–	

بخش پیش نیاز:

چشم

بخشنامه ارتوپدی فنی

زیربخش	اروتز، پروتز	
نوبت کاری	طبق درخواست متقاضی	
مسئول فنی	کل بخش:متخصص طب فیزیکی و توانبخشی، متخصص ارتوپدی،کارشناس ارتوپدی فنی	زیربخش:—
پزشک	متخصص:—	
پرسنل	کارشناس/کارشناس ارشد/دکتری ارتوپدی فنی	

بخشنامه فیزیوتراپی

زیربخش	الکتروتراپی، مکانوتراپی و هیدروتراپی	
نوبت کاری	طبق درخواست متقاضی	
مسئول فنی	کل بخش:کارشناس/کارشناس ارشد/PHD فیزیوتراپی یا متخصص طب فیزیکی و توانبخشی	زیربخش:—
پزشک	متخصص:—	
پرسنل	کارشناس فیزیوتراپی(لزوم رعایت طرح انطباق)	

بخشنامه پزشکی بازساختی و سلول درمانی

زیربخش	آزمایشگاه سلول درمانی	
نوبت کاری	شبانه روزی	
مسئول فنی	کل بخش:متخصص دوره دیده	زیربخش:PHD علوم سلولی کاربردی/PHD پزشکی مولکولی دوره دیده
پزشک	متخصص:متخصص دوره دیده	
پرسنل	به ازای هر ۳ تخت یک پرستار در هر شیفت	

بخشنامه اکسیژن هایپربار

زیربخش	–	
نوبت کاری	طبق درخواست متقاضی	
مسئول فنی	کل بخش:متخصص بیهوشی/متخصص های دوره دیده مورد تائید معاونت آموزشی وزارت متبوع	زیربخش:–
پزشک	متخصص:پزشک عمومی	
پرسنل	تکنسین بیهوشی دوره دیده	

بخشنامه طب کار

زیربخش	ارزیابی شنوایی،بهداشت حرفه ای، بینایی سنجی	
نوبت کاری	طبق درخواست متقاضی	
مسئول فنی	کل بخش:متخصص طب کار	زیربخش:–
پزشک	متخصص:پزشک عمومی	
پرسنل	کارشناس شنوایی سنجی، کارشناس بینایی سنجی و کارشناس بهداشت حرفه ای	

بخشنامه طب سنتی

زیربخش	–	
نوبت کاری	طبق درخواست متقاضی	
مسئول فنی	کل بخش:متخصص طب سنتی ایران	زیربخش:
پزشک	متخصص:داروساز (جهت داروخانه)	
پرسنل	۲ نفر پرستار، ۱ نفر فوق دیپلم گروه پزشکی	

بخشنامه بازتوانی قلبی و عروقی

زیربخش	–	
نوبت کاری	طبق درخواست متقاضی	
مسئول فنی	کل بخش:متخصص پزشکی ورزشی/متخصص طب فیزیکی و توانبخشی/فوق تخصص داخلی قلب و عروق/متخصص قلب و عروق	زیربخش:–
پزشک	متخصص:متخصص پزشکی ورزشی/متخصص طب فیزیکی و توانبخشی/فوق تخصص داخلی قلب و عروق/متخصص قلب و عروق	
پرسنل	به ازای هر چهاردستگاه ۱ نفر پرستار، کارشناس تغذیه،کارشناس روانشناسی بالینی، کارشناس فیزیوتراپی	

بخش پیش نیاز:

قلب و عروق

بخشنامه درد

زیربخش	–	
نوبت کاری	طبق درخواست متقاضی	
مسئول فنی	کل بخش:فلوشیپ درد	زیربخش:–
پزشک	فلوشیپ درد	
پرسنل	۲ نفر پرستار / ۱ نفر پرستار و ۱ نفر تکنسین بیهوشی	

بخشنامه دیالیز

زیربخش	–	
نوبت کاری	طبق درخواست متقاضی	
مسئول فنی	کل بخش:فوق تخصص نفرولوژی / داخلی دوره دیده	زیربخش:–
پزشک	–	
پرسنل	یک نفر سرپرستار، پرستار به ازای هر ۴ تخت ۱ نفر و بالای ۱۰ تخت به ازای هر ۳ تخت ۱ نفر، کارشناس تغذیه	

بخشنامه اختلالات خواب

زیربخش	–	
نوبت کاری	طبق درخواست متقاضی	
مسئول فنی	کل بخش:فلوشیپ طب خواب/متخصص روانپزشکی، گوش،حلق و جراحی سر و گردن،طب کار،بیماریهای مغز و اعصاب،بیهوشی، کودکان،فوق تخصص ریه بزرگسالان که ۵ سال سابقه فعالیت در مراکز اختلالات خواب قبل آئین نامه دارا باشند	زیربخش:–
پزشک	–	
پرسنل	تکنسین پلی سومنوگرافی دارای گواهی معتبر مورد تائید وزارت باشد، کارشناس مدارک پزشکی	

بخشنامه دندانپزشکی تحت بیهوشی

زیربخش	–	
نوبت کاری	طبق درخواست متقاضی	
مسئول فنی	کل بخش:–	زیربخش:–
پزشک	دندانپزشک عمومی، متخصص بیهوشی،متخصص جراحی دهان و فک و صورت	
پرسنل	۱ نفر کاردان بیهوشی، ۱ نفر پرستار	

بخشنامه تغذیه

زیربخش	–	
نوبت کاری	طبق درخواست متقاضی	
مسئول فنی	کل بخش:–	زیربخش:–
پزشک	–	
پرسنل	کارشناس/کارشناس ارشد/PHD علوم تغذیه یا رژیم درمانی	

بخشنامه ارزیابی شنوایی

زیربخش	–	
نوبت کاری	طبق درخواست متقاضی	
مسئول فنی	کل بخش:–	زیربخش:–
پزشک	–	
پرسنل	کارشناس/کارشناس ارشد/PHD شنوایی سنجی	

بخشنامه بینایی سنجی

زیربخش	–	
نوبت کاری	طبق درخواست متقاضی	
مسئول فنی	کل بخش:–	زیربخش:–
پزشک	–	
پرسنل	کارشناس /کارشناس ارشد بینایی سنجی	

بخشنامه گفتاردرمانی

زیربخش	–	
نوبت کاری	طبق درخواست متقاضی	
مسئول فنی	کل بخش:	زیربخش:–
پزشک	–	
پرسنل	حداقل کارشناس آسیب شناسی گفتار و زبان	

بخشنامه کاردرمانی

زیربخش	–	
نوبت کاری	طبق درخواست متقاضی	
مسئول فنی	کل بخش:–	زیربخش:–
پزشک	–	
پرسنل	کارشناس/کارشناس ارشد/دکتری کاردرمانی	

بخشنامه روانشناسی بالینی

زیربخش	–	
نوبت کاری	طبق درخواست متقاضی	
مسئول فنی	کل بخش:–	زیربخش:–
پزشک	–	
پرسنل	کارشناس ارشد/PHD روانشناسی بالینی	

فرآیند تمدید موافقت اصولی

بازگشت

توضیحات صفحه تمدید موافقت اصولی

موافقت اصولی های صادر شده

۱۰

ردیف	شماره درخواست	نام موسسه	جزییات	نوع موافقت اصولی	شهر	استان	دانشگاه	نوع موسسه	
۱	۸۰۶۵۶	محب	سنگ شکن (سنگ شکن برون اندامی)	افزایش بخش تجهیزات	تهران	تهران	دانشگاه علوم پزشکی ایران	بیمارستان(بالای ۱۰۰ تخت)	انتخاب

ایجاد درخواست تمدید موافقت اصولی

۱۰

ردیف	شماره درخواست	نام دانشگاه	نام درخواست دهنده	شبکه	نام موسسه	نوع موسسه	تاریخ درخواست	وضعیت درخواست		
۱	۴۷۵۳۶	دانشگاه علوم پزشکی ایران	مریم سورانی	ستاد معاونت درمان - دانشگاه ایران	محب	بیمارستان(بالای ۱۰۰ تخت)	۱۳۹۶-۴-۲۷	در دست تکمیل متقاضی	حذف درخواست ارسال نشده	انتخاب
۲	۶۷۲۸۰	دانشگاه علوم پزشکی ایران	مریم سورانی	ستاد معاونت درمان - دانشگاه ایران	محب	بیمارستان(بالای ۱۰۰ تخت)	۱۳۹۶-۷-۱۸	در دست تکمیل متقاضی	حذف درخواست ارسال نشده	انتخاب

بازگشت

شماره درخواست:	۶۷۲۸۰	تاریخ درخواست :	۱۳۹۶/۷/۱۸ - ۱۵:۲۹	درخواست دهنده:	مریم سورانی
نام موسسه:	محب	نوع موسسه:	بیمارستان(بالای ۱۰۰ تخت)		
دانشگاه:	دانشگاه علوم پزشکی ایران				
شهر:	تهران				
منطقه شهرداری:	منطقه ۳				

۱

تکمیل اطلاعات درخواست

در این مرحله اطلاعات مربوط به موسسه را تکمیل نمایید

+

ارسال درخواست

ارسال درخواست تمدید موافقت اصولی به اداره صدور پروانه ها

توجه

جهت بازگشت به صفحه مشاهده درخواست های تمدید دکمه بازگشت را کلیک فرمایید

بازگشت

گزارش پیشرفت

مستندات

پرداخت تعرفه

مرحله بعد

توضیحات تمدید موافقت اصولی گزارش پیشرفت

گزارش پیشرفت :

آماده تایید معاونت درمان

ادرس محل انتخاب شده :

شهریار- خیابان انقلاب - بلوار نواب - درمانگاه فرهنگیان

توجه

جهت بازگشت به صفحه مشاهده درخواست های تمدید دکمه بازگشت را کلیک فرمایید

بازگشت

گزارش پیشرفت — مستندات — پرداخت تعرفه

مرحله قبل

مرحله بعد

لطفا مستندات مربوط به پیشرفت فضای فیزیکی را بر اساس مدارک ذیل وارد نمایید. گزارش مهندس ناظر شهرداری در صورت ساخت و ساز ساختمان الزامیست. تامین حداقل یکی از موارد سند مالکیت و یا اجاره نامه الزامیست

مستندات :
(گزارش پیشرفت فیزیکی به تایید مهندس ناظر شهرداری)

دانلود فایل حذف فایل تایید : ☐

سند مالکیت ملک :

No file selected. ...Browse

حداکثر سایز مجاز : ۳۰۰kb ، فایل های مجاز : jpg, jpeg, bmp, doc, docx, png, tif, pdf

اسکن های چند صفحه ای به صورت tif و یا در قالب فایل Word و Pdf ارسال گردد.

اجاره نامه :

No file selected. ...Browse

حداکثر سایز مجاز : ۳۰۰kb ، فایل های مجاز : jpg, jpeg, bmp, doc, docx, png, tif, pdf

اسکن های چند صفحه ای به صورت tif و یا در قالب فایل Word و Pdf ارسال گردد.

توجه

جهت بازگشت به صفحه مشاهده درخواست های تمدید دکمه بازگشت را کلیک فرمایید

بازگشت

گزارش پیشرفت ✓ مستندات ✓ پرداخت تعرفه

مرحله قبل

پرداخت تعرفه

تعرفه ها و شماره حساب های بانکی جهت صدور موافقت

فیش واریزی تعرفه بخش ارتویدی :

متقاضی محترم، اصل فیش های بارگزاری شده باید به اداره صدور پروانه ها (واحد مربوطه) تحویل داده شود.

شماره فیش :

مبلغ (ریال) :

تاریخ پرداخت :

تصویر فیش بانکی : No file selected. ...Browse

ثبت

حذف

فرآیند بهره برداری بخش/تخت

به سامانه صدور پروانه های وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی خوش آمدید

اگر تاکنون درخواستی ثبت ، ارسال و ایمیل تایید دریافت نموده اید جهت پیگیری در خواست خود می توانید بر روی دکمه "پیگیری درخواست ها" کلیک نمایید. در صورت تمایل به ثبت درخواست جدید بر روی دکمه "درخواست جدید" کلیک گردد.

بررسی ضوابط سطح بندی تجهیزات سرمایه ای

بررسی ضوابط سطح بندی تاسیس

پیگیری درخواست ها ۵۸

آیین نامه ها

راهنمای کاربری

+ درخواست های مرحله موافقت اصولی

− درخواست های مرحله بهره برداری

درخواست بهره برداری

درخواست بهره برداری بخش جدید تعطیلی بخش / راه اندازی تجهیزات / تخت

+ درخواست های تغییرات موسسه

اطلاعات حساب کاربری

اطلاعات شخصی

نام و نام خانوادگی:

شماره همراه:

کد ملی:

پست الکترونیک:

تکمیل اطلاعات شخصی

اطلاعات شخص

تحصیلات

مدارک

دوره های آموزشی

پروانه ها و مجوزها

موافقت اصولی ها

موسسات شما

دانلود مستندات

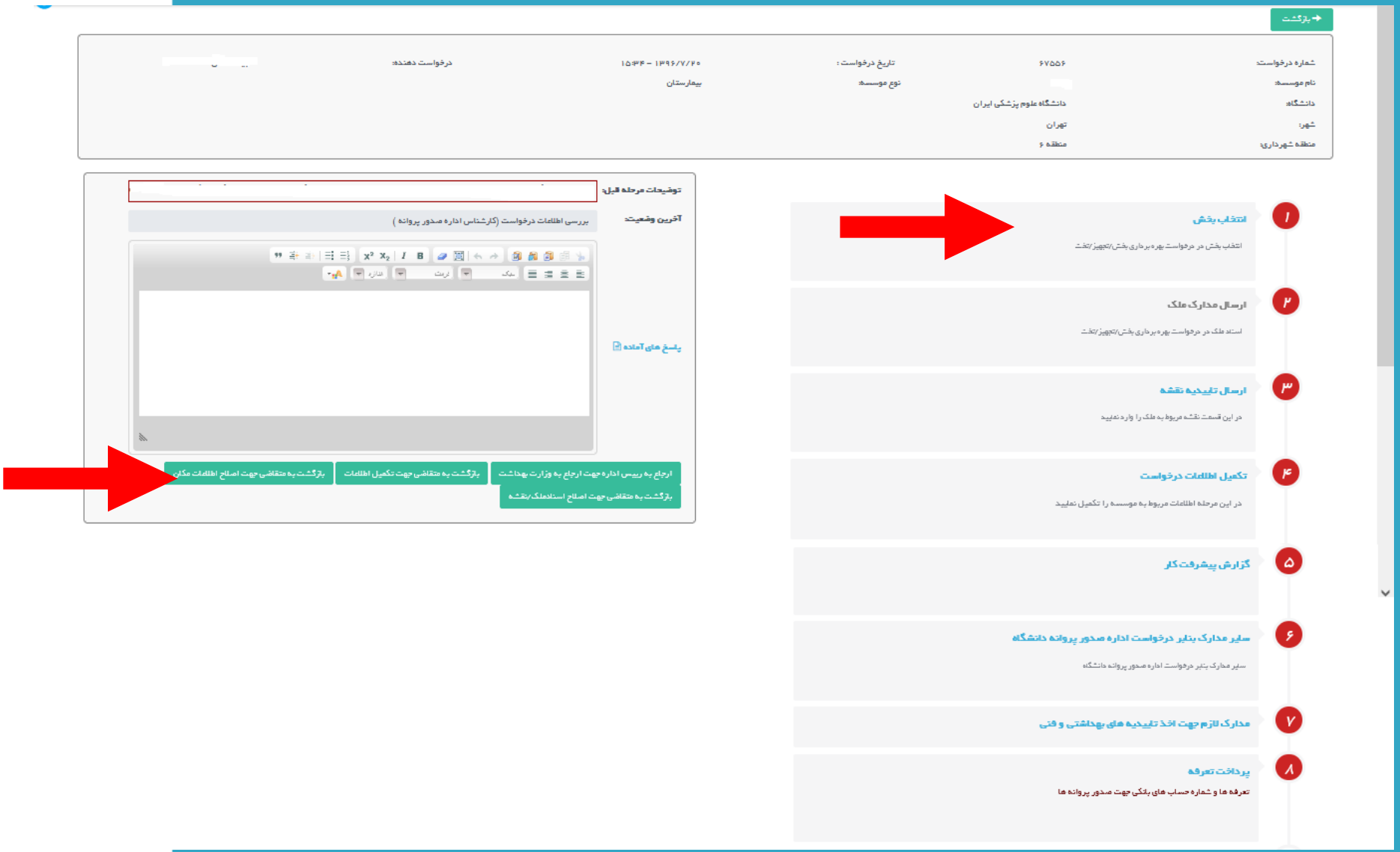
فرمت تعهد نامه نماینده قانونی

تعهدنامه محضری موسس (املاک قولنامه ای)

مدارک مورد نیاز در بهره برداری بخش/تخت

بهره برداری بخش بستری	اسناد ملک(در صورت توسعه فضا) مطابق بهره برداری بیمارستان تاییدیه نقشه بخش/ بخش های جدید از دفتر فنی دانشگاه (در صورت توسعه فضای فیزیکی) گزارش و تاییدیه مطابقت نقشه تایید شده با اجرا تاییدیه بهداشتی(کارشناس بهداشت محیط دانشگاه) گزارش جامع کارشناسان دانشگاه(پرسنل ،تجهیزات،ملزومات و تعداد تخت های فعال به تفکیک بخش(متناسب با سند درمان)) مدارک پرسنل فیش واریزی افزایش بخش(به ازای هر بخش) تحویل اصل پروانه های بهره برداری به دانشگاه

مرحله انتخاب بخش (معرفی مکان و زیربخش)



معرفی مکان | انتخاب بخش جدید جهت بهره برداری | انتخاب زیر بخش جدید جهت بهره برداری

نام موسسه : | نوع موسسه : بیمارستان | نوبت کاری : شبانه روزی

معرفی مکان

توجه : در صورتی که ملک جدیدی به موسسه اضافه شده و یا اطلاعات ملک تغییر کرده، اطلاعات جدید را جایگزین نمایید .

کاربری ملک : انتخاب کنید | مساحت زمین(متر مربع): | ملک زمین ساخته نشده است؟ :

در صورتی که موسسه دارای ملک مستقل است

مساحت زیربنا : | تعداد طبقات :

استان : انتخاب کنید | شهرستان : انتخاب کنید | بخش : انتخاب کنید | شهر : انتخاب کنید

منطقه شهرداری : انتخاب کنید

نام ساختمان : | طبقه : | واحد :

پلاک : | کد پستی : | تلفن تماس ثابت :

لطفا پلاک ، طبقه ،واحد فقط در باکس های در نظر گرفته شده قید گردد و از نوشتن آن بدنبال آدرس خودداری کنید

آدرس :

تلفن همراه(جهت هماهنگی بازرسی) : | تصویر کروکی : No file chosen Choose File | تصویر در سامانه موجود نمی باشد | **نمونه کروکی:**

حداکثر سایز مجاز : ۳۰۰ kb ، فایل های مجاز : jpg, jpeg, bmp, doc, docx, png, tif, pdf

اسکن های چند صفحه ای به صورت tif و یا در قالب فایل Word و Pdf ارسال گردد.

در صورتی که فرم فوق به صورت خودکار پر شده و اطلاعات آن مورد تایید است،تاییدیه زیر را علامت بزنید.

عدم تغییر اطلاعات از پیش پر شده و تایید :

ذخیره

قابل توجه متقاضی و کارشناسان محترم دانشگاه:

این صفحه تنها و تنها مخصوص وارد کردن بخش هایی است که در موافقت اصولی برای اضافه شدن به عنوان بخش جدید به موسسه وجود دارند.

اگر درخواست موافقت اصولی شما مربوط به اضافه کردن تجهیز و یا تخت به موسسه است لطفا درخواست را تا مرحله تکمیل اطلاعات درخواست پیش ببرید و موارد را در آن قسمت اضافه کنید.

مرحله قبل

نام موسسه : نوع موسسه : بیمارستان نوبت کاری : شبانه روزی

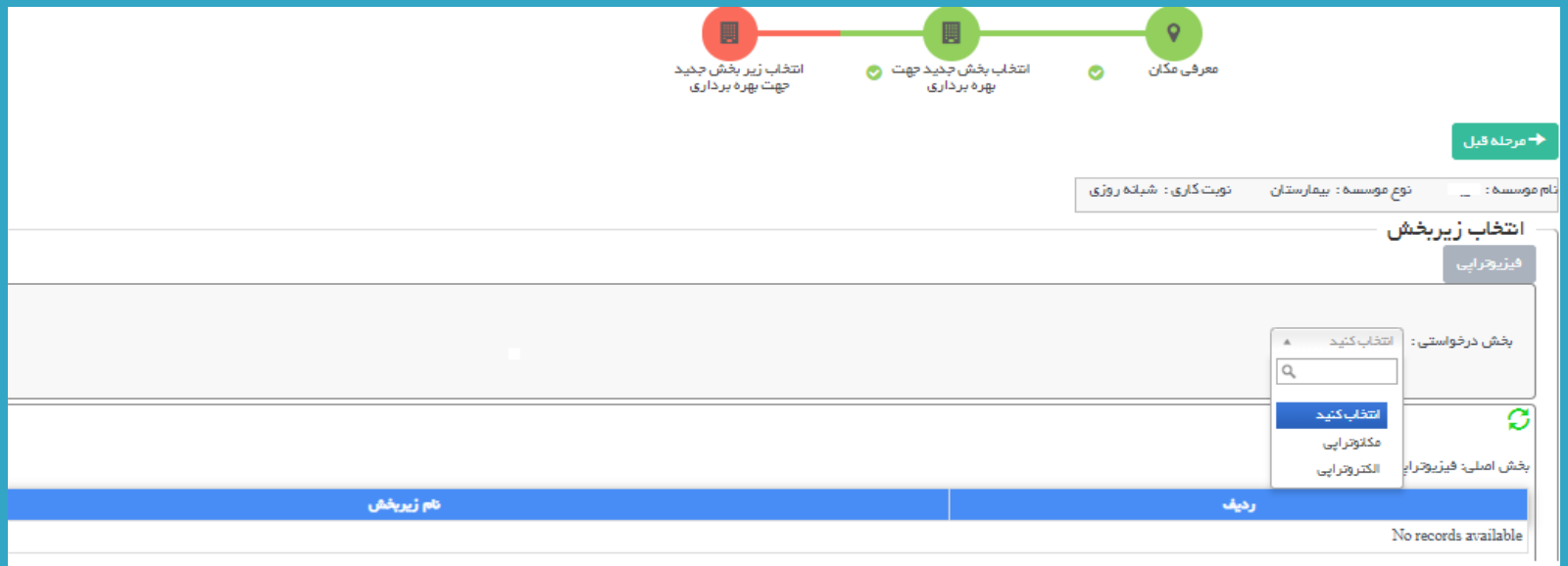
اضافه کردن بخش

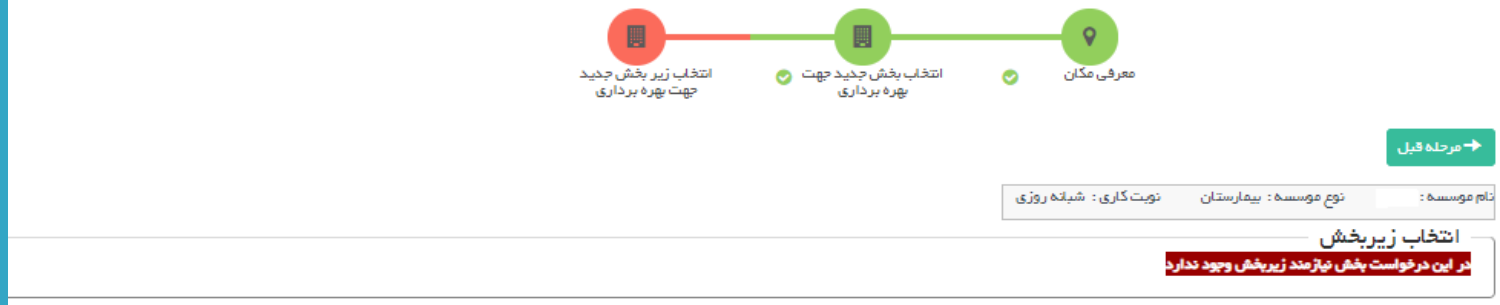
در این مرحله می توانید درخواست اضافه کردن بخش مورد نظر را به موسسه جدید و یا قبلا ثبت شده وارد نمایید.

انتخاب بخش

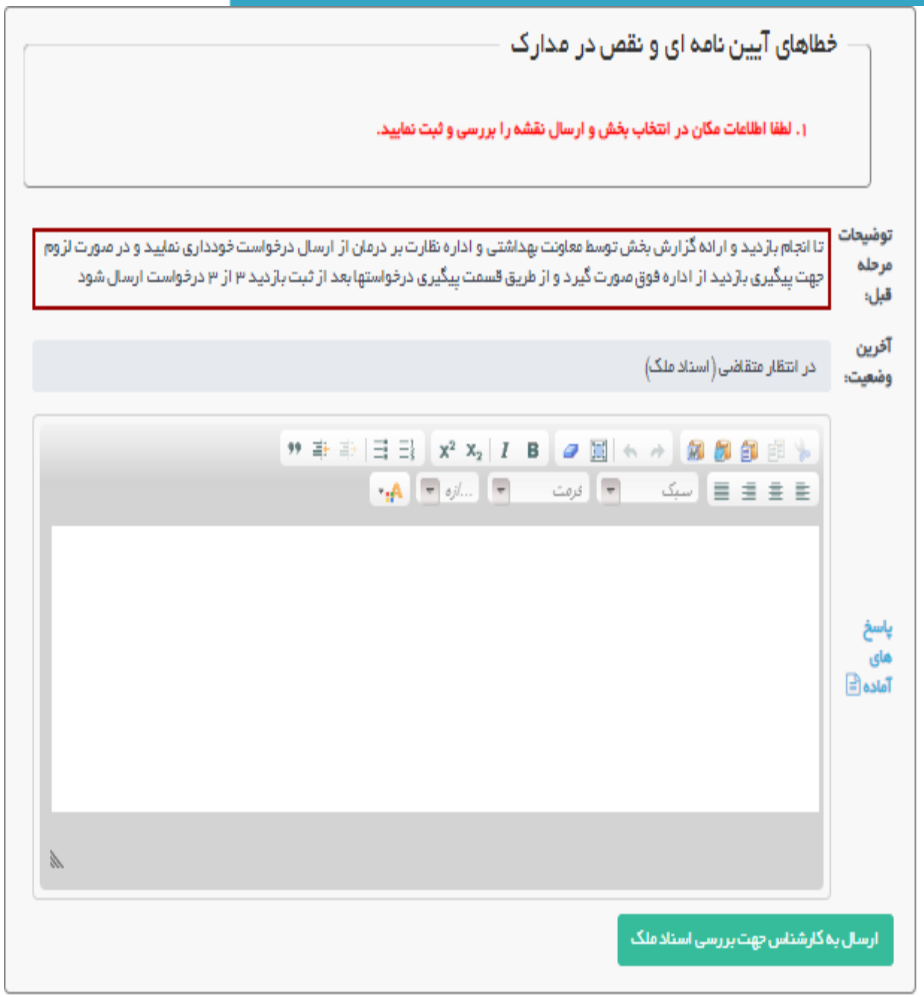
۲۰

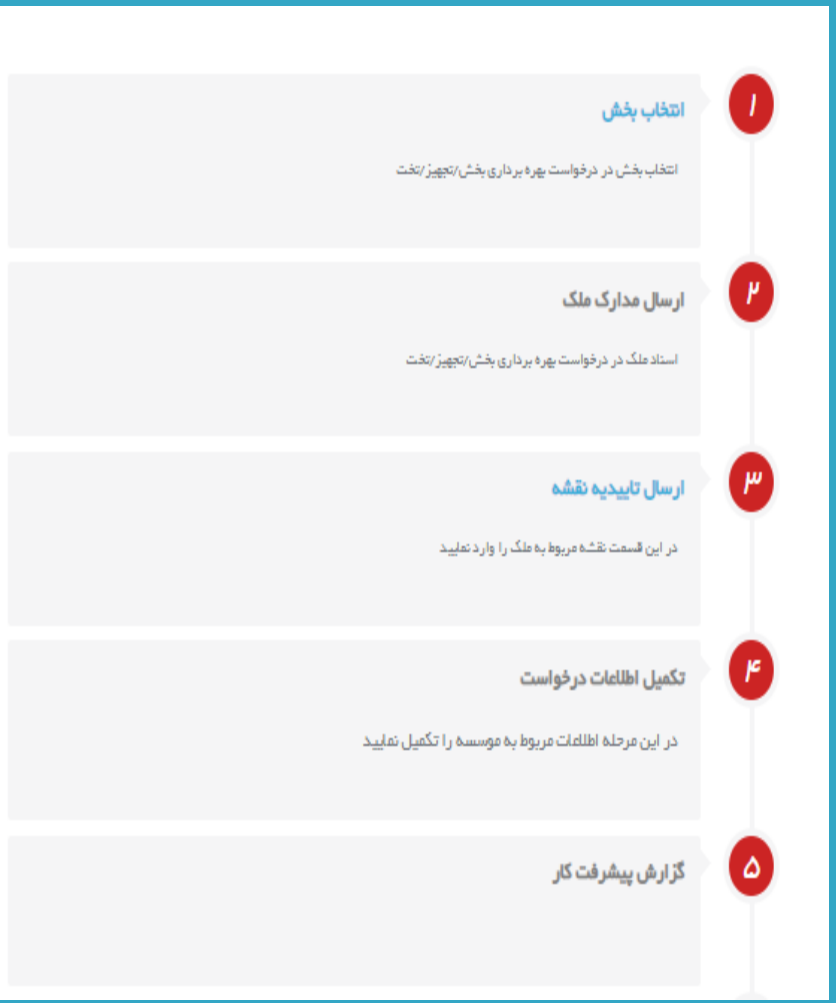
ردیف	نوع بخش	نوبت کاری	سال ساخت بنا	تعداد تخت	متراژ	تایید شده		
No records available								


معرفی مکان
انتخاب بخش جدید جهت بهره برداری
انتخاب زیر بخش جدید جهت بهره برداری
مرحله قبل
نام موسسه : نوع موسسه : بیمارستان نوبت کاری : شبانه روزی
انتخاب زیربخش
فیزیوتراپی
بخش درخواستی : انتخاب کنید
انتخاب کنید
مکانوتراپی
الکتروتراپی
بخش اصلی: فیزیوتراپی
ردیف
نام زیربخش
No records available


معرفی مکان
انتخاب بخش جدید جهت بهره برداری
انتخاب زیر بخش جدید جهت بهره برداری
مرحله قبل
نام موسسه : نوع موسسه : بیمارستان نوبت کاری : شبانه روزی
انتخاب زیربخش
در این درخواست بخش نیازمند زیربخش وجود ندارد

مرحله ارسال تائیدیه نقشه





نقشه

توجه : لطفا قبل از بارگزاری مدارک، فایل های موجود در سیستم را (در صورت وجود) بررسی نمایید.در صورتی که نقشه موسسه/مرکز تغییر نموده لطفا نقشه و تاییدیه های نقشه جدید را بارگزاری نمایید.در غیر این صورت لطفا فایل های موجود در سامانه را دانلود و بارگزاری نمایید.

راهنمای دستورالعمل تهیه نقشه

تاییدیه نقشه :

No file chosen Choose File

حداکثر سایز مجاز : ۳۰۰kb ، فایل های مجاز : jpg, jpeg, bmp, doc, docx, png, tif, pdf

اسکن های چند صفحه ای به صورت tif و یا در قالب فایل Word و Pdf ارسال گردد.

تصویر در سامانه موجود نمی باشد

سایر مستندات :

No file chosen Choose File

حداکثر سایز مجاز : ۳۰۰kb ، فایل های مجاز : jpg, jpeg, bmp, doc, docx, png, tif, pdf

اسکن های چند صفحه ای به صورت tif و یا در قالب فایل Word و Pdf ارسال گردد.

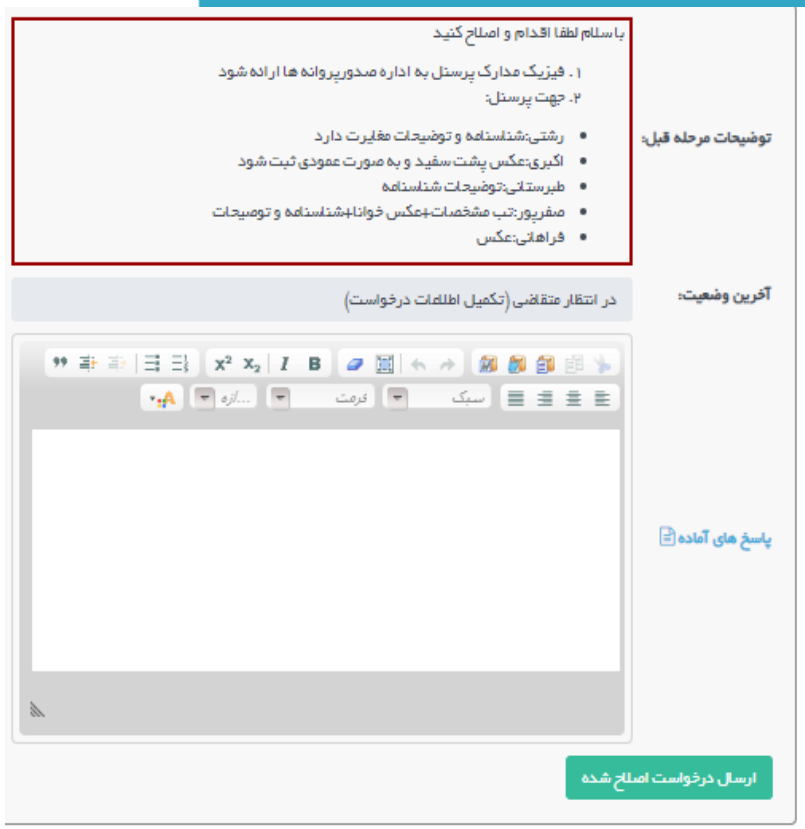
تصویر در سامانه موجود نمی باشد

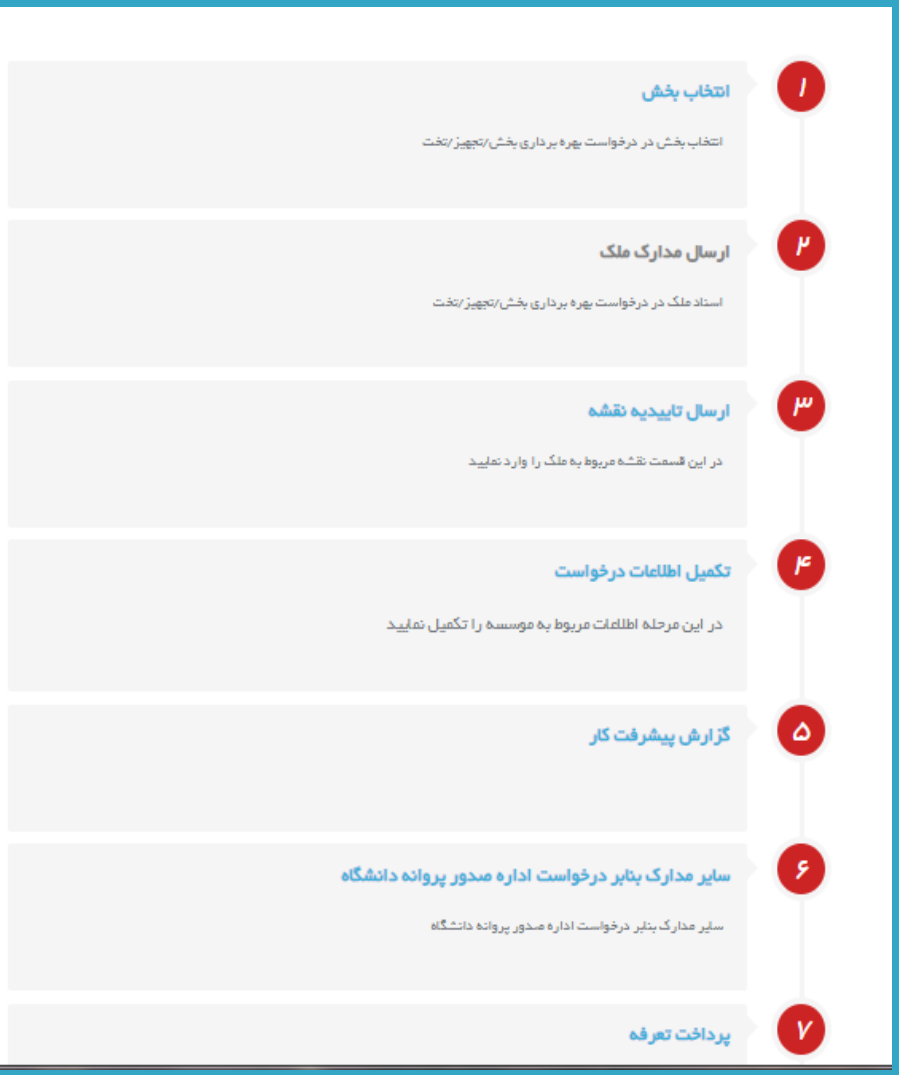
لطفا فایل های موجود در سامانه را بررسی نمایید و در صورت تایید آن ها را بارگزار کنید و تاییدیه زیر را علامت بزنید

تایید فایل های موجود در سامانه : ☐

✔ثبت

مرحله تکمیل اطلاعات درخواست





بازگشت به تکمیل اطلاعات درخواست

جهت بازگشت به مراحل تکمیل اطلاعات درخواست،از دکمه "بازگشت به تکمیل اطلاعات درخواست" استفاده نمایید.
در صورت عدم تکمیل اطلاعات درخواست،اطلاعات درخواست ثبت نخواهد شد.

مسئول فنی | مدارک مورد نیاز مسئول فنی | تجهیزات | پرسنل | مدارک مورد نیاز پرسنل | افزایش تخت

مرحله قبل

نام موسسه : نوع موسسه : بیمارستان نوبت کاری : شبانه روزی

معرفی مسئول فنی

بخش نیازمند مسئول فنی برای موسسه شما موجود نمی باشد.

مسئول فنی | مدارک مورد نیاز مسئول فنی | تجهیزات | پرسنل | مدارک مورد نیاز پرسنل | افزایش تخت

مرحله قبل

نام موسسه : نوع موسسه : بیمارستان نوبت کاری : شبانه روزی

معرفی مسئول فنی

توجه فرمایید در صورتی که در درخواست عملیات تغییر نوبت کاری بخش انجام شده است،لطفا مطابق با نوبت کاری جدید مسئول فنی حذف یا اضافه نمایید.

جهت معرفی مسئولین فنی جدید
۱) ابتدا بخش مربوطه را انتخاب نمایید ۲) دکمه معرفی مسئول فنی را کلیک نمایید
۳) کد ملی و اطلاعات فرد مورد نظر را وارد نمایید.

فیزیوتراپی

ردیف	مسئول فنی جدید	نام پدر	بخش	تحصیلات	نظام	کد نظام	نوبت کاری	سمت شخص	نوع مسئول
۱		سیدابراهیم	فیزیوتراپی	پیراپزشکی، پرستاری، مامایی و .../کارشناسی/فیزیوتراپی	نظام فیزیوتراپی		صبح و عصر		مسئول فنی

مسئول فنی | مدارک مورد نیاز مسئول فنی | تجهیزات | پرسنل | مدارک مورد نیاز پرسنل | افزایش تخت

مرحله قبل

نام موسسه : [redacted] نوع موسسه : بیمارستان نوبت کاری : شبانه روزی

دریافت نامه درخواست استعلام مسئول فنی

- جهت دریافت فایل های خام استعلام لطفا بر روی دکمه استعلام مربوطه کلیک کنید تا فایل آن برای شما دانلود گردد.
پس از دریافت فایل به مرجع ذی صلاح مراجعه سپس پاسخ استعلام مربوطه را دریافت نمایید و اسکن آن را در قسمت پایین صفحه الصاق نمایید.

استعلام سوء پیشینه کیفری: زهره السادات [redacted]

استعلام سوء پیشینه انتظامی سازمان نظام پزشکی: زهره السادات [redacted]

دانلود فرم قبول و تعهد وظایف مسئول فنی: فرم قبول و تعهد وظایف مسئول فنی

دانلود فرم قبول و تعهد وظایف مسئول فنی بخش کل موسسه: فرم قبول و تعهد وظایف مسئول فنی بخش کل موسسه
(بیمارستان،جراحی محدود درمانگاه عمومی، درمانگاه دندانپزشکی)

مسئول فنی : زهره السادات [redacted] (فیزیوتراپی)

فرم قبول و تعهد وظایف مسئول فنی : دانلود فایل تایید کننده :مریم حاتمی قوچان
۱۳۹۸/۰۷/۰۹ – ۱۷:۱۳

فرم ابلاغ سمت اجرایی (رئیس/معاون/...) : No file chosen Choose File
حداکثر سایز مجاز : ۳۰ mb ، فایل های مجاز : jpg, jpeg, bmp, doc, docx, png, tif, pdf
اسکن های چند صفحه ای به صورت tif و یا در قالب فایل Word و Pdf ارسال گردد.

استعلام سو پیشینه کیفری : دانلود فایل تایید کننده :مریم حاتمی قوچان
۱۳۹۸/۰۷/۰۸ – ۲۱:۰۰

استعلام سو پیشینه انتظامی : دانلود فایل تایید کننده :مریم حاتمی قوچان
۱۳۹۸/۰۷/۱۸ – ۱۳:۴۷

تایید صحت مشخصات و تعهدنامه مسئول فنی و نوبت کاری موسسه .....(درج نام موسسه الزامی است)

اینجانب _____ با آگاهی وقبول شرح وظایفم بعنوان مسئول فنی ، مندرجات این فرم را تائید نموده و نیز تصدیق می نمایم:

۱- آئین نامه موسسه را به دقت مطالعه نموده ام.

۲- شرح وظایف خود را به دقت مطالعه نموده ام.

۳- با در نظر گرفتن این درخواست، بعنوان مسئول فنی در سه نوبت کاری در شبانه روز و نیز در یک نوبت کاری بطور همزمان در دو موسسه (*از جمله مطب یا سایر دفاتر کار*) فعالیت ندارم.

۴- در صورت درخواست استعفا حداقل ۳ ماه قبل مراتب را به موسس اعلام نموده و تا سه ماه پس از ارائه درخواست استعفا نیز (درصورت عدم معرفی مسئول فنی جانشین) ،مسئولیت فنی موسسه را به عهده خواهم داشت.

۵- تعهد می نمایم گواهی ۵ساله دوره بازآموزی را ارائه دهم. (جهت پیراپزشکان)

۶- نوبت کاری

نوبت های کاری دقیقا مطابق با ساعات کاری مسئول فنی پر شود وعلاوه بر اینکه در جدول زیر علامت زده میشود به طور جداگانه در قسمت عنوان نوبت کاری نوشته شود.

به عنوان مثال :عنوان نوبت کاری: صبح روزهای فرد وعصر روزهای زوج .

عنوان نوبت کاری:.....(حتما قیدشود)

	شنبه	یکشنبه	دوشنبه	سه شنبه	چهارشنبه	پنج شنبه	جمعه	همه روزهای هفته
صبح								
عصر								
شب								

نام و نام خانوادگی و
امضاء و درج مهر نظام پزشکی مسئول فنی

مسئول فنی | مدارک مورد نیاز مسئول فنی | تجهیزات | پرسنل | مدارک مورد نیاز پرسنل | افزایش تخت

مرحله قبل

نام موسسه : نوع موسسه : بیمارستان نوبت کاری : شبانه روزی

ثبت تجهیزات پزشکی

در این مرحله می توانید درخواست اضافه کردن تجهیزات بخش درخواستی جدید و یا سایر بخش ها وارد نمایید.

اتاق عمل | رادیولوژی و سونوگرافی | آنژیوگرافی قلبی +

ردیف	نام دستگاه	شماره سریال	شاخصه	کشور سازنده	بخش	تصویر شناسنامه دس
No records available						

مسئول فنی ✓ مدارک مورد نیاز مسئول فنی ✓ تجهیزات ✓ پرسنل مدارک مورد نیاز پرسنل افرایش تخت

مرحله قبل

نام موسسه : نوع موسسه : بیمارستان نوبت کاری : شبانه روزی

معرفی پرسنل

در این مرحله می توانید درخواست اضافه کردن پرسنل به بخش درخواستی جدید و یا سایر بخش ها وارد نمایید.

لطفا به حداقل تعداد پرسنل مندرج در آیین نامه های مربوط به موسسه خود توجه بفرمایید

ICU جنرال | آزمایشگاه | اتاق عمل | اطفال | اورژانس | بیمارستان (کل موسسه) | پست پارتوم | زنان و زایمان | جراحی عمومی | داخلی | رادیولوژی و سونوگرافی | فیزیوتراپی | داروخانه | ارزیابی شنوایی | تغذیه | آنژیوگرافی قلبی | LDR | آسیب شناسی بالینی و تشریحی +

فیزیوتراپی

بخش جدید

۲۰

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	بخش	تحصیلات	پست سازمانی
۱		شعبان	فیزیوتراپی	پیراپزشکی، پرستاری، مامایی و .../کارشناسی/فیزیوتراپی	فیزیو تراپ
۲		فریدون	فیزیوتراپی	پیراپزشکی، پرستاری، مامایی و .../کارشناسی/فیزیوتراپی	فیزیو تراپ

مسئول فنی ← مدارک مورد نیاز مسئول فنی ← تجهیزات ← پرسنل ← مدارک مورد نیاز پرسنل ← افزایش تخت

مرحله قبل

نام موسسه : [redacted] نوع موسسه : بیمارستان نوبت کاری : شبانه روزی

دریافت نامه درخواست استعلام پرسنل

- جهت دریافت فایل های خام استعلام لطفا بر روی دکمه استعلام مربوطه کلیک کنید تا فایل آن برای شما دانلود گردد.
پس از دریافت فایل به مرجع ذی صلاح مراجعه سپس پاسخ استعلام مربوطه را دریافت نمایید و اسکن آن را در قسمت پایین صفحه الصاق نمایید.

فرم اعلام همکاری پرسنل: فرم اعلام همکاری پرسنل

استعلام سوء پیشینه کیفری: [redacted]

استعلام عدم اعتیاد: [redacted]

فرم اعلام همکاری پرسنل : دانلود فایل تایید کننده :مریم حاتمی قوچان
۱۳۹۸/۰۷/۰۸ - ۲۱:۰۹

نام پرسنل: [redacted]

گواهی عدم سوء مصرف مواد : دانلود فایل تایید کننده :مریم حاتمی قوچان
۱۳۹۸/۰۷/۰۸ - ۲۱:۱۰

گواهی سوءپیشینه کیفری : دانلود فایل تایید کننده :مریم حاتمی قوچان
۱۳۹۸/۰۷/۰۹ - ۱۷:۱۵

بازگشت به تکمیل اطلاعات درخواست

جهت بازگشت به مراحل تکمیل اطلاعات درخواست، از دکمه "بازگشت به تکمیل اطلاعات درخواست" استفاده نمایید.
در صورت عدم تکمیل اطلاعات درخواست، اطلاعات درخواست ثبت نخواهد شد.

مسئول فنی ← مدارک مورد نیاز مسئول فنی ← تجهیزات ← پرسنل ← مدارک مورد نیاز پرسنل ← افزایش تخت

مرحله قبل

نام موسسه : نوع موسسه : بیمارستان نوبت کاری : شبانه روزی

افزایش تخت

ICU جنرال | NICU | اتاق عمل | اورژانس | پست پارتوم | نوزادان | زنان و زایمان | LDR

۱۰

ردیف	تعداد تخت درخواستی (بدون احتساب تعداد تخت موجود)	تعداد تخت فعلی	تعداد تخت مصوب
۱	افزایش ۵ تخت به بخش ICU جنرال	۴	

استاندارد نیروی انسانی در بخشهای مختلف بستری(ویژه و عادی)

- تعداد نفرات پزشکان در بخشها بستگی به نوع بخش و تعداد تخت متغییر می باشد و در بخشهایی که تعداد پزشک ذکر نشده است معرفی حداقل یک پزشک در هر نوبت کاری الزامی می باشد.
- تعداد نفرات پرستاران در کلیه بخشها به ازای هر ۱۰ تخت می باشد.

نام بخش	تعداد تخت جهت معرفی پزشکی	تعداد پرستار
CCU	۴تخت	۱۸نفر
ICUجنرال،ICUجراحی،IC U داخلی،ICU-OH، BICU، PICU و NICU	۴ تخت به استثناء ICU-OH ۷ تخت	۳۱نفر
ارتوپدی،ارولوژی، اطفال، جراحی عمومی ، چشم، فوق تخصصهای اطفال،فوق تخصصهای جراحی و سایر	در هر نوبت کاری حداقل یک نفر	۹نفر
انکولوژی، پیوند کبد،پیوند کلیه، پیوند مغز استخوان	در بخشهای پیوند ۵ تخت	۱۶نفر
ایمونولوژی، پوست، داخلی، داخلی اعصاب، روانپزشکی،عفونی،فوق تخصصهای داخلی	در هر نوبت کاری حداقل یک نفر	۸نفر
نوزادان	۱۰ تخت	۱۲نفر

نام بخش	تعداد تخت جهت معرفی پزشکی	تعداد پرستار
فوق جراحی قلب	در هر نوبت کاری حداقل یک نفر	۸نفر
فوق چشم،زنان و زایمان،جراحی مغز و اعصاب	در هر نوبت کاری حداقل یک نفر به استثناء جراحی مغز و اعصاب ۸ تخت	۱۰نفر
پست پارتوم	در هر نوبت کاری حداقل یک نفر	۵نفر
سوختگی	در هر نوبت کاری حداقل یک نفر	۲۰نفر
ENT	۸ تخت	۶نفر

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی ایران
معاونت درمان

فرم اعلام همکاری پرسنل

مشخصات و اعلام همکاری پرسنل موسسه

توجه:**لطفا مشخصات مسوول یا مسوولین فنی در اینقسمت درج نشود. مگر اینکه یک نفر ،هم مسئول فنی و هم پرسنل موسسه باشد.**

تعداد پرسنل:.....

ردیف	نام و نام خانوادگی	کدملی	رشته تحصیلی	مقطع تحصیلی	نوبت کاری و ساعت فعالیت درموسسه	کدملی کارمند (۱۱رقم، بدون فاصله)	*	گواهی مطب معتبر / آخرین مدرک تحصیلی	امضاء و تعهد پر
۱								☐	
۲								☐	
۳								☐	
۴								☐	
۵								☐	
۶								☐	
۷								☐	
۸								☐	
۹								☐	
۱۰								☐	
۱۱								☐	

*** توجه:در این ستون عدد مربوط به یکی از گزینه های زیر قید شود:**

۱ - عدم وابستگی استخدامی به دولت، ۲- عضو هیئت علمی رسمی یا پیمانی تمام وقت وزارت بهداشت یا دانشگاه علوم پزشکی

۳-عضو هیئت علمی نیمه وقت ۴- **کارمند رسمی یا پیمانی غیر هیئت علمی وزارت بهداشت یا دانشگاه علوم پزشکی ۵- کارمند رسمی یا پیمانی سایر یاسازمانها**

۶- کارمند قراردادی وزارت بهداشت یا سایر سازمانها ۷-ضریب K ۸- کارمند بازنشسته

تذکر:

اخذ گواهی عدم سوء پیشینه کیفری- گواهی عدم اعتیاد و گواهی عدم سوء پیشینه انتظامی(مخصوص اعضاء سازمان نظام پزشکی) علاوه بر موسس و مسئول فنی، ازپرسنل ا
فیزیوتراپی، موسسات پرتو پزشکی، مرکزآمبولانس خصوصی، مرکز ارائه خدمات بالینی در منزل، مرکز مشاوره و ارائه خدمات پرستاری و مرکزمشاوره و خدمات مامائی ومرکز د
مصرف مواد الزامی می باشد

در صورتیکه اسامی پرسنل موسسه بیشتر از فرم فوق میباشد لطفا از فرم مربوطه کپی تهیه نمائید .

vct@iums.ac.ir

مرحله اخذ تائیدیه های بهداشتی و فنی

بازگشت

شماره درخواست:	۶۷۵۵۶	تاریخ درخواست :	۱۳۹۶/۷/۲۰ - ۱۵:۳۴	درخواست دهنده:	
نام موسسه:		نوع موسسه:	بیمارستان		
دانشگاه:	دانشگاه علوم پزشکی ایران				
شهر:	تهران				
منطقه شهرداری:	منطقه ۶				

توضیحات مرحله قبل:

آخرین وضعیت: بررسی اطلاعات درخواست (کارشناس اداره صدور پروانه)

پاسخ های آماده

ارجاع به رییس اداره جهت ارجاع به وزارت بهداشت | بازگشت به متقاضی جهت تکمیل اطلاعات | بازگشت به متقاضی جهت اصلاح اطلاعات مکان | بازگشت به متقاضی جهت اصلاح اسناد/ملک/نقشه

۱ **انتخاب بخش**
انتخاب بخش در درخواست بهره برداری بخش/تجهیز/تخت

۲ **ارسال مدارک ملک**
اسناد ملک در درخواست بهره برداری بخش/تجهیز/تخت

۳ **ارسال تایدیه نقشه**
در این قسمت نقشه مربوط به ملک را وارد نمایید

۴ **تکمیل اطلاعات درخواست**
در این مرحله اطلاعات مربوط به موسسه را تکمیل نمایید

۵ **گزارش پیشرفت کار**

۶ **سایر مدارک بنابر درخواست اداره صدور پروانه دانشگاه**
سایر مدارک بنابر درخواست اداره صدور پروانه دانشگاه

۷ **مدارک لازم جهت اخذ تایدیه های بهداشتی و فنی**

۸ **پرداخت تعرفه**
تعرفه ها و شماره حساب های بانکی جهت صدور پروانه ها

توجه

جهت بازگشت به مراحل تکمیل اطلاعات درخواست از دکمه "بازگشت به تکمیل اطلاعات درخواست" استفاده نمایید

در صورت عدم تکمیل اطلاعات درخواست اطلاعات درخواست ثبت نخواهد شد

بازگشت به تکمیل اطلاعات درخواست

مدارک لازم جهت اخذ تاییدیه های بهداشتی و فنی

تیک تایید مدارک بارگذاری شده از طرف متقاضی جهت اخذ تاییدیه های بهداشتی و فنی توسط کارشناسان بهداشت / فنی / نظارت درج گردد

تاییدیه ایمنی و حفاظت فنی کار از وزارت تعاون کار و رفاه اجتماعی :

No file selected. ...Browse

حداکثر سایز مجاز : ۳۰۰kb ، فایل های مجاز : jpg, jpeg, bmp, doc, docx, png, tif, pdf

اسکن های چند صفحه ای به صورت tif و یا در قالب فایل Word و Pdf ارسال گردد

ثبت

مرحله پرداخت تعرفه

بازگشت

شماره درخواست:	۶۷۵۵۶	تاریخ درخواست :	۱۳۹۶/۷/۲۰ - ۱۵:۳۴	درخواست دهنده:	
نام موسسه:		نوع موسسه:	بیمارستان		
دانشگاه:	دانشگاه علوم پزشکی ایران				
شهر:	تهران				
منطقه شهرداری:	منطقه ۶				

توضیحات مرحله قبل:

آخرین وضعیت: بررسی اطلاعات درخواست (کارشناس اداره صدور پروانه)

پاسخ های آماده

ارجاع به رییس اداره جهت ارجاع به وزارت بهداشت | بازگشت به متقاضی جهت تکمیل اطلاعات | بازگشت به متقاضی جهت اصلاح اطلاعات مکان | بازگشت به متقاضی جهت اصلاح اسناد/ملک/نقشه

۱ **انتخاب بخش**

انتخاب بخش در درخواست بهره برداری بخش/تجهیز/تخت

۲ **ارسال مدارک ملک**

اسناد ملک در درخواست بهره برداری بخش/تجهیز/تخت

۳ **ارسال تاییدیه نقشه**

در این قسمت نقشه مربوط به ملک را وارد نمایید

۴ **تکمیل اطلاعات درخواست**

در این مرحله اطلاعات مربوط به موسسه را تکمیل نمایید

۵ **گزارش پیشرفت کار**

۶ **سایر مدارک بنابر درخواست اداره صدور پروانه دانشگاه**

سایر مدارک بنابر درخواست اداره صدور پروانه دانشگاه

۷ **مدارک لازم جهت اخذ تاییدیه های بهداشتی و فنی**

۸ **پرداخت تعرفه**

تعرفه ها و شماره حساب های بانکی جهت صدور پروانه ها

فرآیند تمدید پروانه های بهره برداری و مسئول فنی

+ درخواست های مرحله موافقت اصولی

+ درخواست های مرحله بهره برداری

− درخواست های تغییرات موسسه

- تمدید پروانه های بهره برداری و مسئول فنی
- درخواست تغییر نوبت کاری موسسه/ درخواست تغییر مسئول فنی
- درخواست تغییرنام موسسه
- درخواست تغییر موسس
- درخواست تغییر آدرس
- درخواست تعطیلی (موقت/دائم) موسسه یا بخش/ بازگشایی موسسه یا بخش
- درخواست تغییر نوبت کاری مسئول فنی
- درخواست پروانه الفنی
- درخواست تعویض پروانه قدیمی
- درخواست تغییر قائم مقام
- درخواست تغییر پرسنل

اطلاعات شخص
تحصیلات
مدارک
دوره های آموزشی
پروانه ها و مجوزها
موافقت اصولی ها

موسسات شما

دانلود مستندات

فرمت تعهد نامه نماینده قانونی
تعهدنامه محضری موسس (املاک قولنامه ای)

شماره درخواست:	۳۰۹۴۴۱	تاریخ درخواست :	۱۴۰۰/۱۰/۱۳ - ۱۴:۵۵	درخواست دهنده:	
نام موسسه:		نوع موسسه:	بیمارستان		
دانشگاه:	دانشگاه علوم پزشکی ایران				
شهر:	تهران				
منطقه شهرداری:	منطقه ۵				

در اسرع وقت اصل پروانه های بهره برداری و پروانه/پروانه های مسئول فنی موسسه به اداره صدور پروانه های دانشگاه تحویل گردد در غیر اینصورت تمدید پروانه های قانونی امکان پذیر نمی باشد

توضیحات مرحله قبل:

آخرین وضعیت: بررسی اطلاعات درخواست (کارشناس اداره صدور پروانه)

پاسخ های آماده

بازگشت به رییس اداره | ارسال به رییس صدور دانشگاه جهت ارجاع به معاون درمان | بازگشت به متقاضی جهت اصلاح

۱ **تکمیل اطلاعات درخواست**

در این مرحله اطلاعات مربوط به موسسه را تکمیل نمایید

۲ **پرداخت تعرفه**

تعرفه ها و شماره حساب های بانکی جهت تمدید پروانه ها

تعرفه ها و شماره حساب های بانکی جهت صدور پروانه ها برای مسئولین فنی جدید

در این مرحله اطلاعات مربوط به موسسه را تکمیل نمایید

۳ **مدارک تکمیلی**

عکس پرسنلی مجوز کار با اشعه

سایر مدارک بنابر درخواست اداره صدور پروانه دانشگاه

۴ **مدارک لازم جهت اخذ تاییدیه های بهداشتی و فنی**

مدارک تمدید پروانه بهره برداری و مسئول فنی

مدارک تمدید پروانه بهره برداری و مسئول فنی	☐ اسناد ملک (مطابق بهره برداری) ☐ پروانه معتبر مطب مسئول فنی(مسئول فنی پزشک) ☐ فیش تمدید پروانه به برداری ☐ فیش تمدید پروانه مسئول فنی(به ازای تعداد پروانه هایی که تمدید می گردند) در صورت تغییر مسئول فنی باید فیش صدور پروانه مسئول فنی برای فرد جدید واریز گردد. ☐ کلیه مدارک مسئول فنی (در صورت تغییر مسئول فنی) ☐ فرم ادامه همکاری مسئول فنی به تاریخ روز ☐ مجوز کار با اشعه معتبر به همراه پیوست یک و دو(دستگاه ها و پرسنل) (سه برگ)(موسسات پرتو پزشکی و موسسات دارای بخش پرتو پزشکی) ☐ تحویل اصل پروانه های بهره برداری و مسئول فنی به دانشگاه
مدارک تمدید پروانه مسئول فنی	☐ فرم ادامه همکاری مسئول فنی به تاریخ روز ☐ پروانه معتبر مطب مسئول فنی(مسئول فنی پزشک) ☐ فیش تمدید پروانه مسئول فنی(به ازای تعداد پروانه هایی که تمدید می گردند) ☐ تحویل اصل پروانه مسئول فنی به دانشگاه

توضیحات | معرفی مسئول فنی جدید | پروانه اشتغال مسئول فنی | حکم کارگزینی (موسسات و مراکز دولتی/عمومی غیر دولتی) | تعهد نامه مسئول فنی | تغییر نوبت کاری مسئولین فنی موجود

مرحله بعد ←

در صورت تغییر مکان موسسه/مرکز که سبب ایجاد مغایرت وضعیت فعلی موسسه /مرکز با اطلاعات ثبت شده در پروانه بهره برداری و مسئول فنی گردیده است ، نیاز است قبل از تکمیل درخواست تمدید، ابتدا نسبت به ارسال درخواست تغییر آدرس اقدام نمایید.

وضعیت درخواست: بررسی اطلاعات درخواست (کارشناس اداره صدور پروانه)

لیست مسئول فنی جهت تمدید موسسه :

در صورت درخواست عدم تمدید پروانه هر کدام از مسئولین فنی قبلی، فرد را از حالت انتخاب خارج نمایید

- ☑ علی اقا رفیعیان (فرزند: مهدی)
- ☑ ریحان ظهیرمیرداماد (فرزند: حسین)
- ☑ مینا مجلسی کوپائی (فرزند: سعید)
- ☑ اکبرآقا مرشدزاده نائینی (فرزند: فضل اله)
- ☑ حسین شفائی (فرزند: ابوالقاسم)
- ☐ الهام احتشام (فرزند: محمود)

مدارک

تعهدنامه محضری ویژه املاک فاقد سند مالکیت | فرم تعهد نامه محضری در صورت اجاره زیر ۵ سال

اجاره نامه معتبر : ...Browse No file selected.

حداکثر سایز مجاز : ۳۰۰kb ، فایل های مجاز : jpg, jpeg, bmp, doc, docx, png, tif, pdf

اسکن های چند صفحه ای به صورت tif و یا در قالب فایل Word و Pdf ارسال گردد

تصویر تعهد نامه محضری در صورت اجاره زیر ۵ سال : ...Browse No file selected.

حداکثر سایز مجاز : ۳۰۰kb ، فایل های مجاز : jpg, jpeg, bmp, doc, docx, png, tif, pdf

اسکن های چند صفحه ای به صورت tif و یا در قالب فایل Word و Pdf ارسال گردد

سند مالکیت : دانلود فایل تایید : تایید کننده :مریم حاتمی قوچان ۱۳۹۶/۰۵/۱۴ - ۰۱:۴۹ ☑

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی ایران
معاونت درمان

فرمت تعهدنامه محضری ویژه املاک فاقد سند

تعهدنامه محضری ویژه املاک فاقد سند مالکیت

در تاریخ ذیل این سند آقای/ خانم ..... فرزند ..... به شماره شناسنامه ..... و
شماره ملی ..... صادره از ..... متولد .....
ساکن(آدرس محل سکونت) .....
(آدرس محل کار) ..... تلفن .....
متصدی ..... دارای پروانه تاسیس به شماره ..... در این دفتر خانه حاضر و اعلام داشت: اینجانب اعتراف و اقرار می نمایم که از کلیه مقررات و ضوابط صدور پروانه تاسیس اطلاع کامل داشته و ضمن قبول کلیه محتویات این تعهد نامه، با عنایت به اینکه با ارائه اجاره نامه عادی به شماره ..... مورخ ..... (مشخصات اجاره نامه) برای واحد فعالیت تحت سرپرستی اینجانب به نشانی ..... تقاضای صدور پروانه تاسیس نموده، ضمن اعلام به واقعی بودن اجاره نامه و اصالت و درستی تمامی مفاد و مندرجات و امضاء های ذیل اجاره نامه مزبور، کلیه مسئولیت های کیفری و حقوقی ناشی از اجاره نامه تقدیمی و نیز سایر مدارک ارائه شده شخصی و اداری و ثبتی، مرتبط با اخذ پروانه فعالیت را شخصا عهده دار بوده، و در صورت اثبات خلاف آن بر اساس اعلام مراجع ذیربط مستقیما و شخصا پاسخگو بوده و مرجع تمدید یا صدور پروانه در قبال موارد مطروحه بویژه صدور پروانه تاسیس هیچگونه مسئولیتی نخواهد داشت.

به موجب این سند متعهد می گردم پس از انقضای مهلت اجاره نامه فعلی نسبت به تمدید آن و ارائه اجاره نامه یا رضایت نامه جدید اقدام نمایم و در صورت عدم تمدید اجاره نامه یا عدم رضایت مالک به ادامه فعالیت درمانی، هرگونه ضرر و زیان وارده به خود یا اشخاص اعم از حقیقی یا حقوقی را تقبل و تعهد می نمایم و در صورت عدم تمدید اجاره نامه یا عدم رضایت مالک به ادامه فعالیت، معرفی مکان جایگزین ملکی یا استیجاری تا پایان مدت اعتبار پروانه صادره بر عهده اینجانب می باشد.

به موجب این تعهدنامه کسب رضایت مالک ومجاورین محل پروانه جهت تاسیس مرکزبه منظور فعالیت های .....برعهده اینجانب میباشد .

در صورت صدور حکم قطعی مبنی بر خلع ید یا تخلیه محل فعالیت موضوع پروانه تاسیس و نظایر آن از سوی مراجع قضایی یا ثبتی یا سایر مراجع ذیربط، همچنین در صورتیکه دانشگاه علوم پزشکی ..... احراز نماید اینجانب صلاحیت و شرایط لازم فردی یا مکانی جهت تاسیس و اداره مرکز را ندارم، یا چنانچه از هریک از مفاد مذکور در این تعهدنامه عدول نمایم، ضمن عقد خارج لازم دانشگاه علوم پزشکی .....از طرف اینجانب در تشخیص تخلفات وکیل و درصورت فوت وصی است و این اختیار را دارد که راسا و بدون نیاز به حکم و دستور قضایی، نسبت به ابطال مجوز و پروانه تاسیس،همچنین تعطیلی و پلمپ محل فوق الذکر در حضور و یا غیاب متصدی و صاحب پروانه اقدام نماید و کلیه خسارات وارده قطعی و محتمل الوقوع بر عهده اینجانب میباشد.

پاسخگویی به هرگونه اعتراض و شکایتی در مراجع ذیربط (اعم از قضایی و غیر قضایی) در خصوص پروانه تاسیس صادره از دانشگاه و صحت و سقم و اصالت مدارک مورد نیاز جهت صدور پروانه بر عهده اینجانب می باشدودانشگاه علوم پزشکی ..... در این خصوص هیچ گونه مسئولیتی نخواهد داشت.

نشانی اقامتگاه اینجانب نشانی مندرج در این سند می باشد و تمام ابلاغ های ارسالی به این محل به منزله ابلاغ قانونی به اینجانب بوده و چنانچه نشانی خود را تغییر دهم فورا مراتب را به دفترخانه تنظیم کننده سند و دانشگاه علوم پزشکی ..... اطلاع خواهم داد و الا ابلاغ کلیه اوراق و اخطاریه ها به محل تعیین شده در این سند قطعی و غیر قابل اعتراض از سوی اینجانب می باشد.

vct@iums.ac.ir

توجه

جهت بازگشت به صفحه مشاهده درخواست های تمدید بهره برداری دکمه بازگشت را کلیک فرمایید

بازگشت

توضیحات ← معرفی مسئول فنی جدید ← پروانه اشتغال مسئول فنی ← حکم کارگزینی (موسسات و مراکز دولتی/عمومی غیر دولتی) ← تعهد نامه مسئول فنی ← تغییر نوبت کاری مسئولین فنی موجود

مرحله قبل

مرحله بعد

معرفی مسئول فنی

۱-در این مرحله در صورت تمایل امکان معرفی مسئول فنی جدید مقدور می باشد دقت فرمایید از درج اسامی مسئولین فنی فعلی(دارای پروانه مسئول فنی) جداً خودداری گردد.

۲-در صورت معرفی مسئول فنی جدید تمدید پروانه های قانونی موسسه پس از تایید صلاحیت مسئول فنی جدید در کمیسیون قانونی ماده ۲۰ انجام می پذیرد.

آزمایشگاه | بیمارستان (کل موسسه) | رادیولوژی و سونوگرافی | فیزیوتراپی | داروخانه

معرفی مسئول فنی | معرفی قائم مقام

۲۵

ردیف	مسئول فنی جدید	نام پدر	بخش	تحصیلات	نظام	کد نظام	نوبت کاری	سمت شخص	نوع مسئول	توضیحات			
No records available													

آئین نامه ضوابط مسئول فنی در بیمارستان،مرکز جراحی محدود و سرپائی،درمانگاه شبانه روزی عمومی و دندانپزشکی ۱۳۹۶

فصل سوم:افراد واجد شرایط مسئول فنی

الف)شرایط عمومی:

- دارای مدرک دکتری حرفه ای پزشکی عمومی یا دندانپزشکی
- عدم سوء پیشینه کیفری و انتظامی
- تائیدیه معاونت درمان دانشگاه مربوط به صلاحیت حرفه ای
- دارا بودن پروانه مطب معتبر در شهر مورد تقاضا
- دارا بودن حکم انتصاب معتبر به عنوان یکی از افراد مندرج در شرایط اختصاصی
- عدم تصدی مسئولیت فنی در سایر موسسات پزشکی

الف)شرایط اختصاصی:

ماده ۴:افراد واجد شرایط مسئولیت فنی در **مراکز دانشگاهی،دولتی و عمومی غیردولتی** با دارا بودن حکم انتصاب منطبق با چارت سازمانی به ترتیب الویت عبارتنداز:

- رئیس بیمارستان / مرکز جراحی محدود و سرپائی
- یکی از معاونین بیمارستان / مرکز جراحی محدود و سرپائی
- مدیر بیمارستان / مرکز جراحی محدود و سرپائی

ماده ۵:افراد واجد شرایط مسئولیت فنی در مراکز خصوصی و خیریه صرفا منطبق با اساسنامه مصوب عبارتنداز:

- در مراکز خصوصی:مدیرعامل/رئیس و یا یکی از اعضاء هیات مدیره
- در مراکز خیریه/موقوفه خیریه:مدیرعامل/رئیس یا یکی از اعضاء هیات مدیره یا هیات امناء
- معرفی مسئول فنی طی مکاتبه رسمی از سوی رئیس هیات مدیره/موسس/متولی/نماینده قانونی اقدام گردد.
- تائید صلاحیت مسئول فنی معرفی شده جهت بررسی و صدور پروانه مسئولیت فنی توسط کمیسیون قانونی ماده ۲۰ دانشگاه می باشد.

ماده ۶:

کلیه بخشهای پاراکلینیک نظیر:

داروخانه،رادیولوژی، آزمایشگاه،فیزیوتراپی و ... باید دارای مسئول فنی واجد شرایط جداگانه مطابق آیین نامه مربوطه باشند.

فصل چهارم:وظایف،شرایط و نحوه انتخاب قائم مقام

ماده ۷:کلیه وظایف و شرایط انتخاب قائم مقام مطابق وظایف و شرایط مسئول فنی در این آیین نامه می باشد.

ماده۹:حضور فعال قائم مقام در زمان غیبت مسئول فنی به دلایل بیماری، مسافرت،سایر موارد با تشخیص و تائید وزارت/دانشگاه و حکم مراجع قانونی و قضایی

ماده ۱۱:مسئول فنی موظف است همزمان با صدورپروانه مسئولیت فنی موسسه قائم مقام واجد شرایط خود را به صورت کتبی به همراه مدارک شرایط عمومی جهت تائید به معاونت درمان دانشگاه معرفی نماید.

فصل پنجم:شرایط تغییر،تعویض و عزل مسئول فنی

- پایان مدت اعتبار پروانه مسئولیت فنی(حداقل سه ماه قبل انقضاء اعلام شود)
- تغییر و استعفای مسئول فنی(حداقل سه ماه قبل اعلام شود)
- تغییر حکم انتصاب مسئول فنی به لحاظ تغییر جایگاه سازمانی(قائم مقام حداکثر تا یک ماه به عنوان جانشین مسئول فنی می باشد)
- فوت،از کارافتادگی،حجر مسئول فنی(حداکثر تا ۱۵ روز نفر جدید معرفی شود و قائم مقام تا یک ماه به عنوان جانشین مسئول فنی می باشد)
- عدم تمدید پروانه مسئولیت فنی توسط وزارت/دانشگاه(حداکثر تا ۱۵ روز نفر جدید معرفی شود و در این مدت قائم مقام به عنوان جانشین می باشد)
- تخلف مسئول فنی از وظایف قانونی(فصل دوم این آئین نامه–حداکثر تا ۱۵ روز نفر جدید معرفی شود و در این مدت قائم مقام به عنوان جانشین می باشد)

شیوه نامه اجرایی ضوابط مسئول فنی در بیمارستان،مرکز جراحی محدود و سرپائی،درمانگاه شبانه روزی عمومی و دندانپزشکی ۱۳۹۶

- از تاریخ ۹۶/۷/۱۵ صدور کلیه پروانه های مسئول فنی طبق آئین نامه ابلاغی می باشد.
- از تاریخ ۹۶/۹/۱ پروانه های مسئول فنی قبلی موسسات دولتی و عمومی غیردولتی فاقد اعتبار است.
- موسسات خصوصی حقیقی و حقوقی و خیریه از تاریخ شیوه نامه به مدت شش ماه مهلت دارند تا با آئین نامه فوق جهت تطبیق اقدام نمایند.
- لزوم رابطه خدمتی قائم مقام با موسسه
- لزوم ارسال لیست جانشین مسئول فنی به صورت ماهانه جهت نوبت کاری عصر و شب(پزشک مقیم/سوپروایزر)

با عنایت به بهره گیری از علامت رمزینه (QR) در پروانه های بهره برداری و مسئولین فنی صادر شده از طریق سامانه به اطلاع می رساند: با توجه به قوانین وزارت متبوع کلیه بخشها و افزایش تخت های دارای بهره برداری شامل بخشهای تخصصی بستری، بخشهای ویژه ، بخشهای دارای مسئولین فنی بر روی اصل پروانه ثبت می شود و فقط بخشهای فوق تخصصی و درمانگاهی به اضافه الباقی بخشهای فوق در مشخصات بانک اطلاعات بیمارستان ثبت خواهد شد لذا مشخصات بخشهایی که در اصل پروانه ثبت نمی شوند از طریق برنامه بارکدخوان بر روی علامت رمزینه(QR) قابل رویت می باشد.

جهت بازگشت به صفحه مشاهده درخواست های تمدید بهره برداری دکمه بازگشت را کلیک فرمایید

بازگشت

توضیحات ← معرفی مسئول فنی جدید ← پروانه اشتغال مسئول فنی ← حکم کارگزینی (موسسات و مراکز دولتی/عمومی غیر دولتی) ← تعهد نامه مسئول فنی ← تغییر نوبت کاری مسئولین فنی موجود

مرحله قبل

مرحله بعد

حداقل اعتبار پروانه اشتغال جهت صدور پروانه مسئول فنی ۳ ماه می باشد

پروانه و مجوزهای علی اقا رفیعیان (ویژه پزشکان) :

مشخصات آخرین پروانه شما در این قسمت مشخص شده در صورتی که تا انقضای آن کمتر از ۲ ماه فرصت دارید پروانه بروز شده خود را ثبت نمایید

شماره :

مرجع صادر کننده :

تاریخ اعتبار :

تاریخ صدور :

اسکن پروانه/مجوز مربوطه :

پروانه و مجوزهای ریحان ظهیرمیرداماد (ویژه پزشکان) :

مشخصات آخرین پروانه شما در این قسمت مشخص شده در صورتی که تا انقضای آن کمتر از ۲ ماه فرصت دارید پروانه بروز شده خود را ثبت نمایید

شماره :	۷۱۴-۲۰۰۲-۱۶	مرجع صادر کننده :	سازمان نظام پزشکی
تاریخ اعتبار :	۱۳۹۷-۱-۲۶	تاریخ صدور :	۱۳۹۶-۱-۲۶
اسکن پروانه/مجوز مربوطه :	مشاهده فایل		

توجه

جهت بازگشت به صفحه مشاهده درخواست های تمدید بهره برداری دکمه بازگشت را کلیک فرمایید

بازگشت

توضیحات ← معرفی مسئول فنی جدید ← پروانه اشتغال مسئول فنی ← حکم کارگزینی (موسسات و مراکز دولتی/عمومی غیر دولتی) ← تعهد نامه مسئول فنی ← تغییر نوبت کاری مسئولین فنی موجود

مرحله قبل

مرحله بعد

حکم کارگزینی تنها شامل مسئولین فنی شاغل بخش دولتی می باشند که فاقد پروانه مطب نظام پزشکی هستند.

برای این نوع موسسه نیازی به تکمیل این مرحله نیست.

جهت بازگشت به صفحه مشاهده درخواست های تمدید بهره برداری دکمه بازگشت را کلیک فرمایید

بازگشت

تمدید مسئول فنی و مدارک ← معرفی مسئول فنی جدید ← پروانه اشتغال مسئول فنی ← حکم کارگزینی (موسسات و مراکز دولتی/عمومی غیر دولتی) ← تعهد نامه مسئول فنی ← تغییر نوبت کاری مسئولین فنی موجود

مرحله قبل

مرحله بعد

حکم کارگزینی تنها شامل مسئولین فنی شاغل بخش دولتی می باشند که فاقد پروانه مطب نظام پزشکی هستند.

جهت پذیرش مسئولیت فنی در موسسات دولتی و عمومی غیر دولتی در صورتی که در حکم کارگزینی/ ابلاغ فرد محل خدمت موسسه درمانی مورد نظر درج شده باشد ، حکم کارگزینی به جایگزینی 'پروانه اشتغال ' فرد قابل قبول می باشد و مدت اعتبار پروانه مسئول فنی براساس تاریخ اعتبار حکم درج خواهد گردید.

اخرین حکم کارگزینی/ابلاغ : دانلود فایل تایید : ☑ تایید کننده :مریم حاتمی قوچان
۱۴۰۰/۱۰/۰۶ – ۲۰:۵۱

حکم دائم است ☐

تاریخ اعتبار حکم کارگزینی/ابلاغ: ۱۴۰۱-۰۴-۳۱

حذف

جهت بازگشت به صفحه مشاهده درخواست های تمدید بهره برداری دکمه بازگشت را کلیک فرمایید

بازگشت

تمدید مسئول فنی و مدارک

معرفی مسئول فنی جدید

پروانه اشتغال مسئول فنی

حکم کارگزینی (موسسات و مراکز دولتی/عمومی غیر دولتی)

تعهد نامه مسئول فنی

تغییر نوبت کاری مسئولین فنی موجود

مرحله قبل

مرحله بعد

لطفا نامه ادامه همکاری هر یک از مسئولین فنی را وارد نمایید و به مرحله بعد بروید.

دریافت مدارک لازم مسئول فنی

دانلود فرم قبول و تعهد وظایف مسئول فنی/قائم مقام:

فرم تعهد مسئول فنی جدید | فرم ادامه همکاری مسئول فنی | فرم قبول و تعهد وظایف قائم مقام

دانلود فرم قبول و تعهد وظایف مسئول فنی بخش کل موسسه:
(بیمارستان،جراحی محدود،درمانگاه عمومی،درمانگاه دندانپزشکی شبانه روزی)

فرم قبول و تعهد وظایف مسئول فنی بخش کل موسسه

مسئول فنی : (رادیولوژی و سونوگرافی)

اسکن نامه تعهد ادامه همکاری : دانلود فایل حذف فایل تایید : ☐

(درج نام موسسه الزامی است)

فرم تعهد مسئول فنی کل موسسه و معرفی قائم مقام مسئول فنی موسسه .....

اینجانب ..... در تاریخ ..... با آگاهی و قبول شرح وظایف محوله طبق آیین نامه ضوابط مسئول فنی به عنوان مسئول فنی ، مندرجات این فرم را تایید نموده و نیز تصدیق می نمایم.

۱- آیین نامه موسسه را به دقت مطالعه نموده ام.

۲- از شرح وظایف مسئول فنی مطلع می باشم.

۳- با در نظر گرفتن این درخواست به عنوان مسئول فنی در سایر موسسات فعالیت نخواهم داشت.

۴- در صورت استعفا حداقل ۳ ماه قبل مراتب را به موسس اعلام نموده و تا سه ماه پس از ارائه درخواست استعفا نیز (در صورت عدم معرفی مسئول فنی جانشین) مسئولیت موسسه را بر عهده خواهم داشت.

۵- بدینوسیله آقا/ خانم دکتر..... را به عنوان قائم مقام مسئول فنی در مواقع عدم حضور خود در موسسه/مرکز معرفی می نمایم.

۶- تعهد می نمایم اسامی جانشین های مسئول فنی به تفکیک نوبت کاری های عصر و شب ، در شروع هر ماه به معاونت درمان دانشگاه ارائه نمایم.

نام و نام خانوادگی

امضا و درج مهر نظام پزشکی مسئول فنی

تایید صحت مشخصات و تعهدنامه مسئول فنی و نوبت کاری موسسه .....(درج نام موسسه الزامی است)

اینجانب _____ با آگاهی وقبول شرح وظایفم بعنوان مسئول فنی ، مندرجات این فرم را تائید نموده و نیز تصدیق می نمایم:

۱- آئین نامه موسسه را به دقت مطالعه نموده ام.

۲- شرح وظایف خود را به دقت مطالعه نموده ام.

۳- با در نظر گرفتن این درخواست، بعنوان مسئول فنی در سه نوبت کاری در شبانه روز و نیز در یک نوبت کاری بطور همزمان در دو موسسه (*از جمله مطب یا سایر دفاتر کار*) فعالیت ندارم.

۴- در صورت درخواست استعفا حداقل ۳ ماه قبل مراتب را به موسس اعلام نموده و تا سه ماه پس از ارائه درخواست استعفا نیز (درصورت عدم معرفی مسئول فنی جانشین) ،مسئولیت فنی موسسه را به عهده خواهم داشت.

۵- تعهد می نمایم گواهی ۵ساله دوره بازآموزی را ارائه دهم. (جهت پیراپزشکان)

۶- نوبت کاری

نوبت های کاری دقیقا مطابق با ساعات کاری مسئول فنی پر شود وعلاوه بر اینکه در جدول زیر علامت زده میشود به طور جداگانه در قسمت عنوان نوبت کاری نوشته شود.

به عنوان مثال :عنوان نوبت کاری: صبح روزهای فرد وعصر روزهای زوج .

عنوان نوبت کاری:.....(حتما قیدشود)

	شنبه	یکشنبه	دوشنبه	سه شنبه	چهارشنبه	پنج شنبه	جمعه	همه روزهای هفته
صبح								
عصر								
شب								

نام و نام خانوادگی و
امضاء و درج مهر نظام پزشکی مسئول فنی

¶معاونت محترم درمان دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی.....

اینجانب ..... به شماره نظام ..... دارنده پروانه مسئولیت فنی به شماره..... مورخ .....رضایت خود را جهت ادامه همکاری با موسسه .....به عنوان مسئول فنی اعلام می نمایم.¶

¶

¶

¶

مهر و امضا و تاریخ¶

تعهد قائم مقام مسئول فنی

نام موسسه .....(بیمارستان /درمانگاه ....) (درج نام موسسه الزامی است)

اینجانب ..... در تاریخ ..... با آگاهی و قبول شرح وظایف محوله طبق آیین نامه ضوابط مسئول فنی به عنوان قائم مقام مسئول فنی .....(نام مسئول فنی).....مندرجات این فرم را تایید نموده و نیز تصدیق می نمایم.

۱- آیین نامه موسسه را به دقت مطالعه نموده ام.

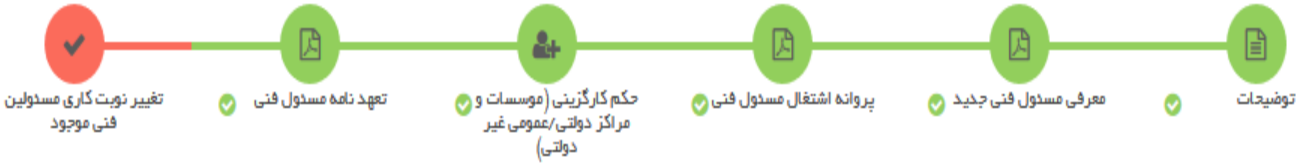
۲- از شرح وظایف قائم مقام مسئول فنی مطلع می باشم.

۳- در غیاب مسئول فنی کلیه وظایف مسئول فنی بر عهده اینجانب می باشد و در هر حال مسئولیت امور فنی موسسه و پاسخگویی به مراجع ذیصلاح بدون قید و شرط با شخص مسئول فنی است .

۴- اینجانب موظف می گردم رخدادها ، اقدامات و فعالیت های خود را در غیاب مسئول فنی به ایشان گزارش نمایم.

نام و نام خانوادگی

امضا و درج مهر نظام پزشکی قائم مقام مسئول فنی



مرحله قبل

تغییر نوبت کاری مسئول فنی های انتخاب و ثبت شده جهت تمدید در این قسمت امکان پذیر می باشد.

توجه داشته باشید که تغییر نوبت کاری مسئولین فنی برای این درخواست اجباری نمی باشد.فقط در صورت تمایل به تغییر نوبت کاری مسئول فنی این کار را انجام دهید. در غیر این صورت نوبت کاری مسئول فنی برابر با مقدار پیشین و بدون تغییر باقی خواهد ماند.

نوبت کاری مسئول فنی علی اقا رفیعیان :

نوبت کاری جدید : انتخاب کنید

توضیحات :

فرم قبول و تعهد وظایف مسئول فنی : No file selected. ...Browse

حداکثر سایز مجاز : ۳۰۰kb ، فایل های مجاز : jpg, jpeg, bmp, doc, docx, png, tif, pdf

اسکن های چند صفحه ای به صورت tif و یا در قالب فایل Word و Pdf ارسال گردد.

نوبت کاری مسئول فنی ریحان ظهیرمیرداماد :

نوبت کاری جدید : انتخاب کنید

توضیحات :

فرم قبول و تعهد وظایف مسئول فنی : No file selected. ...Browse

جهت بازگشت به صفحه مشاهده درخواست های تمدید بهره برداری دکمه بازگشت را کلیک فرمایید

بازگشت

*عکس پرسنلی را ضمیمه کنید یا در صورت لزوم ویرایش نمایید. (حداکثر سایز مجاز : ۳۰۰kb ، فایل های مجاز : jpg, jpeg, bmp, png, tif)

نام و نام خانوادگی: الهام زارعی

عکس پرسنلی ۴*۳: دانلود فایل تایید : تایید کننده :فریبا محمدی ۱۳۹۸/۰۵/۰۴ - ۲۱:۵۹

نام و نام خانوادگی: فرهاد ابوالحسن چوبدار

عکس پرسنلی ۴*۳: دانلود فایل تایید : تایید کننده :مریم حاتمی قوچان ۱۳۹۸/۰۵/۲۲ - ۲۱:۱۲

کاربر محترم یکی از موارد ۱.وارد کردن شناسه مرکز در انرژی اتمی و یا ۲.ضمیمه کردن مجوز کار با اشعه را انجام دهید.

شناسه مرکز در انرژی اتمی، کد دریافت شده از شماره پرونده اراده شده به سازمان انرژی اتمی می باشد.

بخش رادیولوژی و سونوگرافی:

کد پرتوکاری مرکز : ثبت

دریافت راهنمای مجوز کار با اشعه

مجوز کار با اشعه : دانلود فایل تایید : تایید کننده :مریم حاتمی قوچان ۱۴۰۰/۱۰/۰۶ - ۲۱:۱۸

تاریخ انقضا : ۱۴۰۳-۷-۳

ثبت مجوز به روز شده

ویرایش/حذف مجوز موجود

سازمان ملی استاندارد ایران

سازمان آتش نشانی و خدمات ایمنی

توجه

جهت بازگشت به صفحه مشاهده درخواست های تمدید بهره برداری دکمه بازگشت را کلیک فرمایید

بازگشت

مدارک لازم جهت اخذ تاییدیه های بهداشتی و فنی

تیک تایید مدارک بارگذاری شده از طرف متقاضی جهت اخذ تاییدیه های بهداشتی و فنی توسط کارشناسان بهداشت / فنی / نظارت درج گردد

تاییدیه آتش نشانی ساختمان از سازمان آتش نشانی و خدمات ایمنی شهرداری استان/شهرستان : دانلود فایل حذف فایل تایید : ☐

تاییدیه ایمنی و استاندارد آسانسور از شرکت های معتبر زیر نظر سازمان ملی استاندارد ایران : دانلود فایل حذف فایل تایید : ☐

ثبت

پانل پرسش و پاسخ

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی ایران
معاونت درمان

سپاس از صبر و شکیبایی شما بزرگواران

vct@iums.ac.ir