**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**

**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PHIẾU KHAI BÁO THIẾT BỊ X-QUANG CHẨN ĐOÁN TRONG Y TẾ**

**I. THÔNG TIN TỔ CHỨC, CÁ NHÂN KHAI BÁO**

1. Tên tổ chức, cá nhân:

2. Địa chỉ liên lạc:

3. Số điện thoại: 4. Số fax:

5. E-mail:

**II. ĐẶC TÍNH CỦA THIẾT BỊ**

1. Tên thiết bị:

2 Mã hiệu (Model):

3.Hãng, nơi sản xuất:

4. Năm sản xuất:

5. Điện áp cực đại (kV):

6. Dòng cực đại (mA):

7. Mục đích sử dụng:

|  |  |
| --- | --- |
| □ Soi, chụp chẩn đoán tổng hợp  □ Chụp vú  □ Đo mật độ xương  □ Chụp thú y | □ Soi, chụp chẩn đoán có tăng sáng truyền hình  □ Chụp răng  □ Chụp cắt lớp vi tính  □ Mục đích khác (ghi rõ): |

8. Cố định hay di động:

□ Cố định □ Di động

9. Nơi đặt thiết bị cố định:

**III. ĐẦU BÓNG PHÁT TIA X**

1 Mã hiệu (Model):

2. Số xê-ri (Serial Number):

3. Hãng, nơi sản xuất:

4. Năm sản xuất:

IV. BÀN ĐIỀU KHIỂN

1. Mã hiệu (Model):

2. Số xê-ri (Serial Number):

3. Hãng, nơi sản xuất:

4. Năm sản xuất:

**V. BỘ PHẬN TĂNG SÁNG (đối với thiết bị tăng sáng truyền hình)**

1 Mã hiệu (Model):

2. Số xê-ri (Serial Number):

3. Hãng, nơi sản xuất:

4. Năm sản xuất:

|  |  |
| --- | --- |
| **NGƯỜI LẬP PHIẾU**  *(Ký, ghi rõ họ tên)* | *ngày.... tháng... năm....*  **NGƯỜI ĐỨNG ĐẦU TỔ CHỨC/**  **CÁ NHÂN KHAI BÁO** *(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)* |