**الهيئة العامة**

**للمستشفيات والمعاهد التعليمية**

**الأمانة العامة - مركز المعلومات**

**مناظير الجهاز الهضمى لمستشفى / دنشال التعليمى عن الفترة من 1 /1/ 2023حتى 30 / 1/2023**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| نوع الجهاز | عاملة | عاطلة | جملة |
| منظار معده | **-** | **2** | **2** |
| منظار قولون | **1** | **-** | **1** |
| مناظيرقنوات مرارية | **1** | **-** | **1** |
| 4جملة | **2** | **2** | **4** |

**نشاط وحدة مناظير الجهاز الهضمى (عدد الحالات)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نوع المنظار | منظار تشخيصى | | منظار علاجى | | جملة | |
| مجان | أجر | مجان | أجر | مجان | أجر |
| منظار معده | **-** | **-** | **-** | **-** | **-** | **-** |
| منظار قولون | **-** | **16** | **-** | **-** | **-** | **16** |
| منظارقنوات مرارية | **-** | **-** | **-** | **-** | **-** | **-** |
| جملة | **-** | **16** | **-** | **-** | **-** | **16** |

**فنى الإحصاء رئيس قسم الإحصاء رئيس وحدة المناظير مدير عام المستشفى**

**التوقيع: التوقيع: التوقيع التوقيع**

**الهيئة العامة -**

**للمستشفيات والمعاهد التعليمية**

**الأمانة العامة - مركز المعلومات**

مستشفى / دنشال التعليمى للكبد والجهاز الهضمى

بيان نشاطالأقسام الداخلية خلال الفترة من 1 / 1 / 2023 حتى الفترة 31 / 1/ 2023

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **التخصصات** | | | **عدد الأسرة** | | | **أعداد الدخول** | | | | | | | **أعداد الخروج** | | | | | | | | **عدد أيام العلاج** | | |
| **مجان** | **أجر** | **قرار** | **استقبال** | | | | **العياده** | | | **مجان** | | | **أجر** | | **قرار** | | | **مجان** | **أجر** | **قرار** |
| **مجانى** | **أجر** | **قرار** | **مجانى** | | **أجر** | **قرار** | **أحياء** | **وفيات** | **أحياء** | | **وفيات** | | **أحياء** | **وفيات** | **-** |  |  |
| **العناية** | **رعاية كبد** | | **-** | **5** | **-** | **-** | **-** | **-** | **1** | | **3** | **-** |  | **-** | **4** | | **-** | | **-** | **-** | **-** | **13** | **-** |
| تنفيذ العلاج(البزل) | | | - | 2 | - | - | - | - | **-** | | **11** | - | - | - | **11** | | - | | - | - | - | - | - |
| المناظير | | | - |  | - | - | - | - | **-** | | **16** | - | - | - | **16** | | - | | - | - | - | - | - |
| الإجمالى | |  | - | 7 | - | - | - | - | **1** | | **30** | - |  | - | **30** | | - | | - | - | - | - | - |

**الموظف المختص رئيس القسم المدير العام**

**التوقيع: التوقيع: التوقيع:**

**الهيئة العامة اسم الوحدة :م دنشال التعليمى**

**للمستشفيات والمعاهد التعليمية**

**الأمانة العامة - مركز المعلومات**

**نموذج اشعة موجات فوق صوتية**

**عن الفتره من 1 / 1 /2023 حتي 31 / 1/2023**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نوع الاشعة | عدد الاجهزة | | الاستقبال والطوارئ | | عياده خارجيه | | القسم الداخلي | |
| عامله | عاطلة | عدد الحالات | | عدد الحالات | | عدد الحالات | |
| مجان | أجر | مجان | أجر | مجان | أجر |
| موجات صوتية | 1 | - | - | - | - | 62 | - | - |

**فني الاحصاء رئيس قسم الاحصاء رئيس وحدة الاشعة مدير عام المستشفي**

**التوقيع : التوقيع : التتوقيع : التوقيع :**

**الهيئة العامة**

**للمستشفيات والمعاهد التعليمية**

**الأمانة العامة - مركز المعلومات**

**بيان نشاط قسم الاشعه والاجهزة خلال الفترة من 1 /1/2023 حتي 31/1/2023**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نوع الاشعة** | **عدد الاجهزة** | | **الاستقبال والطوارئ** | | | | | | **عياده خارجيه** | | | | | | **القسم الداخلي** | | | | | |
| **عاملة** | **عاطلة** | **مجاني** | | | **اجر** | | | **مجاني** | | | **اجر** | | | **مجاني** | | | **اجر** | | |
| **حالات** | **عدد الافلام** | | **حالات** | **عدد الافلام** | | **حالات** | **عدد الافلام** | | **حالات** | **عدد الافلام** | | **حالات** | **عدد الافلام** | | **حالات** | **عدد الافلام** | |
| **صالحه** | **تالفه** | **صالحه** | **تالفه** | **صالحه** | **تالفة** | **صالحه** | **تالفه** | **صالحه** | **تالفه** | **صالحه** | **تالفه** |
| **موجات صوتية** | **1** | **-** | **-** | **-** | **-** | **-** | **-** | **-** | **-** | **-** | **-** | **62** | **-** | **-** | **-** | **-** | **-** | **-** | **-** | **-** |
| **c.arm** | **1** | **-** | **-** | **-** | **-** | **-** | **-** | **-** | **-** | **-** | **-** | **0** | **-** | **-** | **-** | **-** | **-** | **-** | **-** | **-** |
| **الاشعة التشخيصية** | **1** | **-** | **-** | **-** | **-** | **-** | **-** | **-** | **-** | **-** | **-** | **32** | **32** | **-** | **-** | **-** | **-** | **-** | **-** | **-** |

**عدد الاطباء:( 1)**

**عدد الفنيين: (3)**

**فني الاحصاء رئيس قسم الاحصاء رئيس وحدة الأشعة مدير عام المستشفي**

**التوقيع : التوقيع : التتوقيع : التوقيع :**

**الهيئة العامة**

**لمستشفيات والمعاهد التعليمية**

**الأمانة العامة - مركز المعلومات**

**نشاط إمكانيات المعامل خلال الفترة من 1 / 1/2023 حتي 31 / 1/2023**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **نوع المعمل** | **عدد الأجهزة العاملة** | **عدد الميكروسكوبات العاملة** | **عدد الأجهزة الغيرالعاملة** | **عدد الميكروسكوبات الغير عاملة** |
| **معمل الباثولوجى** | **-** | **-** | **-** | **-** |
| **معمل الباثولوجى الإكلينيكى** | **5** | **-** | **2** | **1** |
| **معمل البكتريولوجى** | **-** | **-** | **-** | **-** |
| **أخرى تذكر** | **-** | **-** | **-** | **-** |
|  |  |  |  |  |
| **جملة** | **5** | **-** | **2** | **1** |

**(مسئول الاحصاء ) رئيس القسم المختص المدير العام**

**التوقيع : التوقيع : التوقيع :**

**الهيئة العامة اسم الوحدة :م دنشال التعليمى**

**للمستشفيات والمعاهد التعليمية**

**الأمانة العامة - مركز المعلومات**

**نشاط المعامل بمستشفى دنشال التعليمى للكبد والجهاز الهضمى خلال الفترة من 1 / 1/2023 حتي 31 / 1/2023**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نوع المعمل** | **الإستقبال و الطوارئ** | | **العيادات الخارجية** | | **القسم الداخلى** | | **الإجمالى** |
| **مجان** | **بأجر** | **مجان** | **بأجر** | **مجان** | **بأجر** |
| **معمل الباثولوجى** | **-** | **-** | **-** | **-** | **-** | **-** | **-** |
| **معمل الباثولوجى الإكلينيكى** | **-** | **-** | **-** | **35** | **-** | **2** | **37** |
| **معمل البكتريولوجى** | **-** | **-** | **-** | **-** | **-** | **-** | **-** |
| **أخرى تذكر** | **-** | **-** | **-** | **-** | **-** | **-** | **-** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **جملة** | **-** | **-** | **-** | **35** | **-** | **2** | **37** |

**(مسئول الاحصاء ) رئيس القسم المدير العام**

**التوقيع : التوقيع : التوقيع :**

**الهيئه العامه للمستشفيات والمعاهد التعليميه**

**مستشفى الكبد والجهاز الهضمي بدنشال (رعاية مركز المعلومات)**

**السيد الأستاذ/ مدير مركز المعلومات**

تحية طيبة وبعد ،،،،

مرسل لسيادتكم بيان الإحصاء الشهرية على النماذج المرسلة مع العلم بأن المستشفى بها أقسام العناية و المناظير الخاصة بالجهاز الهضمى فقط و العيادات

الخأرجية ( الباطنة والكبد – الأسنان – الرمد – الأطفال فقط)ومعمل الباثولوجى الإكلينيكى فقط والأشعة C.R والسونار وجهاز c.arm فقط

لشهريناير2023(الاحصاء الشهرية )

وتفضلوا بقبول وافر الإحترام،،،،

رئيس قسم الإحصاء نائب المدير للخدمات يعتمد