



T.C.
ANTALYA VALİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Manavgat Devlet Hastanesi



SAYI : 98177073 / 934.01 4051

KONU: 3 KALEM ORTOPEDİ HASTA BAZLI TIBBİ SARF MALZEME ALIMI

14.05.2024

SAYIN.....

Hastanemizin ihtiyacı olan aşağıda cinsi ve miktarı yazan mal/hizmet/yapım işi 4734 sayılı KİK'in 22/ f (Doğrudan Temin) yöntemi ile satın alınacaktır. Firmanız tarafından temini mümkün ise **15.05.2024** saat **10:00**'a kadar hastanemiz satınalma birimine teklif verilmesi hususunda, Gereğinin yapılmasını rica ederim.

DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR VE ALIM ŞARTLARI

- 1- Teklif edilen fiyat KDV HARIÇ TL olarak belirtilecektir.
- 2- Teklife esas malzemelerin kalite ve markası ile teslim müddeti açıkça belirtilecektir.
- 3- Taahhüt edilen süre içerisinde malzeme/hizmet/yapım işinin teslim edilmemesi halinde ilgili firmadan bir defaya mahsus olmak üzere 3 ay süre ile teklif alınmayacak, bu haline tekrür etmesi halinde 4734 sayılı K.I.K.hükümleri uygulanacaktır.
- 4- İhaleye hile, desise, vait, tehdit, nüfus kullanma suretiyle ihaleye fesat karıştıranların tespit edilmesi halinde yine 4734 sayılı K.I.K.'in ilgili hükümleri uygulanacaktır.
- 5- Teslimatta, teklife davet mektubunda belirtilen kalite ve marka esas alınacak, benzer, muadili vb. ifadelerle teslim etmeye yeltenenlerin teslimleri kabul edilmeyecek ve bir dahaki ihale için teklife davet mektubu gönderilmeyecektir.
- 6- Bu mektupla birden fazla için teklife davet mektubu gönderilmiş ise her kalem için teklif fiyatı yazılacak, eksik teklifler değerlendirilmeyecek,
- 7- Teklif veren firma bütün bu şartları aynen kabul etmiş sayılacaktır
- 8- Malzeme/hizmet/yapım işi bedeli, muayene ve kabul işlemlerinden sonra 150 gün içerisinde Antalya İl Sağlık Müdürlüğü Muhase Birimi tarafından yapılacaktır. Kurum hesaplarında nakit sıkışıklığı söz konusu olursa yıl içerisinde ödemesi yapılacaktır.
- 9- Doğrudan temin usulu alın yapılacak olan alımımız **BİRİM BEDEL** üzerinden değerlendirme yapılacaktır.
- 10- Bu teklife davet mektubuna olumlu yada olumsuz mutlaka **15.05.2024** tarihinde saat **10:00** a kadar m-satinalma@hotmail.com 'a mail atılacak veya elden Manavgat Devlet Hastanesi SATIN ALMA birimine cevap verilecektir.
- 11- **İlgili piyasa araştırmasına teklif veren firma teklif formunun ekinde teknik şartname varsa bu şartnameye uyduğunu kabul etmiş sayılacaktır.**

ALIMI YAPILAN MALZEMELER HAKKINDA DETAYLI BİLGİ ALMAK İÇİN	TELEFON : 0 242 746 11 17 ECZANE SARF DEPO DAHİLİ : 1421
---	--

İdari ve Mali Hizmetler Müdürü V.

HASTA : T YAR

SIRA NO	MALZEMENİN ADI	MİKTARI	BİRİMİ	SUT KODU / TEKNİK ŞARTNAME	MARKA / MODEL / U.B.B KODU	BİRİM FİYAT	TOPLAM FİYAT
1	TİBİAL KOMPONENT	1	ADET	AP2800			
2	BAĞ KESEN FEMORAL KOMPONENT	1	ADET	AP2230			
3	BAĞ KESEN TİBİAL İNSERT	1	ADET	AP2580			
GENEL TOPLAM							

NOT: Teklif edilen Yedek Parçalar / Bakım Onarım Hizmetleri için kabulünden itibaren en az 1 yıl Garanti verilecektir.

NOT: MALZEME TESLİM SÜRESİ GÜNDÜR

NOT: SAYFA TEKNİK ŞARTNAME

BU BELGE VE TEKNİK ŞARTNAME AŞAĞIDAKİ LINKTE YER ALAN WEB SİTESİNDE GÖRÜLEBİLİR.

<https://ihaleportal.antalyasm.gov.tr/IFrames/ManavgatDH>

Teklif verdiğim kalem/kalemler teklif formunun ekindeki teknik şartnameye uygundur.

KAŞE - İMZA

Firma bu alana kaşe-imza atarak alımı yapılan malzemenin teknik şartnamesine uyduğunu kabul etmiş sayacaktır.

İletişim:

ADRES : Şelale Yolu Üzeri Manavgat/ ANTALYA
TEL : 0 242 746 11 17 Dahili (1346 - 1506)
FAX : 0 242 746 44 80

E-Posta : m-satinalma@hotmail.com / manavgatsatinalma07@gmail.com
Elektronik Ağ: www.manavgatdh.gov.tr

ÇİMENTOLU FEMUR ANATOMİK TİBİA ANATOMİK BAĞI KORUYAN ve BAĞ KESEN SABİT SİMETRİK HIGHFLEX İNERTLİ PRİMER TDP TEKNİK ÖZELLİKLERİ

Sıra No	SUT Kodu	Malzeme İçeriği
1	AP2800	Tibial Komponent
2	AP2230	Bağ Kesen Femoral Komponent
3	AP2580	Bağ Kesen Tibial İnsert

MANAVGAT DEVLET HASTANESİ
PROT: 2018106074--TC: 13343378798

TAHIR YARIM
KURUM: SOSYAL GUVENLIK KURUMU
SERVIS: Ortopedi - ATAKAN OZKAN
TARİH: 03.05.2024-09:05:31
Baba/DogT: SEFIK-IRAN
Takip: 4DPXZK1 - Normal
TRIAJ RENK:

YAS : 60

R. SIRA : 21



- Femoral komponent Cocr alaşımından mamul olmalıdır
- Femoral component sağ ve sol olarak ayrılmalıdır
- Kondillerinde peg olmalıdır
- En az dokuz ayrı boyu olmalıdır
- Femoral komponentin patellaya temas eden yüzeyi en fazla altı derece açılanmaya izin vermelidir
- Femoral komponentin highflex özelliği olmalıdır
- Femoral komponent bağ koruyan ve kesen özellikte olmalıdır
- Kondillerinde peg olmalıdır
- Femoral komponentin patellaya temas eden yüzeyi en fazla altı derece açılanmaya izin vermelidir
- Tibial komponent fix ve mobil olmalıdır
- Tibial komponent Cocr veya titanyum alaşımından mamul olmalıdır
- Tibial komponent sağ ve sol olarak ayrılmalıdır
- Tibial component dizaynı en az 4 derece posterior slop içermelidir
- Tibial komponent en az 6 ayrı boyu olmalıdır
- Bağ koruyan tibial insert Uhmwpe veya highlycrosslink den üretilmiş olmalıdır
- Bağ koruyan ve kesen özelliği olmalıdır
- Tibial insert en az beş ayrı boyu ve en az beş ayrı kalınlığı olmalıdır
- Tibial insert aynı boydaki femoral komponentle kullanılmalıdır
- Tibial insert bir küçük ya da büyük boy base plate ile kullanılabilir
- Tibial insert aynı boydaki femoral komponentle kullanılmalıdır

ÇİMENTOSUZ TİTANYUM PLAZMA SPREY ÜZERİ HİDROKSİPATİT KAPLI TOTAL KALÇA PROTEZİ TEKNİK ŞARTNAMESİ

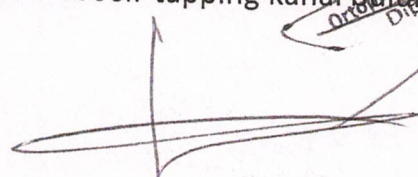
- FEMORAL STEM SUT KODU : AP2060
- MODULER HEAD SUT KODU : AP1700 AP1750 AP1800 AP1860
- ASETABULAR CUP SUT KODU : AP1500
- ASETABULAR İNERT POLİETYLEN SUT KODU : AP1600
- TİTANYUM VİDA SUT KODU : AP1670

Manavgat Devlet Hastanesi
Op. Dr. Atakan Ozkan
Dip. No: 92075
Ortopedi ve Travmatoloji Uzmanı

- Stem çap ölçüleri 9 mm ila 16 mm ölçüleri arasında 8 farklı ölçüde olmalıdır.
- Tüm çaplarda küre uygulama açısı 12/14 koniğe uygun olmalıdır.
- Protezin tutunmayı ve maksimum kemik uyumunu sağlamak için Titanyum Plazma Sprey üzeri Hidroksiapatit kaplı olmalıdır.
- Protezin uygulamasında kullanılmak üzere protez üzerinde çakıcı çıkarıcı aparatın montajını sağlayan bağlantı yeri bulunmalıdır.
- Protezin shaft kısmında; ürün özelliğini belirten lot numarası, tedarikçi firma ismi, ürünün çapı ve boyu hakkında bilgiler bulunmalıdır.
- Modular küre CoCrMo olmalı ve proteze uygun 12/14 konik olmalıdır.
- Çap 28mm 32mm modüler küreler 5 boy seçeneği olmalıdır.
- Malzemesi ASTM F 136 veya ISO 5832-3 standardına uygun Ti6Al4V alaşımı olacaktır.
- Yarım küre şeklinde olup, titanyum plazma sprej üzeri hidroksiapatit kaplı seçeneği olmalıdır.
- Çevrede 45 derece aralıkta ve eğimde, üç adet delik bulunmalıdır.
- Kap deliklerden titanyum vidalar geçebilmelidir.
- Boy ölçüleri 40 mm. ' den 66 mm. ' ye kadar 2 şer mm. artarak 12 değişik ölçüde olmalıdır.
- Asetabular Kap Polietylen Yatak press fit olarak takılmalıdır.
- Asetabular Kap 44-46 28mm Modüler Küre ile 48-60mm arası 32mm Modüler Küre ile kullanılmaktadır.
- Malzemesi ASTM F 648 veya ISO 5834 standardına uygun UHMW-PE seçeneği olmalıdır.
- Yarım küre şeklinde olmalıdır.
- Alından, düz, eksenden itibaren dışa doğru 15 derecelik eğimli seçenekleri olmalıdır.
- İçinde 28 mm küre yuvası açılmış olmalıdır.
- Vidalı asetabular kap içine press fit takılmalıdır.
- Asetabular kap altındaki çıkıntı bu kanala geçip rotasyonu önlemelidir.
- Malzemesi ASTM F 136 veya ISO 5832-3 standardına uygun Ti6Al4V (ELI) alaşımli olmalıdır.
- Uzunluğu 20mm den 45 mm e kadar olmalıdır.
- Vida başı yarım küre şeklinde olmalıdır.
- Cancellous vida formunda olmalıdır.
- Ucu 90 derece sivri ve iki adet self-tapping kanal bulunmalıdır.

Manavgat Devlet Hastanesi
Op. Dr. Atakan ÖZKAN
Ortopedi ve Travmatoloji Uzmanı
Diyadin No: 92075

Manavgat Devlet Hastanesi
Ortopedi ve Travmatoloji Uzmanı
Atakan ÖZKAN



ÇİMENTOSUZ TİTANYUM PLAZMA SPREY ÜZERİ HİDROKSİPATİT KAPLI BİPOLAR KALÇA PROTEZİ TEKNİK ŞARTNAMESİ

FEMORAL STEM SUT KODU : AP2060

- Stem çap ölçüleri 9 mm ila 16 mm ölçüleri arasında 10 farklı ölçüde olmalıdır.
- Tüm çaplarda küre uygulama açısı 12/14 koniğe uygun olmalıdır.
- Protezin tutunmayı ve maksimum kemik uyumunu sağlamak için Titanyum Plazma Sprey üzeri Hidroksipatit kaplı olmalıdır.
- Protezin uygulamasında kullanılmak üzere protez üzerinde çakıcı çıkarıcı aparatın montajını sağlayan bağlantı yeri bulunmalıdır.
- Protezin shaft kısmında; ürün özelliğini belirten lot numarası, tedarikçi firma ismi, ürünün çapı ve boyu hakkında bilgiler bulunmalıdır.

MODULER HEAD SUT KODU : AP1700 AP1750 AP1800 AP1860

- Modüler küre CoCrMo olmalı ve proteze uygun 12/14 konik olmalıdır.
- Çap 28mm modüler küreler 5 boy seçenekli olmalıdır.(XS,S,M,L,XL)

BİPOLAR KAP : AP1880

- Malzemesi ASTM F138 veya ISO 5832-1 standardına uygun paslanmaz çelik alaşımı veya ASTM F 75 veya ISO 5832-4 standardına uygun CoCrMo olmalıdır.
- 40 mm. 'den başlayarak 58 mm. 'ye kadar 2'er mm. artışla 10 ölçü olmalıdır.
- 40 ve 42 Bipolar kap için 22 mm modüler küre kullanılmalıdır.
- İçine Lineer Bipolar Insert takılmalıdır.
- Tüm yüzeyler parlak olmalıdır.
- Insert malzemesi ASTM F648 veya ISO 5834 standardına uygun UHMW-PE olmalıdır.
- Bipolar cup içerisine takılı olmalıdır.
- İç küre kısmı ø28 mm. olmalıdır.46 mm den başlayıp 58mm e kadar olan kısmı.
- İnserti metal cup içinde tutunmasını sağlayacak segmanlı kilit sistemi olmalıdır

Malzeme Kontrol Kartı
Kontrol No: 123456789
Kontrol Tarihi: 12/12/2023
Kontrol Yeri: İstanbul
Kontrol Yolu: Sağlık Bakanlığı
Kontrol Yolu: Sağlık Bakanlığı

Malzeme Kontrol Kartı
Kontrol No: 123456789
Kontrol Tarihi: 12/12/2023
Kontrol Yeri: İstanbul
Kontrol Yolu: Sağlık Bakanlığı
Kontrol Yolu: Sağlık Bakanlığı

Malzeme Kontrol Kartı
Kontrol No: 123456789
Kontrol Tarihi: 12/12/2023
Kontrol Yeri: İstanbul
Kontrol Yolu: Sağlık Bakanlığı
Kontrol Yolu: Sağlık Bakanlığı