پیام مدیریت:

**ضمن خوش آمدگویی وآرزوی بهبودی وسلامتی برای شما وهمراه محترمتان به استحضار می رساند که ایمنی بیماربعنوان مجموعه ای از اولویت ها، ارزش ها، نگرش ها و رفتارهای فردی و بیمارستانی تعریف شده است بطوریکه ارائه خدمات درمانی ایمن و با کیفیت عالی جزء اهداف مدیران ارشدو پزشکان و پرسنل بیمارستان بوده و مدیریت برای دستیابی به این هدف برنامه ریزی و نظارت می نمایند و سعی درجلب رضایت بیماران وهمراهان محترم دارد.**

 **با تشکر آنیتا رهبران- مدیریت بیمارستان**

رسالت / ماموریت بیمارستان ( mission ):

**بیمارستان جنرال شفای تبریز اولین بیمارستان خصوصی شمال غرب کشور می باشد که درسال1348 تاسیس گردید و با هدف ارائه خدمات تخصصی جهت التیام آلام بیماران با مشارکت بهترین و سرشناس ترین پزشکان و اساتید دانشگاه علوم پزشکی تبریز به نام بیمارستان آریا شروع به کار کرد.**

* **پایبند بودن به اصول اخلاقی، علمی و منشورحقوق بیمار و کارکنان، ايمني بيمار و پرسنل، تامين رفاه وآرامش بيمار و پرسنل بيمارستان، رکن اساسی این ارگان می باشد.**

**خدمات درمانی قابل ارائه توسط بیمارستان به مراجعه کنندگان:**

**موارد اورژانسی داخلی( قلب، گوارش، مسمومیت، عفونی و...) وجراحی عمومی، جراحی های تخصصی زنان و زایمان، جراحی لاپاراسکوپیک، زایمان طبیعی، زایمان فیزیولوژیک، جراحی عمومی مردان، جراحی عمومی زنان، بستری نوزاد، جراحی های ارتوپدی، گوش، حلق، بینی، بخش هایCCU و ICU جنرال، اکوکاردیوگرافی، نوارقلب، فیزیوتراپی، داروخانه، آزمایشگاه، خدمات تشخیصی رادیولوژی( سونوگرافی و رادیوگرافی )**

ضوابط و بیمه های طرف قرارداد:

* بیمارستان با بیمه خدمات درمانی، تامین اجتماعی و اکثر بیمه های تکمیلی طرف قرارداد می باشد.
* شایسته است موقع بستری از متصدی پذیرش در مورد قرارداد بیمه خود با بیمارستان سئوال فرمایید.
* افراد دارای دفترچه تامین اجتماعی ، خدمات درمانی و... هنگام مراجعه از صفحه اول شناسنامه و صفحه تاریخ اعتبار دو برگ کپی جهت تشکیل پرونده همراه داشته باشند.
* افراد دارای بیمه مکمل ضرورت دارد در طول بستری معرفی نامه دریافت و جهت الصاق به پرونده به منشی بخش تحویل نمایند.
* بیماران می بایست دفترچه درمانی و اصل شناسنامه، کارت ملی خود را در طول بستری جهت رویت نمایندگان بیمه ها به همراه داشته باشند.
* استفاده از بیمه تامین اجتماعی منوط به دریافت استحقاق درمان از سایت تامین اجتماعی توسط واحدپذیرش بیمارستان می باشد. در سزارین سابقه 60 روز و در آتروپلاستی ها سابقه 5 ساله نیاز می باشد.

مقررات عمومی پذیرش - بستری:

* **هنگام مراجعه به پذیرش می بایست علاوه بر دستور بستری مکتوب پزشک ،دفترچه درمانی و شناسنامه /کارت ملی /کارت شناسایی معتبر عکس دار جهت تشکیل پرونده به همراه داشته باشید.**
* **برای صدور گواهی ولادت به همراه داشتن شناسنامه ی پدرو مادر الزامی می باشد.**
* **اگر زمان ترخیص مادردرروز تعطیل باشد یک روز قبل، گواهی ولادت توسط واحد مدارک پزشکی صادر می گردد.**
* **دفترچه کو دكان بالای دو سال باید عکس دار باشد و در کودکان زیر دو سال، اصل و الصاق کپی کارت ملی و شناسنامه پدر و مادر نیاز می باشد.**
* **جهت انجام اعمال جراحی که منجر به قطع عضو می شود مانند هیسترکتومی، رضایت همسر الزامی بوده و ارائه اصل شناسنامه زوجین نیز هنگام بستری الزامی است.**
* **به سوالات متصدی پذیرش اعم ازآدرس، شماره تلفن و ... پاسخ صحیح وکامل دهید.**
* **حضور ولی یا سرپرست قانونی برای بیماران زیر 18 سال و بیماران دچار اختلالات ذهنی و روانی و اختلال هوشیاری در موقع تشکیل پرونده با کارت ملی الزامیست.**
* **در صورت داشتن سابقه بستری دراین بیمارستان جهت تسریع انجام کارشما، متصدی پذیرش را مطلع نمائید.**
* **کلیه مدارک پزشکی (نتایج اقدامات تشخیصی درمانی صورت گرفته، عکس، آزمایشات، نوار قلب، اکو، سونو گرافی و.... )خود را هنگام بستری به همراه داشته باشید.**
* برای اعمال جراحی سرپایی می بایست بیمار روز مراجعه، یک نفرهمراه داشته باشد.

شرایط اختصاصی پذیرش– بستری:

* در بخش بستری برای شما باند شناسایی تهیه شده و بر روي مچ دست غالب شما بسته می شود وجود باند شناسایی ، برای شناسایی بیمار قبل از انجام اقدام درمانی و جلوگیری از بروز خطای پزشکی ضروریست بنابراین تا زمان ترخیص باند شناسایی خود را نگه داشته و در صورت مفقود شدن باند شناسایی، حتما به پرستار/ مامای مسئول بیمار اطلاع دهید.
* در صورت وجود حساسیت داروئی/ غذایی به پرستار/ مامای مسئول بیمار اطلاع دهید تا برای شما باند شناسائی قرمز رنگ تهیه شود.

هزینه های قابل پیش بینی:

* **هزینه همراه،داروو لوازم غیر بیمه و لوازم بهداشتی خارج از تعهد بیمه بوده و بصورت آزاد محاسبه می شود.**
* اعمال جراحی زیبایی درتعهد هیچکدام از بیمه ها نمی باشد و لذا فرد می بایست کلیه هزینه را طبق تعرفه بصورت آزاد پرداخت نماید.
* از کلیه بیماران غیراورژانس هنگام بستری مبلغی تحت عنوان ودیعه دریافت خواهد شد، لذا هنگام مراجعه به این امر، توجه نمایید.
* بغير از پذيرش و حسابداري، از پرداخت هرگونه وجه نقدي به همكاران(تحت عنوان پاداش، وديعه) خودداری نمائید.
* تمامی پرداخت هادر این مرکز توسط واحد حسابداری بوده و هیچگونه رابطه پولی بین بیمار و پزشک وجود نداشته و از پرداخت وجه نقدی خودداری نمایید.
* پرداخت هر گونه وجه خارج از صندوق بیمارستان، ممنوع است و در صورت هر گونه شکایت در این زمینه، با تلفن 190 و مدیریت بیمارستان 32828888مطرح فرمایید.

مقررات عمومی بیمارستان:

* استعمال دخانیات درمحیط سربسته بیمارستان اکیدا ممنوع می باشد.
* بدلیل وجود بیماری کرونا، ملاقات بیمار ممنوع بوده و جهت رفاه حال كلیه بیماران و رسیدگی بهتر، از حضور اقوام در بخش ها جداً خودداری نمایید.
* خواهشمند است جهت جلوگيري از انتقال بيماري هاي واگيردار و عفوني، از آوردن کودکان و اطفال زیر 12 سال به بیمارستان جدا خودداری نمایید.
* در صورت ممنوع الملاقات بودن بیمار از حضور بر بالین بیمار خودداری نمایید.
* ورود کودک به بخش های ویژه و اتاق ایزوله ممنوع می باشد.
* اجازه ملاقات برای بیماران بستری در اتاق ایزوله با نظر پزشک معالج و بسیار محدود می باشد.
* قبل از ورود به اتاق ایزوله و بخش ویژه دست های خود را ضدعفونی نموده و از گان و ماسک استفاده نمایید و بعد از خروج از اتاق گان و ماسک را به سطل زباله عفونی انداخته و دست های خود را ضدعفونی نمایید.
* از دست دادن و روبوسی با بیمار خودداری نمایید و به اتصالات بیمار دست نزنید.
* جهت ورود و خروج همراهان محترم به بخش مربوطه وجود كارت همراه الزامي مي باشد
* ازآوردن وسائل صوتی تصویری به بخش های اتاق عمل و ویژه جداً خودداری فرمایید.
* آوردن گل های طبیعی به بیمارستان ممنوع می باشد.
* خروج بیماران درطی بستری ازبخش ها بدون هماهنگی با مسئولین بخش ممنوع می باشد.
* کیف لوازم شخصی مورد نیاز خود را قبل از بستری، از واحد پذیرش تهیه نمایید.
* بیمارستان به بیمار اجازه می دهد تا در مراحل تشخیصی از جمله معاینات، فرد معتمد را همراه داشته باشد( بخصوص در کودکان ).
* از نگه داشتن لوازم قیمتی خود نظیر پول، ساعت، زیورالات و ... در طی بستری خودداری فرمایید. در صورت ضرورت موقع بستری مسئول بخش را مطلع نمائید تا تمهیدات لازم صورت گیرد.
* ارائه خدمات سلامت به بیمار با رعایت شان و منزلت انسانی، احترام به ارزش ها، اعتقادات فرهنگی و مذهبی بیمار و بر پایه صداقت، انصاف، ادب، همراه با مهربانی و فارغ از هر گونه تبعیض قومی، فرهنگی، مذهبی ناشی از نوع بیماری و جنسیت توسط کارکنان بیمارستان انجام می پذیرد.
* تنها بیمار، گروه درمانی، افراد مجاز از طرف بیمار و افرادی که به حکم قانون مجاز تلقی می شوند می توانند به اطلاعات بیمار( پرونده بیمار) دسترسی داشته باشند.
* رعایت نظم و بهداشت محیط نشانه شخصیت والای شماست، قبلا ازهمکاری صمیمانه شما سپاسگذاریم.

راهنمای طبقات:

* بخش/ واحد های مختلف با خطوط رنگی مشخص شده اند.
* بخش جراحی مردان وآزمایشگاه در طبقه اول واقع شده است.
* بخش جراحی زنان درطبقه دوم واقع شده است.
* بخش زنان زایمان؛ نوزادان و بلوک زایمانی در طبقه سوم واقع شده است.
* بخش اتاق عمل و واحدCSSD در طبقه چهارم واقع شده است.
* بخش های ویژه**( ICU – CCU )** درطبقه پنجم واقع شده است.
* خروج اضطراری بیمارستان در طبقه دوم کنارآسانسور می باشد و سایر خروج اضطراری ها با تابلو راهنما مشخص شده اند.
* مدیریت روبروی درب ورودی بیمارستان می باشد.
* اورژانس و بانک خون درطبقه همکف واقع شده است.
* دفترپرستاري، واحدانفورماتيك، دفتراعتباربخشی، واحدمدیریت نیروی انسانی، واحد تجهیزات پزشکی، واحدمدارک پزشکی وحسابداری در نیم طبقه واقع شده است.
* داروخانه درسالن انتظارکنارقسمت پذیرش ودرجنب ورودی اصلی واقع شده است.
* رادیو لوژی جنب ورودی اصلی بیمارستان واقع شده است.
* سونوگرافی درپاگرد طبقه اول شده است.
* رختشویخانه، بایگانی، سردخانه، انبارها، موتورخانه،آشپزخانه در زیرزمین واقع شده است.

تسهیلات اتاق های بستری و سرویس های ویژه بیمارستان:

* درهركدام ازاتاق ها يک عدد خط تلفن جهت تماس با بخش های داخلی بيمارستان قرارداده شده است.
* جهت تماس با بیمار، ازخارج بیمارستان بعد ازگرفتن شماره بیمارستان درصورت وصل شدن به اپراتور با گرفتن شماره اتاق بیمارخود، ارتباط برقرار خواهد شد.
* زنگ مخصوص بیماران جهت فرا خوانی پرستار در مواقع ضروری در بالای تخت شما تعبیه شده است.
* تمامی اتاق ها مجهز به کولر، كمد مخصوص هر تخت، صندلی همراه، يخچال، تلویزیون می باشد.
* براي سهولت دسترسي بيماران و همراهان به آبجوش سماور در هر بخش موجود است لطفا نكات ايمني را رعايت نماييد.
* در هر اتاق برای زباله هاي خانگي مثل كاغذ و قوطی کمپوت و ... يك سطل زباله با كيسه مشكي موجود مي باشد و در قسمت نرسینگ يك سطل زباله با كيسه زرد رنگ مخصوص زباله هاي عفوني و خوني و يا آلوده به ترشحات بدن بيمار مثل لباس خوني تعبیه شده است خواهشمند است زباله ها را به تفکیک گفته شده، داخل سطل زباله ها بيندازيد.
* در هر بخش آب سردکن برای راحتی بیماران و همراهان موجود است.
* درصورتی که رژیم غذایی خاصی برای شما توصیه نشده و یا اجازه خوردن غذا را دارید، صبحانه و نهاردردو منو مطابق انتخاب شما، به شما و همراهتان ارائه خواهد شد.
* درکنار روشویی داخل اتاق ها، پوستر شستن دست و مایع ضدعفونی دست وجوددارد مطابق پوستر دست های خود را شستشو و یا ضدعفونی نمایید.

انتظارات از بیمار و همراهان:

* تکمیل دقیق فرم های پذیرش وترخیص و ارائه اطلاعات صحیح وکامل از قبیل : مشخصات شناسنامه ای،آدرس، شماره تلفن، شغل، نوع بیمه و ... و همچنین دادن اطلاعات درمورد شرح حال فعلی و سابقه پزشکی و دارویی صحیح وكامل ازقبیل سابقهبیماری های قبلی، سابقه بستری، نوع داروی مصرفی، استعمال دخانیات و حساسیت داروئی و... به پزشک معالج و کادردرمانی مربوطه الزامی و در سیردرمان شما حیاتی می باشد.
* به آموزش های ارائه شده ( بصورت شفاهی یا بروشورآموزشی)، درخصوص دارو و درمان، تغذیه و اصلاح شیوه زندگی توجه نموده و عمل نمایید.
* رفتار مودبانه و محترمانه شما با کارکنان بیمارستان و دیگر بیماران و همراهان نشانه شخصیت والای شما است.
* انتظارمی رود درطول بستری و بعد ازترخیص، جهت درمان و بهبودی هرچه سریعترخود، دستورات پزشک معالج و توصیه های كارشناسان پرستاری/مامایی، فیزیوتراپی، تغذیه راکه همگی تیم درمانی مراقبتی شما می باشندرا بطور دقیق رعایت نمایید.

رعایت نکات زیركمک می كند تا اقامت ایمن وخوبی را دربیمارستان تجربه نمایید :

* درصورتی که علت آزمایشات و اقدامات انجام شده را نمی دانید حتما توضیح بخواهید و مطمئن شوید اقدامات تشخیصی و درمانی که روی شما انجام می شود مخصوص شما است.
* هرگونه دغدغه و نگرانی و سوالات خود را با پزشک یا پرستار خود در میان بگذارید و راهنمایی بخواهید و در صورتی که دسترسی به آنها به دلایلی مقدور نبود یادداشت نمایید تا در وقت مقتضی سوال نمایید.
* در مورد شکل، اثر، چگونگی و زمان استفاده و عوارض داروهای خود اطلاعات لازم را از پزشک معالج کسب نمایید.
* هنگام پذیرش در بخش، تمامی داروهای شخصی خود را به پرستار/مامای مسئول خود نشان دهید و در خصوص نحوه استفاده از آنها در حین بستری سوال فرمایید.
* بدانید چه اقدامات درمانی و چرا و چه وقت قراراست روی شما انجام گیرد و در صورت هرگونه تناقض و تعویض روش درمانی حتما سوال نموده و علت آن راجویا شوید.
* اگر درد داشته باشید حتمابه پزشک و پرستار/ مامای مسئول خود اطلاع دهید( اکثر دردها به راحتی قابل کنترل هستند).
* یکی از مواردی که سلامتی شما را در بیمارستان تهدید می نماید خطر افتادن از تخت و یا زمین خوردن در محیط بیمارستان و بخش های بستری مي باشد. به دلایل مختلفي از جمله داروها، بیماری، ضعف جسمانی و اختلال تعادل، محیط نا آشنا، سطوح صاف و سخت و ... احتمال آسیب دیدگی و همچنین شدت آسیب ناشی ازافتادن در بيمارستان، نسبت به منزل و دیگر محیط های خارج از بیمارستان افزایش می يابد لذا توصیه می شود هنگام پایین آمدن از تخت، رفتن به دستشویی، رفتن به استحمام و ... حتما کمک، درخواست نموده و توصیه های تیم درمانی خود را جدی بگیرید و هنگام استراحت درتخت، حتما نرده كنار تخت آن را بالا بكشيد و اگر نتوانستيد به پرستار/مامای مسئول خود اطلاع دهيد.
* لازم است به این نکته توجه داشته باشید که اگر دارای راه وریدی (محل تزریق سرم یا برانول ) هستیدتا قبل از ترخیص از بخش، بصورت خود سرانه اقدام به در آوردن برانول یا محل تزریق سرم ننمایید. بعد از ارائه برگه ترخیص به پرستار/مامای مسئول خود، وی خود شخصا اقدام به در آوردن برانول خواهد نمود.
* بعداز ترخیص در صورت وجود هرمشکلی در روند درمان خود، با پزشک معالج تماس بگیریدیا به مطب مراجعه نمایید.در صورت عدم دسترسی به پزشک معالج خود، به بیمارستان تشریف بیاورید و یا با بیمارستان تماس بگیرید.

فرایند ترخیص بیماران بستری:

* بلافاصله بعد ازاینکه پزشک معالج شما اجازه ترخیص شما را صادرنمودند انجام اقداماتی از قبیل آماده نمودن پرونده بستری، رویت مامور بیمه، تهیه صورتحساب و ... برای ترخیص شما آغاز می شود که مدت زمانی طول خواهد کشید، در این مدت شما فرصت دارید ضمن تهيه داروهای مصرفی در منزل اطلاعاتي در مورد نحوه پیگیری و ادامه درمان خودتان ، چگونگی و زمان مراجعه به درمانگاه يا مطب، نحوه دسترسی به تیم درمانی، آموزش های خودمراقبتی در منزل و شماره تماس برای پیگیری هنگام بروز مشکل، را کسب نمایید.
* بعد از دریافت sms از واحد ترخیص، مبنی بر آماده بودن برگه صورت حسابتان، به این واحد مراجعه نمایید.
* درصورت تمايل به ترخيص با رضايت شخصي، به منظور سهولت در انجام فرايند ترخيص لطفا قبل از پايان ساعت اداري (2 بعدازظهر ) اقدام نماييد.

نظرخواهی و سنجش رضایتمندی:

مراجعه کنندگان محترم خواهشمند است هرگونه پیشنهادات و انتقادات خود را با یکی از روش های زیر به اطلاع ما برسانید، شما با تکمیل فرم مذکور ما را در ارائه سرویس های بهتر و رفع اشکالات موجود یاری مي نماييد.

* در شيفت صبح با داخلي 264 ( مدیریت ) و در شيفت عصرو شب با داخلی 265/250 (دفتر پرستاری) تماس بگيريد.
* با پيام گير 24 ساعته32828888 تماس گرفته و پیام خود را به صورت صوتي ثبت نمایید و یا موارد را به شماره 32808888 فاکس نمایید.
* در شيفت صبح به مسئول رسيدگي به شكايات( مدیریت ) مراجعه نماييد.
* در شيفت عصرو شب به سوپروايزربالینی( دفتر پرستاری) شيفت مراجعه نماييد و فرم پیشنهادات، انتقادات و شكايت را از وي دريافت و تكميل نماييد و سپس فرم تكميل

شده را به سوپروايزربالینی داده يا درصندوق پیشنهادات و انتقادات واقع در سالن بخش ها بيندازيد.

* برای ارائه پیشنهادات، انتقادات و شکایات خود می توانید به سایت بیمارستان مراجعه نموده و درآیکون مربوطه ثبت نمایید. [**www.Tabriz-shafahospital.ir**](http://www.Tabriz-shafahospital.ir)
* بعد ازترخیص از بیمارستان، بصورت تصادفی با تعدادی ازشما تماس گرفته می شود و درخصوص کیفیت خدمات ارائه شده، تسهیلات بستری و شکایات احتمالی، سوال خواهد شدكه بازخورد تجربه بستری و اطلاعات شما ما رایاری خواهد نمود تا انتظارات شما را تا حد امکان برآورده نماییم.
* برای اطلاع از نتیجه می توانید سه روز بعد در شیفت صبح با شماره 32828888 ( خط مستقیم مدیریت) تماس بگیرید و یا شماره تماس خود را برای پیگیری و اطلاع نتيجه نهايي، در فرم پیشنهادات، انتقادات و شكايت قيد نماييد تا مدیریت نتیجه را به اطلاع شما برسانند.

توضیح فرم گزارش خطا ؛ ارائه پیشهادات، انتقادات و شکایات :

* این فرم جهت گزارش خطاهای پزشکی و بیمارستانی و دریافت پیشنهادات، انتقادات و شکایات از دیدگاه شما، بیمار عزیز و همراهانتان تهیه شده است و فقط توسط کارشناس ایمنی بیمار مورد ارزیابی و بررسی قرار می گیرد و اطمینان کامل داشته باشید که با پرکردن این فرم مشکلی برای شما و بیمارتان ایجاد نمی شود. ذکر نام و مشخصات خودتان و فرد خاطی و بخش مورد نظر الزامی نمی باشد. بعداز تکمیل فرم، آن را از کتابچه جدانموده و در صندوق رسیدگی به شکایات واقع در سالن بخش ها قرار دهید.
* ضمن آرزوی سلامتی و بهبودی کامل از همکاری و احساس مسئولیت شما، صمیمانه قدردانی می نماییم.

# فرم گزارش خطا؛ ارائه پیشنهادات، انتقادات و شکایات :

✁————————————————————————————————————————————————————————————————————————————————————————————————————

 \_\_\_\_\_\_|||−

* نام بخشی که خطا در آن اتفاق افتاده است، ذکر شود: ...........................................................................................................................................................................................
* نام گزارش دهنده خطا، بیمار یا همراه وی( اجباری نیست): .....................................................................................................................................................................
* شماره تماس بیمار/همراه وی( اجباری نیست): ..................................................................................................................................................................................................................................
* سمت فردی که خطا از او سر زده است:

پزشک 🗖 پرستار🗖 ماما 🗖 کاردان/کارشناس بیهوشی 🗖 کمک پرستار 🗖 خدمات 🗖 مترون 🗖 اداری 🗖 سوپروایزر🗖 آزمایشگاه🗖 سونوگرافی 🗖 رادیولوژی🗖 فیزیوتراپی🗖 داروخانه🗖 نگهبان🗖 پذیرش 🗖 و غیره...............................................................................

* ذکر خطای رخ داده: . .............................................................................................................................. ........................................................................................................................................................................................................................................................
* آیا خطا منجر به آسیب بیمار شما شده است؟..............................................................................................................................................................................................................................................................
* توضیح نحوه بروز خطا: ................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

.............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................. ...............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

.............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................. ...............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

* هر پیشنهادی که برای جلوگیری از بروز موارد مشابه و یا پیشگیری از وقوع خطاهای بالقوه ای که هنوز رخ نداده اند را دارید، ذکر نمایید: .................................................... ..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

.............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................. ...............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

* برای ارتقا خدمات ارائه شده به مراجعه کنندگان خواهشمند است *پیشنهادات و انتقادات و شکایات* خود را ذکر نمایید: .................................................... ..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

.............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................. ...............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

.............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................. ...............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

لطفا در صورت پر نمودن این فرم ،آن را از کتابچه راهنمای بیمارستان جدا نموده و در صندوق رسیدگی به شکایات موجود در سالن بخش ها قرار دهید.

# شماره تلفن های ضروری :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| نام واحد / بخش | شماره تماس داخلی | نام واحد / بخش | شماره تماس داخلی |
| مدیریت بیمارستان | **264** | مدیریت خدمات پرستاری | **265** |
| دفتر پرستاری | **250** | **اپراتور** | **9- 200** |
| دفتر اعتباربخشی | **220** | **اورژانس** | **115** |
| داروخانه | **227** | **آزمایشگاه** | **121** |
| بخش یک | **111** | **بانک** | **255** |
| بخش دو | **222** | **راديولوژي** | **242** |
| بخش سه | **333** | **سونوگرافی** | **249** |
| اتاق عمل | **434- 236** | **فیزیوتراپی** | **241** |
| بخش نوزادان | **302** | **پذیرش** | **246** |
| بخش CCU | **503** | **ترخیص** | **225** |
| بخش ICU | **502** | **حسابداری** | **223** |
| رسیدگی به شکایات | **264/250/265** | **رسيدگي به شكايات**  | **32828888** |
| آشپزخانه | **256** | **تاسیسات** | **261** |
| نگهبانی  | **244** |  |  |