کد فرم: ALZ- RM - 108 تاریخ بازنگری : ۹۲/۶/۱۸ بازنگری بعدی: ۹۳/۶/۱۸	**مرکز آموزشی درمانی الزهراء – تبریز** **جک لیست اشعه گذاری**	

توجه:همکاران محترم خواهشمند است چک لیست فوق را به دقت تکمیل نمایید.

۱. نام بخش:
۲. پوشیده بودن پنجره و شیشه ها و تاریک بودن اتاق: بله ❐ خیر❐
۳. باز بودن درب کلیه کمدها و قفسه های شیشه ای و وسایل موجود در اتاق: بله ❐ خیر❐
۴. استفاده از وسایل حفاظت فردی(لباس محافظ و عینک): بله❐ خیر❐
۵. مساحت تقریبی اتاق مورد نظر: کمتر یا مساوی ۶ مترمربع❐ بیشتر از ۶ مترمربع❐

ردیف	شماره اتاق	نوع دستگاه مورد استفاده		تاریخ	ساعت شروع	ساعت اتمام	طول مدت اشعه گذاری(بر حسب دقیقه)	نام و امضای کمک بهیار	نام و امضای سرپرستار یا مسوول شیفت	تعداد دفعات اشعه گذاری در اتاق یا واحد مورد نظر در طی یک ماه	فاصله زمانی ورود به اتاق پس از اتمام اشعه گذاری
		ثابت	پرتابل								
جمع طول مدت زمان در پایان هر صفحه از چک لیست:											

مرکز آموزشی درمانی الزهراء(س)