

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

TEKLİFE DAVET

17.10.2024

Sayı: 641

Konu: ACİL SERVİSİN İHTİYACI OLAN MATBU EVRAK ALIMI

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 23.10.2024 saat: 11:00 '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 SERVİS HASTA DEĞERLENDİRME VE TAKİP FORMU (ARKALI ÖNLÜ 2 SAYFA 1 YAPRAK A4)			200000	Adet		
Genel Toplam							

Teklif Eden

.../.../2024

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

Ek : Teknik Şartname

Satınalmanın Yapılacağı Birim:

- Teklif verecek firmalar Vergi No veya TC Kimlik Numarasını teklife davetin üzerine yazmak zorundadır.
- Teklifler zarfla veya 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 Bayi 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.



KOD:AS.FR.01 Y.TARİHİ:28.10.2019 REV.TARİHİ:14.10.2024 REV.NO:04 SAYFA NO:2/1

KAS İÇİ, DERİ ALTI, DERİ İÇİ, DAMAR İÇİ ENJEKSİYON İŞLEMLERİ VE DAMAR YOLU AÇMA İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

HASTA BARKODU		ADLI VAKA	
		İŞ KAZASI	TRAFİK KAZASI
		DARP	DİĞER

Bu onam formu size / hastanıza anlatılan, işlemin nasıl? Neden? Gerçekleştirilmek istendiğinin, bu işlemin gerçekleştirilmesi sırasında ya da sonrasında hangi yan etki ve istenmeyen olaylar olabileceği konusunda sizi aydınlatmak için hazırlanmıştır. Bu formu okuyup imzalayarak işlem konusunda aydınlatıldığınızı ve işlemin yapılmasına rıza gösterdiğinizi beyan etmekteyiz. Form içerisinde anlamadığınız noktaları doktorunuza sorabilirsiniz. Bu formu okuyup anlayıp imzaladıktan sonra rızanızı geri çekmekte özgürsünüz.

DAMAR YOLU AÇMA VE DAMAR İÇİ (İV) ENJEKSİYON: Damar yolu açma ve ilaçların damar içinden hastaya verilmesidir. İlacın verilmeden önce diyaliz fistülü, kolda ödem, verilecek ilaca karşı daha önce alerji gelişimi vb. durumlar sorgulanır. Sorgulanmadı ise doktor ve hemşirenize bu durumu belirtiniz. Enjeksiyon yapılacak uygun damar belirlenir, üst kısımdan turnike bağlanarak damarın belirginleşmesi sağlanır. Damara girilecek bölge alkolle temizlenir. İğne ya da uygun numaralı branülle damara girilir. Turnike açılır ve hekim tarafından tedavi planına yazılmış olan ilaç/ ilaçlar uygulanır. İğne ya da branül çıkarılır, kanama duruncaya kadar pamukla basılır. İşlemin başarı oranı damarların durumuna göre değişir.

İŞLEM RİSKLERİ: İğnenin damar dışına çıkması, ilacın derialtına ve damar etrafındaki yapılara birikme durumu olabilir. Bu durumda ilacın verildiği yerde ağrı, şişlik, enfeksiyon gelişebilir. Bu durumun düzelmesi günler alabilir. İğne yeri etrafında kan toplanabilir (hematom). Enfeksiyon sonucu damar boyunca ağrı, kızarıklık, şişlik gelişebilir. Damar içinde pıhtı gelişmesi ve toplardamar tıkanıklığı gelişimine neden olabilir. İğne atardamara girebilir, ilaç atardamara verilebilir. Damar içine hava girebilir, hava tıkaçı oluşabilir, bu tıkaç kalıcı sakatlıklara neden olabilir. Yapılan ilaca karşı alerji ve şok durumu gelişebilir.

KAS İÇİ (İM) ENJEKSİYON: İlaçların kas içinden hastaya verilmesi durumudur. Bazı ilaçların daha etkin bir biçimde uygulanabilmesi için yapılır. Acil servis içinde yaklaşık 3-5 sn süren bir işlemdir. İşlem öncesi verilecek ilaca karşı daha önce alerji gelişme durumunuz varsa bildiriniz. Enjeksiyon yapılacak bölge alkolle temizlenir, iğne cilde batırılarak kasa ulaşılır. Enjektörle aspirasyon yapılarak kan gelip gelmemesi kontrol edilir. Kan gelmiyorsa ilaç kas içine verilir. İğne çekilir.

İşlemin riskleri: İğne girerken ve işlemden sonra ağrı oluşabilir. İğne kırılabilir. İğne yapılan yer mikrop kapabilir, abses gelişebilir, sonrasında tedavi için cerrahi girişim gerekebilir. Enjeksiyon yerinde geçici kanama oluşabilir. Sinir yaralanması, buna bağlı kalıcı ya da geçici bacak güçsüzlüğü, uyuşukluğu ve ağrı oluşabilir. Deride morarma olabilir. Kemik zarı iltihabı gelişebilir.

DERİ ALTI (SC) ENJEKSİYON: Deri altı enjeksiyon yöntemi ile sürekli emilim gerektiren sıklıkla insülin, heparin, bazı narkotik ilaçlar uygulanmaktadır. Enjektöre çekilmiş olan ilaç sıklıkla dirseğin üst kısmı, bacak ön yüzü veya göbük çevresine uygulanır.

DERİ İÇİ (İD) ENJEKSİYON: Bu bölüm genellikle alerji testi ve lokal anestetik uygulamalarda kullanılır. İşlemin riskleri: Enjeksiyon bölgesinde ilacın deri dışına geri sızması, morarma, ağrı, hematom (kılcal damardan dışarıya çıkan kanın yumuşak dokuda birikmesi) gelişebilir. Beklenmeyen bir şekilde ilaca bağlı alerjik reaksiyon ve şok durumu gelişebilir.

HASTA ONAMI: Enjeksiyon uygulama için yapılacak girişim ile ilgili yukarıda anlatılan tıbbi bilgileri okudum ve aşağıda imzası olan doktor tarafından bilgilendirildim. Yapılacak olan işlemin amacı, riskleri ve komplikasyonları açısından bilgi sahibi oldum. Yapılması planlanan işlemin gerçekleştirilmesine kendi rızamla izin veriyorum. Ek açıklamaya gerek duymadan, hiçbir baskı altında kalmadan ve bilinçli olarak bu formu imzalıyorum.

Lütfen el yazınız ile bilgilendirildim, okuduğumu anladım, kabul ediyorum yazınız.

VİTAL BULGULAR	ÖZGEÇMİŞ/OPERASYON	KULLANDIĞI İLAÇLAR	ALERJİ	ALİŞKANLIKLAR	TRİAJI YAPAN
TANSİYON:	Son adet tarihi:...../...../.....		<input type="checkbox"/> İLAÇ <input type="checkbox"/> BEŞİN <input type="checkbox"/> ÇEVRESEL <input type="checkbox"/> DİĞER	<input type="checkbox"/> SİGARA <input type="checkbox"/> ALKOL <input type="checkbox"/> MADDE <input type="checkbox"/> DİĞER	
NABİZ:	<input type="checkbox"/> HT <input type="checkbox"/> DİĞER				
ATEŞ:	<input type="checkbox"/> DM				
SPOZ:	<input type="checkbox"/> KOAH				
KAN ŞEKERİ:	<input type="checkbox"/> KKY				
TRİAJ	<input type="checkbox"/> YEŞİL <input type="checkbox"/> SARI <input type="checkbox"/> KIRMIZI <input type="checkbox"/> SİYAH				

ŞİKAYETİ:

ANAMNEZ/FİZİK MUAYENE:

GLASKOW KOMA SKALASI			INTOKSİKASYON
GOZ AÇMA	MOTOR	VERTEBRAL	
4.SPONTAN	6.KOMUTLARA UYUYOR	5.NORMAL ORYANTE	<input type="checkbox"/> KARBONMONOKSİT
3.SOZEL UYARANLA	5.AĞRILI LOKALİZE EDİYOR	4.KONFUZE,DEZORYANTE	<input type="checkbox"/> İLAÇ
2.AĞRILI UYARANLA	4.AĞRIDAN KAÇIYOR.(FLEKSÖR)	3.ANLAMSIZ KELİMELE	<input type="checkbox"/> ORGANOFOFAT
1.YOK	3.AĞRILYLA ANORMAL FLEKSİYON	2.ANLAMSIZ SESLER	<input type="checkbox"/> DİĞER
	2.AĞRILYLA ANORMAL EKSTANSİYON	1.YANIT YOK	
	1.YANIT YOK		

GLASKOW KOMA SKORU:

TEDAVİ/TETKİK RED FORMU: Tarih:...../...../20.....

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

Hasta Adı/Soyadı/İmzası Şahidin Adı/Soyadı/İmzası

DOKTOR KAŞE/İMZA

Hastanın Adı-Soyadı:

Hasta Yakını Adı-Soyadı:

Tarih-İmza

Tarih-İmza:

Hekimin Adı-Soyadı:

Tedavi Uygulayan:



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

KOD:AS.FR.01

Y.TARİHİ: 07.03.2018

REV. TARİHİ: 14.10.2024

REV. NO: 04

SAYFA: 2/2

HEKİM TEDAVİ PLANI

TARİH	SAAT	İLACIN TAM ADI	İLACIN DOZU	VERİLİŞ YOLU	UYG. SÜRESİ	DOKTOR İMZA/KAŞE

HEMŞİRE GÖZLEM

TARİH	SAAT	KAN BASINCI(mmHg)	NABİZ(Dk)	SOLUNUM(Dk)	ATEŞ(C°)	SPO2(%)	KAN ŞEKERİ(mg/dl)

İLAÇ UYGULAMALARI

TARİH	SAAT	İLACIN TAM ADI	İLACIN DOZU	UYG. YOLU	UYG. SÜRESİ	UYGULAYANIN ADI SOYADI

SIVI İZLEM FORMU

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

DEVİR NOTU:

DEVİR TARİH/SAAT:

DEVREDEN HEKİM İMZA/KAŞE

DEVRALAN HEKİM İMZA/KAŞE