



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



SAYI : 98177073 / 934.01

KONU: 1 KALEM KIRTASIYE MALZEMESİ ALIM

27/09/2024

SAYIN.....

Hastanemizin ihtiyacı olan aşağıda cinsi ve miktarı yazan mal/hizmet/yapım işi 4734 sayılı KİK'in 22/

d (Doğrudan Temin) yöntemi ile satın alınacaktır.

Firmanız tarafından temini mümkün ise

01/10/2024

saat

12:00

'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 tekrerr 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 yetlenenlerin 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 alım yapılacak olan alımımız BİRİM BEDEL üzerinden değerlendirme yapılacaktır.
- 10- Bu teklife davet mektubuna olumlu yada olumsuz mutlaka 01/10/2024 tarihinde saat 12:00 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.

ALIM HAKKINDA DETAYLI BİLGİ ALMAK İÇİN	TELEFON : 0 242 746 11 17
	AMBAR-AYNİYAT BİRİMİ
	DAHİLİ : 1367

Mehmet Faysal GÜNAŞAN
İdari ve Mali İşler Müdürü

SIRA NO	MALZEMENİN ADI	MİKTARI	BİRİMİ	SUT KODU / TEKNİK ŞARTNAME	MARKA / MODEL / U.B.B KODU	BİRİM FİYAT	TOPLAM FİYAT
1	KAN BİLEŞENİ TRANSFER VE TRANSFÜZYON İZLEM FORMU (EK-15)	6.000	ADET				
GENEL TOPLAM							

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

NOT: MALZEME TESLİM SÜRESİ GÜNDÜR

NOT: SAYFA TEKNİK ŞARTNAME

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

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

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

KAŞE - İMZA

İletişim:

ADRES : Şelale Yolu Üzeri Manavgat/ ANTALYA

TEL : 0 242 746 11 17 Dahili (1346 - 1506)

FAX : 0 242 746 44 80

Elektronik Ağ: www.manavgatdh.gov.tr

KAN BİLEŞENİ TRANSFER VE TRANSFÜZYON İZLEM FORMU TEKNİK ŞARTNAMESİ

1-BASIM MALZEMESİ OLARAK A4 BOYUTUNDA SAMAN KAĞIDI KULLANILMALIDIR

2-ÇİFT TARAFLI BASIM YAPILMALIDIR

3-VERİLEN, ÖRNEK İZLEM FORMU FORMATINDA BASKI YAPILMALIDIR.

NOT: SAĞLIK BAKANLIĞI LOGOSU İSTENEN FORMLARDA BAKANLIK GÜNCEL LOGOSUNUN UYGULANMASI, FORMLARIN BASIMDAN ÖNCE FİRMAYA GÖNDERİLEN ÖRNEKLERE UYGUN ŞEKİLDE HAZIRLANARAK, OLUŞTURULAN ŞABLONLAR manavgatayniyat@gmail.com E-MAIL ADRESİNE GÖNDERİLEREK UYGUNLUK ALINMASI VE İLGİLİ ONAYDAN SONRA BASIMLARIN YAPILMASI GEREKMEKTEDİR.

17.09.2024

Manavgat Devlet Hastanesi
Fatil KURU
Mikrobiyoloji ve Kan Merk.Sor.Tek



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
ANTALYA
MANAVGAT DEVLET HASTAHANESİ

KAN BİLEŞENİ TRANSFER VE TRANSFÜZYON İZLEM FORMU (EK-15)

DOKÜMANIN KODU:
TH.FR.013

YAYIN TARİHİ:
03.05.2017

REVİZYON TARİHİ:
01.08.2024

REVİZYON NO: 03

SAYFA NO/ SAYISI:
1 / 2

HASTA BİLGİLERİ

Adı ve soyadı:		İstek tarihi	
Protokol no		İstek yapan Klinik	
T.C. Kimlik No		İstenen Bileşen	
Doğum Tarihi		Hasta Kan Grubu	
Cinsiyeti	☐ K ☐ E		

BİLEŞEN BİLGİLERİ

Bileşen ISBT No:	Bileşen ABO/Rh Grubu:	Bileşen Miktarı
☐ Tam Kan	☐ Aferez Eritrosit Konsantresi	☐ Taze Plazma
☐ Eritrosit Konsantresi	☐ Aferez Trombosit Konsantresi	☐ Kriyopresipitat
☐ Trombosit Konsantresi	☐ Aferez Granülosit Konsantresi	☐ Kriyopresipitat Uzaklaştırılmış Plazma
☐ Taze Donmuş Plazma (TDP)	☐ Diğer:	

BİLEŞEN ÖZELLİKLERİ

Çapraz Karşılaştırma	☐ İşinlanmış	☐ CMV Negatif
☐ Uygun ☐ Uygun değil ☐ Yapılmadı	☐ Yıkanmış	☐ HLA Uygun
Hasta başı filtrasyon ☐ Var ☐ Yok	☐ Bölünmüş	☐ HLA Uygun
☐ Buffy coat uzaklaştırılmış	☐ Diğer eritrosit antijenleri uygun; Hangi eritrosit antijenlerinin uygun olduğu belirtilecektir.	
☐ Lökosit azaltılmış		
☐ Diğer:		

TEDARİKÇİ BİLGİLERİ

☐ Bölge Kan Merkezi	☐ Hastane Transfüzyon Merkezi	☐ Diğer:
--	--	---------------------------------

BİLEŞEN TRANSFER BİLGİLERİ

İstemi karşılayan/teslim eden personelin Adı-Soyadı, imzası:	
Bileşenin Transfüzyon Merkezinden Çıkış Tarihi:	Saati
Transferi yapan personelin Adı-Soyadı, imzası:	
Klinikte teslim alan personelin Adı-Soyadı, imzası:	
Bileşenin Kliniğe Geliş Tarihi:	Saati: Derece :

TRANSFER ÖNCESİ BİLEŞEN KONTROLÜ

Bileşen renk kontrolü	☐ Uygun ☐ Uygun değil
Pıhtı	☐ Yok ☐ Var
Hemoliz	☐ Yok ☐ Var
Son kullanma tarihi	☐ Uygun ☐ Uygun değil

TRANSFÜZYON ÖNCESİ KONTROL/ONAY

TRANSFÜZYON BİLGİ KONTROLÜ	1.Kişi (Hemşire)	2.Kişi (Hekim)	BİLEŞEN KONTROLÜ	1.Kişi (Hemşire)	2.Kişi (Hekim)
Hasta kimlik kontrolü	☐ Yapıldı	☐ Yapıldı	Bileşen renk kontrolü	☐ Uygun ☐ Uygun Değil	☐ Uygun ☐ Uygun Değil
Hasta/Bileşen kan grubu kontrolü	☐ Yapıldı	☐ Yapıldı	Pıhtı	☐ YOK ☐ VAR	☐ YOK ☐ VAR
Çapraz Karşılaştırma Kontrolü	☐ Yapıldı	☐ Yapıldı	Hemoliz	☐ YOK ☐ VAR	☐ YOK ☐ VAR
Bileşen Numarası Kontrolü	☐ Yapıldı	☐ Yapıldı	Son Kullanma Tarihi	☐ Uygun ☐ Uygun Değil	☐ Uygun ☐ Uygun Değil
Hasta kimlik kontrolü	☐ Yapıldı	☐ Yapıldı	Bileşen renk kontrolü	☐ Uygun ☐ Uygun Değil	☐ Uygun ☐ Uygun Değil

KONTROL EDENLER

Hemşire Kaşe/İmza

Hemşire Kaşe/İmza

Hekim Kaşe/İmza



T.C SAĞLIK BAKANLIĞI
ANTALYA
MANAVGAT DEVLET HASTANESİ

KAN BİLEŞENİ TRANSFER VE TRANSFÜZYON İZLEM FORMU (EK-15)

DOKÜMANIN KODU: TH.FR.013 YAYIN TARİHİ: 03.05.2017 REVİZYON TARİHİ: 01.08.2024 REVİZYON NO: 03 SAYFA NO/ SAYISI: 2 / 2

TRANSFÜZYON PLANI

Transfüzyon Tarihi:
Transfüzyon Başlangıç Saati:
Transfüzyon Hızı / Süresi: /
(Transfüzyon öncesi her hastanın kilosu, yaşı, altta yatan hastalığı, ko-morbiditesi değerlendirilerek ideal transfüzyon hızı ve süresi hekim tarafından belirlenmelidir)

Hekim Kaşe İmza

TRANSFÜZYON İZLEMİ

Saat	Süre	Kan Basıncı	Nabız	Solunum	Beden ısısı	Diğer	Müdahale (Varsa)	İzleyen Hemşire
	0.dk							
	15.dk							
	45.dk							
	1.saat 15. dk							
	1.saat 45. dk							
	2.saat 15. dk							
	2.saat 45. dk							
	3.saat 15. dk							
	3.saat 45. dk							
	Transfüzyon bitiminden 1 saat sonra							
Transfüzyon Bitiş/Sonlandırma Saati			...	Transfüzyon	☐ Tamamlandı ☐ Tamamlanamadı, nedeni.....			
Transfüze Edilen Bileşen Miktarı (ml)			...	İstenmeyen Olay/Reaksiyon	☐ YOK ☐ VAR			

NOT: Transfüzyon izlemi, 0. dk, ilk 15 dakikası hasta başından ayrılmamak kaydı ile ve transfüzyon boyunca her 30 dakikada bir hastanın vital bulguları takip edilerek yapılmalıdır. Transfüzyon bitiminde ve bitiminden 1 saat sonra hastanın vital bulguları mutlak takip edilmelidir.

TRANSFÜZYON REAKSİYONU ŞÜPHESİ OLDU İSE;

- ☐ Transfüzyonu durdur, ilgili hekime haber ver.
- ☐ Hastanın damar yolunu serum fizyolojik ile açık tut.
- ☐ Bileşen ve hasta bilgilerini kontrol et.
- ☐ Hastadan yeni kan örneği al.
- ☐ Hastaya verilen kan ve kan bileşeni ile birlikte giden sıvıları sakla.
- ☐ Kan merkezini haberdar et. Tel: