

## 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
<input type="checkbox"/>	غير متوفر	<input type="checkbox"/>	متوفر	هل يوجد طوارئ بالمستشفى علي مدار ال 24 ساعة

عدد غرف العمليات الكبرى
عدد اسره الرعاية المركزة
إجمالي عدد الأسره بالمستشفى

بيان العدد	التجهيزات الجراحية بالمستشفى					بيان العدد	التجهيزات الجراحية بالمستشفى				
	<input type="checkbox"/>	غير متوفر	<input type="checkbox"/>	متوفر	الات مفاصل ركب		<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 ركب		<input type="checkbox"/>	غير متوفر	<input type="checkbox"/>	متوفر	جهاز تورنيكيت 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
	<input type="checkbox"/>	غير متوفر	<input type="checkbox"/>	متوفر	عليه آلات 3.5 general		<input type="checkbox"/>	غير متوفر	<input type="checkbox"/>	متوفر	عليه آلات 4.5 general
							<input type="checkbox"/>	غير متوفر	<input type="checkbox"/>	متوفر	عليه سلك

في حالة توافر المنظار يرجى ذكر الآتي :	العدسة	المصدر الضوئي	الشيفر	التردد الحراري
--	--------	---------------	--------	----------------

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

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

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

مطلوب إرساله	برجاء ارسال الآتي بيانه :
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- صور ومؤهلات الجراحين بحد أقصى 4 استشاريين للتخصص مع تحديد اسم الجراح المسئول عن الوحدة مع تحديد التخصص الدقيق لكل جراح.</li> <li>- صور التجهيزات المذكورة عاليه مع ايضاح ان كانت مؤجره.</li> <li>- شهادة بان تلك التجهيزات تعمل بكفاءة و غير معطلة ولها صيانه دورية .</li> <li>- بيان بسابقة أعمال المستشفى في جراحات المفاصل والمناظير معتمد ومختوم .</li> <li>- في حالة وجود تخصصات أخرى (جراحه او عيه دمويه وجراحه عامة و باطنة ) التفضل بموافتنا ببيانات السادة الأطباء مع ارسال صور مؤهلات الأطباء ورقم التليفون ورقم العضوية بنقابة الأطباء.</li> </ul>