

تقرير دراسة ملف ومعاينة مستشفى خاصة
طبقا للقوانين والقرارات الوزارية المنظمة لعمل المنشآت الطبية الخاصة
للنظر فى منح الموافقة المبدئية على اقامة مستشفى

دراسة الملف الخاص بمشروع مستشفى :
الكائن بعنوان :
اسم صاحب المنشأة :
اسم المدير الفنى :
تاريخ المعاينة : ٢٠١ / /

وقد تبين مايلى:

١. ملائمة الموقع لاقامة مستشفى : ملائم (.....) غير ملائم (.....)
٢. ملائمة المبنى للمستشفى : ملائم (.....) غير ملائم (.....)
٣. تعهد بتنفيذ الاشتراطات الفنية والصحية طبقا للقانون رقم ١٥٣ لسنة ٢٠٠٤ والقانون رقم ٥١ لسنة ١٩٨١ واللائحة التنفيذية له الصادرة بالقرار الوزارى رقم ٢١٦ لسنة ١٩٨٢ والقرارات الوزارية المنظمة لذلك.
تم تقديمه (.....) لم يتم تقديمه (.....)
٤. تعهد بعدم تغيير فى الادارة الفنية او ملكية المشروع او الاستعانة بعمالة غير مصرية الابدع الحصول على موافقة صريحة وكاتبية من اللجنة الدائمة بالوزارة .
٥. أصول تراخيص مزاوله المهنة لأصحاب المهن الطبية العاملين بالمستشفى .
تم تقديمه (.....) لم يتم تقديمه (.....)
٦. برنامج الالتزام بالجودة الشاملة: تم تقديمه (.....) لم يتم تقديمه (.....)
٧. خطة مكافحة انتشار العدوى والتخلص من النفايات والرصد البيئى
تم تقديمه (.....) لم يتم تقديمه (.....)
٨. الرسم الهندسى مطابق لرخصة البناء: مطابق (.....) غير مطابق (.....)
٩. تقرير الحماية المدنية: مستوفى الاشتراطات (.....) غير مستوفى الاشتراطات (.....)
١٠. عقد الملكية او الايجار: موثق ومعتمد (.....) غير موثق وغير معتمد (.....)
١١. المدخل الخاص او مستقل للمستشفى طبقا للواقع: موجود (.....) غير موجود (.....)



١٢. وصف المبنى :

* بدروم : (.....) ، أرضي : (.....) ، عدد (.....) أدور فوق ارضي .

* توزيع الأقسام علي الأدوار : بدروم أرضي

* دور أول علوي دور ثاني علوي

* دور ثالث علوي دور رابع علوي

* دور خامس علوي دور سادس علوي

* دور سابع علوي دور ثامن علوي

*

١٣. التخصصات التي يتم مزاولتها بالمستشفى : ١..... ٢.....

٣..... ٤..... ٥.....

٦..... ٧..... ٨.....

١٤. عدد اسرة الإقامة : (.....) سرير عدد غرف الإقامة : (.....) غرف

١٥. عدد حضانات الأطفال : (.....) حضانة

* التجهيزات :-

-
-
-

١٦. عدد اسرة الرعاية المركزة : (.....) سرير

* التجهيزات :-

-
-
-

١٧. الافاقه : (.....) سرير

* التجهيزات :- مستوفى (.....) غير مستوفى (.....)



١٨. عدد غرف العمليات :

* عدد (.....) غرفة كبرى عدد (.....) غرفة متوسطة عدد (.....) غرفة صغرى

التجهيزات :-

- *
- *
- *

١٩. المغسلة :

- *
- *

٢٠. التعقيم المركزي :

- *
- *

٢١. العيادات الخارجية : (.....) عيادة

٢٢. المولد الكهربائي : موجود (.....) غير موجود (.....)

٢٣. تاريخ المرور : / / ٢٠١١

٢٤. نتيجة دراسة الملف والمعاينة: موافقة (.....) غير موافقة (.....)

٢٥. ملاحظات :

- *
- *
- *

٢٦. توقيع أعضاء اللجنة :

- * دكتور / دكتور /
- * دكتور / دكتور /

يعتمد ،،،

رئيس الإدارة المركزية للمؤسسات

العلاجية غير الحكومية والترخيص

د. صابر محمود غنيم