

نموذج إستيفاء تخصص "جراحة عظام"

	المحافظة	اسم المستشفى	السعة الإستيعابية
--	----------	--------------	-------------------

<input type="checkbox"/>	غير متوفر	<input type="checkbox"/>	متوفر	بنك دم تخزيني
<input type="checkbox"/>	غير متوفر	<input type="checkbox"/>	متوفر	شهادة تقييم مكافحة العدوي من القطاع التابع له المستشفى

	عدد غرف العمليات الكبرى
	عدد اسره الرعاية المركزة

التجهيزات الجراحية بالمستشفى						بيان العدد	التجهيزات الجراحية بالمستشفى					
بيان العدد												
	<input type="checkbox"/>	غير متوفر	<input type="checkbox"/>	متوفر	الات مفاصل ركبه		<input type="checkbox"/>	غير متوفر	<input type="checkbox"/>	متوفر	منشار	
	<input type="checkbox"/>	غير متوفر	<input type="checkbox"/>	متوفر	الات مفاصل فخذ		<input type="checkbox"/>	غير متوفر	<input type="checkbox"/>	متوفر	دريل	
	<input type="checkbox"/>	غير متوفر	<input type="checkbox"/>	متوفر	الات المناظير ركبه		<input type="checkbox"/>	غير متوفر	<input type="checkbox"/>	متوفر	جهاز تورنكيت Pneumatic with timer	
	<input type="checkbox"/>	غير متوفر	<input type="checkbox"/>	متوفر	الات المناظير كتف		<input type="checkbox"/>	غير متوفر	<input type="checkbox"/>	متوفر	جهاز C arm Image Intensifier	
	<input type="checkbox"/>	غير متوفر	<input type="checkbox"/>	متوفر	المنظار		<input type="checkbox"/>	غير متوفر	<input type="checkbox"/>	متوفر	تراييزة عمليات منفذة للأشعة و مناسبة للمناظير	
	<input type="checkbox"/>	ملكه المستشفى	<input type="checkbox"/>	مؤجر			<input type="checkbox"/>	غير متوفر	<input type="checkbox"/>	متوفر	جهاز Diathermy	

التردد الحراري	الشفير	المصدر الضوئي	العدسة	في حالة توافر المنظار يرجي ذكر الآتي :

	اسم استشاري التخدير	بيانات أطباء التخدير
<input type="radio"/> ماجستير <input type="radio"/> زمالة <input type="radio"/> دكتوراه <input type="radio"/> استاذ جامعي	المؤهل	
	عدد سنوات الخبرة	
رقم عضويه نقابة الأطباء	رقم التليفون	

رقم عضوية نقابة الأطباء	رقم التليفون	المؤهل	اسم الطبيب الجراح	م	بيانات الجراحين
				1	
				2	
				3	
				4	

في خانة المؤهل يتم ذكر استاذ جامعي متخصص (مفاصل - مناظير) - دكتوراه في تخصص (مفاصل-مناظير) - زمالة مصرية / أجنبيه (سابقة أعمال معتمده في المفاصل - المناظير) - أخصائي(ماجستير) - مع ذكر موضوع الرسالة - شهادة خبرة من مستشفى حكومي معتمده من مدير المستشفى مبين بها سنوات الخبرة وعدد الحالات (للعرض والتقييم من قبل اللجنة الفنية للمشروع)

<p style="text-align: center;">يرجاء ارسال الآتي بيانه :</p> <ul style="list-style-type: none"> - صور من كل مؤهل السادة الأطباء بحد أقصى تحديد 4 استشاريين للتخصص وتحديد اسم مسنول عن الوحدة. - صور مؤهل الأطباء الجراحين مع تحديد التخصص الدقيق لكل جراح. - بيان بعدد اسره الرعاية والحضانات . - صور التجهيزات المذكورة عاليه مع ايضاح ان كانت مؤجره. - بيان بتخصيص أجهزه لقسم العظام من عدمه. - شهادة بأن تلك التجهيزات تعمل بكفاءة وغير معطلة ولها صيانه دورية . 	مطلوب إرساله
--	-----------------