



T.C.  
AĞRI VALİLİĞİ  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
Ağrı Doğubayazıt Dr. Yaşar Eryılmaz Devlet Hastanesi

Sayı : E-68917221-949-264236147  
Konu : Teklife Davet

02.01.2025

İLGİLİ FİRMALARA

Sağlık tesisimizin ihtiyacı olan aşağıda cinsi ve miktarı yazılı Hastanemiz için gerekli olan **ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ HASTASININ AMELİYATI (FARUK YILMAZ) İÇİN 5 KALEM MALZEME ALIM İŞİ 4734** sayılı ihale Kanununun 22/F maddesi kapsamında alınacak olup; söz konusu işin KDV hariç birim ve toplam fiyatının **08/01/2025** tarih ve saat 10.00'a kadar ddhsatinalma@gmail.com adresine göndermenizi rica ederim.

**Bülent ÖZCAN**

**İdari Mali İşler Müdürü**

S.N.	SUT KODU	MALZEME ADI	BİRİM	MİKTAR	BİRİM FİYAT	TOPLAM TUTAR
1	AP2300	FEMORAL KOMPONENT BAĞ KORUYAN ÇİMENTOLU COCR TİTANYUM KAPLAMASIZ	ADET	1		
2	AP2660	TİBİAL KOMPONENT KENDİNDEN STEMLİ /KANATLI /VİDALI /PEGLİ HAREKETLİ /ROTASYONLU ÇİMENTOLU COCR /TİTANYUM KAPLAMASIZ	ADET	1		
3	AP2530	TİBİAL İNSERT ROTASYONLU DEEP DISH - BAĞ KESEN/BAĞ KORUYAN POLİETİLEN	ADET	1		
4	AP2230	FEMORAL KOMPONENT BAĞ KESEN ÇİMENTOLU TİTANYUM /COCR KAPLAMASIZ	ADET	1		
5	AP2470	TİBİAL İNSERT SABİT BAĞ KESEN HYPERFLEX POLİETİLEN	ADET	1		
GENEL TOPLAM (KDV HARIÇ):						

**Firma Yetkilisi**  
**İmza/Kaşe**

**UYGUNDUR**  
**Uzm. Dr.DEMET ÖKKE**  
**Başhekim**

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: 2048BD3F-C5A6-4D7E-8335-7AA15FA4BB9D

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Dr. Yaşar Eryılmaz Doğubayazıt Devlet Hastanesi Ağrı Çevre Yolu Üzeri 5.Km  
Doğubayazıt / AĞRI 04400  
Telefon No: 04723126047 Faks No : 04723125447  
e-Posta: İnternet Adresi: <https://dogubayazitdh.saglik.gov.tr>  
Kep Adresi: dogubayazitdh@hs01.kep.tr

Bilgi için: Neriman İLHAN  
Tıbbi Sekreter  
Telefon No:



## NOTLAR

1. Vereceğiniz fiyat tekliflerinde firma kaşesi, yetkili imzası, Vergi No veya TC Kimlik Numarası olmak zorundadır.
2. Malzemenin şartnameye uygunluğunun değerlendirilmesi için idarenin talep etmesi durumunda numune verilecektir. Sipariş sonrası gönderilen malzemenin numune ile uyuşmaması durumunda sipariş iptal edilmiş sayılacaktır.
3. Teklif edilen malzemenin TİTUBB/ÜTS kaydı ve onaylanmış ürün UBB narkod numarası olması gerekmektedir.
4. Teklifler (rakam yazı ile) KDV hariç TL olarak düzenlenecektir.
5. Alternatif teklif kabul edilmeyecektir.
6. Ödemeler 180 gün içerisinde yapılacaktır.
7. Alım konusu cihaz ise eğitimi hastanemizde ücretsiz yapılacaktır.
8. Teklif sonucu siparişi çekilen mal veya hizmetin geçerli bir mazeret olmaksızın verilen süre içerisinde teslim edilmemesi veya yapılmaması durumunda 1 yıl içerisinde yapılan diğer alımlarda verilen teklifler hastane idaresince değerlendirilmeye alınmayacaktır.
9. Teknik Şartname ektedir. Teknik Şartnameyi kabul edildiğine dair imza kaşe yapıp teklifle birlikte gönderilmelidir.
10. Teklif veren firma/firmalar yukarıdaki maddeleri kabul etmiş sayılır.
11. Kısmi tekliflere kapalıdır.

**Adres: Ağrı yolu üzeri 5.km Doğubayazıt/AĞRI    Telefon:0472 312 60 47    e-posta:ddhsatinalma@gmail.com**

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: 2048BD3F-C5A6-4D7E-8335-7AA15FA4BB9D

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Dr. Yaşar Eryılmaz Doğubayazıt Devlet Hastanesi Ağrı Çevre Yolu Üzeri 5.Km  
Doğubayazıt / AĞRI 04400  
Telefon No: 04723126047 Faks No : 04723125447  
e-Posta: İnternet Adresi: <https://dogubayazitdh.saglik.gov.tr>  
Kep Adresi: [dogubayazitdh@hs01.kep.tr](mailto:dogubayazitdh@hs01.kep.tr)

Bilgi için: Neriman İLHAN  
Tıbbi Sekreter  
Telefon No:



# KİNEMATİK MOBİL BAĞKESEN- BAĞKORUYAN TOTAL DİZ PROTEZİ

## FEMORAL COMPONENT

1. Femoral Komponent anterior ve posterior referanslı , anterior çenfir posteriör çenfir ve femur distal kesisi ayrı ayrı kesi bloklarından oluşmalıdır.
2. Diz protezi dizaynı itibariyle en az 150 derece flexiyona (hiper flexiyona) izin vermelidir.
3. Diz protezi Femoral Component Anatomik olmalıdır.Sağ ve sol olarak ayrılmalıdır.
4. En az 5 size sağ 5 size sol femoral component olmalıdır.
5. Aynı set içinde bağ kesen ve bağ koruyan dizayn seçenekleri birlikte bulunmalı sistem kısıtlayıcı olmamalıdır. Bağ kesen ve koruyan sistemde kesiler aynı guide üzerinden başka guide ihtiyaç duymadan yapılmalıdır.
6. Femoral Komponent kesisi için0, 4,6 veya 8 derece valgus açısından herhangi biri seçilebilmelidir.
7. Çimentolu ve Çimentosuz DUAL kaplı seçenekleri olmalıdır.
8. Materyal Cocr –mo alloy olmalıdır. (ISO 5832/4)
9. Componentin hi-flex özelliğini oluşturan homojen internal extarnal materyal kalınlığı 8 mm yi geçmemelidir.
10. Femur kesi bloğunda anterior keside noç yapmayı engeleyen alternatif size ölçer olmalıdır.
- 11-Sistemde hastaya uygun kesinin (KİNEMATİK) uygulanabilmesi için 1mm,2mm,3mm, disital ve posteriör kesi bloklarına eklenebilen vedge ve blokların olması gerekmektedir.
- 12.Sistemde ayrıca gerektiğinde minimal invasive cerrahi tekniğine uygun enstruman seti ve ekartörleri bulunmalıdır.
- 13.Sistemde Femoral component arka yüzeyi çimentoyu tutacak şekilde waffle desenli,pürüzlenmiş veya MicroStructured olarak opsiyonel olarak istenildiğinde sistemde yer almalıdır.
- 14.Sistemde primer vakalardaki femur kesilerine uyumlu ve sistemin devamı niteliğinde olan revizyon diz sistemi bulunmalıdır.
- 15.İntercondylar notch kısmı açık ve polyetilen insertli rahatça kayabileceği bir kızak şeklinde olmalıdır.
- 16.Arka çapraz bağı kesen ve koruyan femurlar ayrı ayrı olmalıdır.
- 17.Setin içindeki kesi guideleri minimal kemik rezeksiyonu yapacak biçimde dizayn edilmiş olmalıdır.
- 18- Femoral kompanentnin iç yüzeyi cement tutulumunu artırıcı yarıklardan oluşmalıdır.

## TIBIAL COMPONENT

1. Tibial Komponent Co-Cr-Mo alaşımından üretilmiş olmalıdır.
2. Sistemde en az 5 değişik tibial base plate boyu olmalıdır.
3. Tibial Komponent universal. Simetrik yapıya sahip olmalıdır.
4. Sistemde tibial kesisi hem ektramedüller hem de intramedüller guide ile yapılabilmelidir.
5. Tibial base plate'in fixed bearing, mobile bearing ve revizyon alternatifleri olmalıdır.
6. Tibial base plate'in mobile bearing versiyonunda yüzey parlak ayna gibi pürüssüz olmalıdır.
7. Tibial base plate'in mobil bearing modelinde stemin içi delikli olmalıdır. Bu delik; tibial insert'in en az 30 mm deliğin içerisine girebilmesine izin verecek yapı ve koniklikte olacaktır. Bu özellik polyetilen dayanıklılığı ve stabilizasyonu açısından önemlidir.
8. Tibial komponentin alt yüzeyinde ölçüsüyle orantılı olarak gittikçe incelen kanatlı sistemi olmalı , bu sitemde gövde boyunca uzanan iki adet çıkıntılı kanal stabiliteyi artırmalı medial - lateral köşeleri ise kıvrımlı rotasyon önleyici yapıda olmalıdır

Op.Dr.Serdar GÜZEL  
Tesi No:154454  
Ortopedi ve Travmatoloji  
Doc.Dr.Yasar Eryılmaz  
Doğubayazıt Devlet Hastanesi

Doğubayazıt Dr.Yasar ERYILMAZ  
Devlet Hastanesi  
Soyadı:FARUK YILMAZ  
Klinik:Ortopedi Polikliniği-1  
Kurumu :Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)  
Gün Tarihi :27.10.1990 00:00:00  
Stok No :P 243197200  
Gün Tarihi :19.12.2024 12:14:37  
Ba Adı :ŞERİF

Sr:80

9. Tibianın üstündeki çukur tibial insertin alt yüzeyindeki peg'i tutarak hareketini parsiyel olarak Sınırlayabilmelidir

10. Tibial base plate'in çimentolu ve çimentosuz DUAL kaplı alternatifleri olmalıdır.

### TIBIAL INSERT

1. high croslink den üretilmiş olmalıdır. İnsertler HİPER FLEX bağ kesen , DEEP DEESH bağ koruyan özelliğinde olmalıdır.
2. Revizyon, CR ve PS versiyonları olmalıdır.
3. Polyetilen insert'in yapısı, tibial base plate ile uyumlu olarak en az 5 derece hiper extension, 150 derece hiper flexiyona uygun olmalıdır.
4. Polyetilen insert'in fixed bearing ve mobile alternatifleri olmalıdır.
5. En az 6 farklı kalınlıkta olmalıdır.
6. Her size polyetilen insert, her size femoral component ile kullanılabilen yüzey yapısında olmalıdır.
7. Hiperflexiyona izin verebilmesi için insert 3 derece kendiliğinden sloplu olması lazım.
8. Tibial insertin alt yüzeyinde tibial hareketin sağlanmasına izin veren Tibianın konkav şekline uyumu olan rotasyonel peg'i olmalıdır.
9. Polyetilen insert'in mobile bearing versiyonu: tibial plate'in steminin ortasındaki konik deliğe girip hareket edebilecek 30 mm sabit bir stem içermelidir.
10. Polyetilen insert'in, posterior stabilizasyonu sağlamak amaçlı bir çıkıntısı (gaga) olmalıdır. koruyan insert deep deesh olmalıdır.

### PATELLAR COMPONENT

1. UHMWPE den üretilmiş olmalıdır. (ISO 5834/1-2)
2. Patellaya 3 adet peg ile tutunmalıdır.
3. Steril pakette ez az 5 boy olmalıdır.
4. Çimentolu patellar component çimentolu ve çimentosuz sistemlerin her ikisiyle de kullanılabilenlidir.

### BAĞ KORUYAN MOBİL ÇİMENTOLU DİZ PROTEZİ

#### SUT KODU

#### MALZEME ADI

AP2300

FEMORAL BİLEŞEN ÇİMENTOLU CR COCR

BAĞ KORUYAN  
FEMUR ÇİMENTOLU

AP2660

TIBIAL COMPONENT CEMENTED COCR

ÇİMENTOLU MOBİL  
TİBİA

AP2530

ROTASYONLU DEEP DISH -  
BAĞ KESEN / BAĞ KORUYAN

BAĞ KORUYAN  
MOBİL İNSERT

AP2420

PATELLAR KOMPONENT

Op. Dr. S. Z. GÜZEL  
Tels. No: 184454  
Ortopedi ve Travmatoloji  
Op. Dr. Yaşar ERYILMAZ  
Doğubayazıt Devlet Hastanesi

Doğubayazıt Dr. Yaşar ERYILMAZ  
Devlet Hastanesi  
İ Soyadı: FARUK YILMAZ  
Klinik: Ortopedi Polikliniği-1  
Kurumu: Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)  
Giriş Tarihi: 27.10.1950 00:00:00  
TOKO No: P 243197200  
Giriş Tarihi: 19.12.2024 12:14:37  
Baş Adı: ŞERİF  
Sr: 80

## BAĞ KESEN MOBİL ÇİMENTOLU DİZ PROTEZİ

SUT KODU	MALZEME ADI	
AP2230	FEMORAL BİLEŞEN ÇİMENTOLU PS COCR	BAĞ KESEN FEMUR ÇİMENTOLU
AP2660	TIBIAL COMPONENT CEMENTED COCR	ÇİMENTOLU MOBİLE TİBİA
AP2470	ROTASYONLU BAĞ KESEN HYPERFLEX	BAĞ KESEN MOBİL İNSERT
AP2420	PATELLAR KOMPONENT	

Op.Dr. Sözdar GÜZEL  
Tels No: 24454  
Ortopedi ve Travmatoloji  
Doğubayazıt Devlet Hastanesi

Doğubayazıt Dr. Yaşar ERYILMAZ  
Devlet Hastanesi  
Soyadı: FARUK YILMAZ  
İklimik: Ortopedi Polikliniği-1  
Kurumu: Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)  
Gün Tarihi: 27.10.1950 00:00:00  
Stokol No: P 243197200  
Gün Tarihi: 19.12.2024 12:14:37  
Ba Adı: SERİF  
Sr:80