


T. C.
AĞRI VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Ağrı Devlet Hastanesi

Sayı : 57212153/ 102
Konu : Malzeme Alımı Hk.

16/02/2018

Teklif Davet

Sağlık tesisimizin ihtiyacı olan aşağıda cinsi ve miktarı yazılı 3 Kalem Malzeme Alımı işinin 4734 sayılı ihale Kanununun 22/d maddesi kapsamında alınacak olup; söz konusu işin KDV hariç birim ve toplam fiyatının 19/02/2018 tarih ve saat 14:00'e kadar 0472 215 3422 numaralı belgegeçere veya satinalma004@gmail.com adresine bildirmenizi rica ederim.


Beymal ULUTAŞ
İdari ve Mali İşler Müdürü

Sıra No	Malzemenin Adı	Birimi	Miktar	Birim Fiyat	Toplam Fiyat
1	REFAKATÇI KARTI	ADET	500		
2	AŞI TESLİM DEFTERİ (300 SAYFALIK)	ADET	3		
3	KUDUZ RİSKİ TEMAS VAKA İNCELEME FORMU (300 SAYFALIK DEFTER)	ADET	10		
TOPLAM					


**Firma Yetkilisi
İmza/Kaşe**

NOTLAR

- 1-Tekliflerin en geç son teklif verme tarihi ve saatine kadar Satınalma Birimine veya görevlilere verilmesi gerekmektedir.
- 2-Teklifler (rakam ve yazı ile) KDV hariç TL olarak düzenlenecektir.
- 3-UBB Kodu ve SUT Kodu belirtilmeyen teklifler değerlendirme dışı kalacaktır.
- 4-Ödemeler 180 gün içerisinde yapılacaktır.
- 5-Fiili olarak kullanılacak malzeme ameliyat sonrasında belli olacağından ameliyatta kullanılan malzeme ve adedi kadar fatura kesilecektir.
- 6-Dökme olarak getirilen ve ameliyattan sonra kullanıldığı belli olan malzemelerin barkodları azami 5 gün içinde teslim edilmediği takdirde hasta dosyaları kapatılacağından herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.
- 7-Alımlar <http://www.agriihale.gov.tr/> adresli Ağrı Valiliği İhale Yönetim Sisteminden de ilan edilmektedir.
- 8-Alım konusu cihaz ise eğitimi hastanemizde ücretsiz yapılacaktır.
- 9-E-posta adresiniz satınalmaya verilirse, tüm alımlar eşzamanlı olarak e-posta üzerinden de ilan edilmektedir.
- 10- Bakım onarım alımlarında firmaların yetki belgeleri olmak zorundadır.

TEKNİK ŞARTNAME
500 Adet Refakatçi Kartı Basımı

- 1- Kart tasarımı verildiği şekilde olacaktır.
- 2- Kartlar kırılma, açılma gibi çevresel etkenlere karşı üstün mukavemette olacaktır.
- 3- Kart üzerinde ön ve arka yüzey şeklinde basılacaktır.
- 4- Kart üzerinde bulunan baskı kesinlikle silinme, kazınma gibi deformasyona uğramayacaktır. Baskı silinmesi konusunda firma tarafından garanti verilecektir.
- 5- Kart kenar kesimleri, çapaksız ve net bir şekilde kesilecektir.
- 6- Kartlar PVC kaplama olacak, boyundan asılacak aparatlı bir şekilde hazırlanacaktır.

Ferah Polat Feol
Kalite Birimi




AĞRI DEVLET HASTANESİ

REFAKATÇİ KARTI

REFAKAT KURALLARI

- 1.Ziyaret saatleri 12.00-13.00 /17.00-19.00
- 2.Refakatçi kartı ile giriş çıkışlarda kontrol yapılması amacıyla görevliler tarafından kontrol edilir.
- 3.Her hastanın en fazla 1 refakatçisi bulunmalı, kadın hastaların bulunduğu odalarda erkek refakatçi kalmaz
- 4.Hastanın taburcu olması durumunda kartların hemşirelere teslim edilmesi gerekmektedir

KUDUZ ŞÜPHELİ TEMAS VAKA İNCELEME FORMU

Tarih :
Form No :
KİŞİNİN
Adı ve Soyadı :
Cinsiyeti :
Baba Adı :
Doğum Tarihi :
Doğum Yeri :
Sosyal Güvencesi :
Adresi :

Telefon No:

Kişiye ulaşılamadığı zaman haberleşilebilecek bir yakınının telefon no.:

- Şüpheli Temas Tarihi :...../...../.....

- Şüpheli Temas Tipi :

() Isırılma () Tırmalama () Açık Yaraya Temas () Diğer.....

- Şüpheli Temasa Neden Olan Hayvan:

() Köpek () Kedi () Vahşi Hayvan () Diğer.....

- Hayvanın Mevcut Durum :

() Kaçtı, tanınmıyor.
() Öldü veya öldürüldü.
() Sahipli, aşı, gözlem altında.
() Sahipli, aşı, gözlem altında

- Kişi daha önce herhangi bir zamanda şüpheli temasa maruz kaldı mı?

() Evet () Hayır

- Kişiye daha önce kuduz profilaksisi uygulanmış mı?

() Hayır
() Evet, şüpheli temas sonrasıdoz kuduz aşısı.....tarihinde uygulandı.
() Evet, şüpheli temas sonrası doz kuduz aşısı ve serum uygulandı.
() Evet, temas öncesi profilaksi amaçlı doz kuduz aşısıtarihinde uygulandı.

- Kişinin devamlı kullandığı bir ilaç veya kronik hastalığı var mı?

() Evet..... () Hayır

Yukarıda Verdiğim Bilgilerin Doğru Olduğunu Kabul Ediyorum.

Hastanın veya Sorumlu Yakınının

Adı ve Soyadı :

Tarih :

İmza :

- Kişiye "Kuduz Korunma ve Kontrol Yönergesi" göz önüne alınarak, uygulanan tedavi şeması nedir ?

() Tedaviye gerek yok, önerilerde bulunuldu.
() Sadece yara bakımı ve tetanoz profilaksisi
() Daha önce tam doz aşılama, Yara bakımı+Tetanoz profilaksisi+İki doz (0. ve 3. gün) aşı
() Yara bakımı+Tetanoz profilaksisi+Kuduz Ig+Kuduz Aşısı
() Diğer

- Uygulanan Tedavi Şeması :

() Yara Bakımı Yapıldı.
() Tetanoz Profilaksisi Yapıldı.

Serum Uygulaması

Tarih :...../...../.....

Serum Adı :

Verilen miktar :.....I.U.

1. doz aşı (0. gün)

Tarih :...../...../.....

Aşı adı ve Seri No.:

2. doz aşı (3. gün)

Tarih :...../...../.....

Aşı adı ve Seri No.:

3. doz aşı (7. gün)

Tarih :...../...../.....

Aşı adı ve Seri No.:

4. doz aşı (14. gün)

Tarih :...../...../.....

Aşı adı ve Seri No.:

5. doz aşı (28. gün)

Tarih :...../...../.....

Aşı adı ve Seri No.:

- Uygulanan tedavi şeması ile ilgili açıklamalar :

Sorumlu Doktor

Adı ve Soyadı :

Diploma No. :

Tarih :

İmza :



Sağlık Bakanlığı

**AĞRI DEVLET HASTANESİ
ACİL SERVİS AŞI TESLİM DEFTERİ**

AŞI ADI	TESLİM ALINAN AŞI SAYISI	TESLİM EDİLEN AŞI SAYISI
KUDUZ AŞISI		
TETANOZ AŞISI		
HEPATİT B AŞISI		
KUDUZ İMMUNGLOBÜLİNİ		
TETANOZ ANTİSERUMU		
YILAN ANTİVENOMU		
AKREP ANTİSERUMU		

TARİH:..../...../.....

TESLİM ALAN

ADI SOYADI

TESLİM EDEN

ADI SOYADI