

T.C.
AĞRI VALİLİĞİ
Ağrı İl Sağlık Müdürlüğü
Ağrı Eğitim ve Araştırma Hastanesi

TEKLİFE DAVET

12.01.2023

Sayı: 27

Konu: ACİL SERVİS MUAYENE FORMU ALIM

Hastanemizin ihtiyacı olan ve aşağıda cinsi, miktarı ve özellikleri yazılı malzemelerin alımı 4734 sayılı Kamu İhale Kanununun 22/d maddesine göre Doğrudan Temin Usulü ile yapılacaktır. Söz Konusu alım için KDV hariç birim fiyat tekliflerinizi TL üzerinden 17.01.2023 saat: 10:00 'a kadar satinalma004@gmail.com adresine ivedi olarak göndermeniz hususunda; Gereğini rica ederim.

Cevdet TAŞDEMİR
İdari ve Mali İşler Müdürü

İHTİYAÇ LİSTESİ

S.No	Malzeme Adı	Sut Kodu	UBB	Miktar	Birimi	Birim Fiyatı	Toplam Tutar
1	ACİL MUAYENE FORMU (ARKALI ÖNLÜ)			120000	Adet		
Genel Toplam							

Teklif Eden

.../.../2023

Kişi / Oda / Firmanın Adı veya Ticaret Ünvanı - Kaşe/İmza

Ek : Teknik Şartname

Satılmanın Yapılacağı Birim:

- Teklifler yalnızca mail yoluyla kabul edilecektir.
- Malzemeler siparişten sonra Hastanemiz Ambarına mesai saatleri içerisinde Ambar Teslimi olarak teslim edilecektir.
- Malzemenin şartnameye uygunluğunun değerlendirilmesi için idarenin talep etmesi durumunda numune verilecektir.
- Alternatif Teklif Kabul edilmeyecektir
- Teklifler Birim Fiyat üzerinden değerlendirilecektir.
- Teklif edilen malzemelerin "T.C.İlaç ve Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Bankası" na kaydedilerek onaylanmış ürün numarası (barkod) olmalıdır.
- Teklif edilen ürünlerin onaylanmış ürün numarası (barkodu) liste halinde verilmelidir. Aksi takdirde değerlendirilmeyecektir.
- İdare, Muayene ve Kabul komisyonunca Kabul Raporu düzenlenmesinden itibaren yüklenicinin yazılı talebi üzerine en geç 180 gün içinde Yükleniciye veya vekiline ödemeyi yapacaktır.
- Firma veya Bayii Numarası da belirtilecektir.
- Teknik Şartname ektedir.
- En geç 7 (yedi) gün içerisinde faturası kuruma ulaştırılmayan Mal /Hizmetin ödemesi yapılmayacaktır.
- Bu alımdan ortaya çıkacak olan ihtilafların hallinde Ağrı Mahkemeleri ve İcra Daireleri Yetkilidir.
- Teklif veren Firma/Firmalar yukarıdaki maddeleri kabul etmiş sayılır.
- Alımlarımız kısmi teklife açıktır.





T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
AĞRI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
ACIL SERVİS HASTA DEĞERLENDİRME VE TAKİP FORMU

KOD: AS.FR.01

Y.TARİHİ: 28.10.2019

REV. TARİHİ: 16.07.2020

REV. NO: 1

SAYFA: 1/2

HASTANIN ADI SOYADI:

YAŞI:

CİNSİYETİ: E K

TARİH:/...../.....

GELİŞ SAATİ:

ÇIKIŞ SAATİ:

TRAJ DEĞERLENDİRMESİ

YEŞİL

SARI

KIRMIZI

SİYAH

ADLI VAKA

İŞ KAZASI

DARP

TRAFİK KAZASI

DİĞER

ANAMNEZ

VİTAL BULGULAR:

TA:...../.....

Nb:.....

Sat:.....

Ateş:.....

Kan Şek:.....

ÖZGEÇMİŞ / SOYGEÇMİŞ

KRONİK HASTALIKLAR

DM

KKY

KOAH

HT

HL

KBY

ASKH

AZL

SVO

FİZİK MUAYENE

GENEL DURUM:

İYİ

ORTA

KÖTÜ

ŞUUR:

AÇIK

KONFÜZE

KAPALI

BAŞ BOYUN

Pupiller:

İzokorik

Anizokorik

Miyotik

Midriyatik

Işık Refleksi:...../.....

SOLUNUM:

Ral:

Ronküs:

Solunum Paterni:

KALP:

S1

S2

Ek Ses

Üfürme

Ritmik

Aritmik

KARIN

Hassasiyet

Defans

Rebound

Barsak Sesleri:

Organomegali:

Rektal Muayene:

NÖROLOJİK MUAYENE

Motor Muayene:

Kranial Sinirler:

Duyu Muayenesi:

Serebellar Testler:

Ense Sertliği:

EKSTREMİTELER

PTÖ:...../.....

Homans:...../.....

DTR

VERTEBRA MUAYENESİ

Servikal Hassasiyet

Torakal Hassasiyet

Lomber Hassasiyet

PELVİS/PERİNE

Pelvik Stabilite

TEDAVİ/TETKİK RED FORMU

Tarih:...../...../20.....

Tarafa uygulanması planlanan tedavi / tetkik işlemini bilincim açık olarak, hiçbir baskı ve zorlama olmadan, doktorumun durumuma ilgili riskleri açık bir şekilde ifade etmesine rağmen kendi rızam ile red ediyorum.

Hasta Adı/Soyadı/İmzası

Doktor Kaşe/İmza

Tarih/Saat

Şahidin Adı/Soyadı/İmzası

AMELİYATLAR

ALLERJİ

SON ADET TARİHİ

ALİŞKANLIKLARI

İLAÇ

SİGARA

ALKOL

DİĞER

KULLANDIĞI İLAÇLAR

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

ÖN TANI

1

2

3

4

Glaskow Koma Skalası

GÖZ

E4 Spontan Açık

E3 Söz ile Açık

E2 Ağrı ile Açık

E1 Yanıtız Açmaz

SKOR

MOTOR

M6 Emirlerle Uyar

M5 Ağrıyı Lokalize Eder

M4 Ağrı ile Çeker

M3 Ağrı ile Flexiyon (Dekortike)

M2 Ağrı ile Extansiyon (Deserebre)

M1 Yanıt Yok

VERTEBRAL

V5 Oryante/ Anıamlı

V4 Konfüze

V3 Anıamsız Kelimeler

V2 Anıamsız Sesler

V1 Yanıt Yok

Not:Hastanın hayati riskli bulunması durumunda doktor insiyatifi ile tedavisi sürdürülebilir.Hasta olmaması durumunda red onayı birinci dereceden reşit olan yakını tarafından verilebilir.



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
AĞRI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
ACİL SERVİS HASTA DEĞERLENDİRME VE TAKİP FORMU

KOD: AS.FR.01

Y.TARİHİ:28.10.2019

REV. TARİHİ: 16.07.2020

REV. NO: 1

SAYFA: 2/2

VERİLEN TEDAVİLER

TARİH SAAT	İLAÇ ADI	VERİLİŞ YOLU	SÜRE	KAŞE İMZA

VİTAL BULGULAR - HEMŞİRE GÖZLEM FORMU

TARİH SAAT	TA mm/ bg	NB /dak	ATEŞ °C	SOL /dak	SPO2 %	K.Ş. mg/dl	UYGULANAN TEDAVİ	KAŞE İMZA	SAAT

SIVI İZLEM FORMU

SAAT	08:00/16:00	16:00/24:00	24:00/08:00	TOPLAM
ALDIĞI SIVI MİKTARI				
ÇIKARDIĞI SIVI MİKTARI				