



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



SAYI : 98177073 / 934.01 5243
KONU: 5 KALEM KIRTASIYE MALZEMESİ ALIM

6.12.2024

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. Firmamız tarafından temini mümkün ise 11.12.2024 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- Teklif 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.İ.K.hükümleri uygulanacaktır.
- 4- İhaleye hile, desise, vait, tehdit, nüfus kullanma suretiyle ihaleye fesat karıştıranların tespit edilmesi halinde yine 4734 sayılı K.İ.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 alım yapılacak olan alımımız **BİRİM BEDEL** üzerinden değerlendirme yapılacaktır.
- 10- Bu teklife davet mektubuna olumlu yada olumsuz mutlaka 11.12.2024 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.

12- 5. KALEMDE ADI GEÇEN " BARKOD ETİKETİ EKO TERMAL TEKLİ" NUMUNE ÜZERİNDEN DEĞERLENDİRİLECEKTİR.

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


Esra ÖZDEMİR
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	ARŞİV DOSYA ZARFI (41*30)	5.000	ADET				
2	HASTA DOSYASI TELLİ BASKILI	5.000	ADET				
3	YOĞUN BAKIM HASTA TAKİP FORMU	4.000	ADET				
4	PALYATİF BAKIM BİRİMİ HASTA İZLEM FORMU (RENKLİ)(ÇARŞAF DOSYA)	2.000	ADET				
5	BARKOD ETİKETİ 50X35 MM 1000 LİK EKO TERMAL TEKLİ	750	ADET				
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

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

ARŞİV DOSYA ZARFI

- 1.EN 45 CM,BOY 33 CM (+ 3 CM) (ÖRNEĞİNE UYGUN),
- 2.KARTON KAĞIDA,
- 3.TEK RENK ÖN YÜZÜNE BASKI,
- 4.ÖN DIŞ YÜZEYİ PARLAK
- 5.ÖRNEĞİNE UYGUN

HASTA DOSYASI (TELLİ İÇ DOSYA BASKILI)

- 1.Pembe renkli kaliteli ve kullanışlı olmalıdır.
- 2.A4 boyutunda evrak konulabilmelidir.
3. Karton yapıda olmalıdır.
- 4.Çabuk kırılmayan dayanıklı evrak sabitleme telleri bulunmalıdır.
5. Açık hali 47 cm en x 33,5 cm (+ 1 cm) boy ebatlarında olmalıdır.
6. Ön yüz tek renk siyah baskı
7. Örneğine uygun olmalıdır.

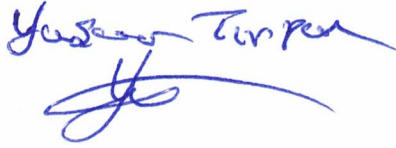
Manavgat Devlet Hastanesi

Keziban DEMİR

Memur



Yusuf Turker



1- BARKOT ETİKETİ 50*35MM 1000 LİK EKO TERMAL TEKLİ

- a) Kağıt, termal lamina edilmiş olmalıdır.
- b) Nem, alkol ışık ve ısıya duyarlı olmalıdır.
- c) Kendi kendine kararma özelliğine sahip olmalıdır.
- d) %90 akrilat yapışkanlı olmalıdır.
- e) Tekli eko termal yapıda olmalıdır.
- f) Yapıştığı yüzeye belli bir süre sonra yapışkan hakim olmalıdır.
- g) Yapıştırıldığı yüzeyden kolayca ayrılabilen etiketler kullanılmayacak olup, firma tarafından değişimi sağlanacaktır.
- h) Etiket boyutları 50x35 mm boyutlarında olmalıdır.
- i) Bir adet numune üzerinden değerlendirilecektir.

Manavgat Devlet Hastanesi
Velî Celil İŞİK
T.K.Y.

Manavgat Devlet Hastanesi
Sevda GÜNDÜZ
T. K. Y.

PALYATİF BAKIM BİRİMİ HASTA İZLEM FORMU ŞARTNAMESİ

- 1.Renkli baskı olmalıdır.
- 2.En:21 cm x Boy:30 cm ebatlarında olmalıdır.
- 3.Form içeriğindeki hücre aralıkları formda yazıldığı gibi 2-0,5-0,6 cm şeklinde olmalıdır.
- 4.Çarşaf dosya şeklinde olmalıdır.
- 5.Basım aşamasındaki yönlendirmeler ve formun son onayı palyatif servisi sorumlusundan alınacaktır
(Gülsüm KORKMAZ KAHRAMAN 05313979138)

Manavgat Devlet Hastanesi
Gülsüm Korkmaz KAHRAMAN
Palyatif Bakım Sorumlu Hemşiresi

YOĞUN BAKIM HASTA TAKİP FORMU TEKNİK ŞARTNAMESİ

- 1-) EN 76 CM, BOY 36 CM EBATLARINDA,
- 2-) YATAY ÇİFT YÖNLÜ BASKI,
- 3-) 220 GR YERLİ BRİSTOL KAĞIDA (HAFİF KARTONUMSU YAPI)
- 4-) RENKLİ BASKI,
- 5-) ORTADAN KIRIMLI,
- 6-) ÖRNEĞİNE UYGUN

KEZİBAN YILMAZ
Yoğun Bakım Servisi
İşbirlikli Hemşiresi

ZEYNEP AKAVCI
Yoğun Bakım Servisi
İşbirlikli Hemşiresi



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
ANTALYA
MANAVGAT DEVLET HASTANESİ

PALYATİF BAKIM BİRİMİ HASTA İZLEM FORMU

DOKÜMANIN KODU: PB.FR.011 YAYIN TARİHİ: 01.03.2024 REVİZYON TARİHİ:... REVİZYON NO:00 SAYFA NO VE SAYISI: 1 / 6

TARİH:	ODA NO:	YATAK NO:	YATIŞ TARİHİ:	YATIŞ GÜNÜ:
AD SOYAD:			KAN GRUBU:	
PROTOKOL NO:			GELDİĞİ YER / SERVİS:	
DOĞUM TARİHİ:			POST. OP. GÜN:	
CİNSİYET:	KADIN <input type="checkbox"/>	ERKEK <input type="checkbox"/>	ELİSA:	
ALERJİ DURUMU:	EVET <input type="checkbox"/>	HAYIR <input type="checkbox"/>	TANI 1:	
EVET İSE; ADLİ VAKA	EVET <input type="checkbox"/>	HAYIR <input type="checkbox"/>	TANI 2:	
DİYET:			HEKİM:	
HEMŞİRE 08:30 - 16:30:			HEMŞİRE 16:30 - 08:30:	

DOKTOR İSTEMİ ORDER			TEDAVİ VE MÜDAHALELER	
İLAÇLAR	DOZ	VERİLİŞ YOLU	UYGULAMA SAATLERİ	
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				

KAN ŞEKERİ TAKİBİ	İZOLASYON	VAR <input type="checkbox"/>	YOK <input type="checkbox"/>
	TEMAS		
	SOLUNUM		
	DAMLACIK		
	SIKI TEMAS		

KULLANILAN ANTİBİYOTİKLER			KÜLTÜRLER		
İLACIN ADI / DOZU	BAŞLANGIÇ TARİHİ	BİTİŞ TARİHİ	TÜRÜ	ALINMA TARİHİ	SONUÇ
1.			KAN		
2.			İDRAR		
3.			ASPIRAT		
4.			GAİTA		
5.			YARA		



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
ANTALYA
MANAVGAT DEVLET HASTANESİ

PALYATİF BAKIM BİRİMİ HASTA İZLEM FORMU

DOKÜMANIN KODU: PB.FR.011

YAYIN TARİHİ: 01.03.2024

REVİZYON TARİHİ:...

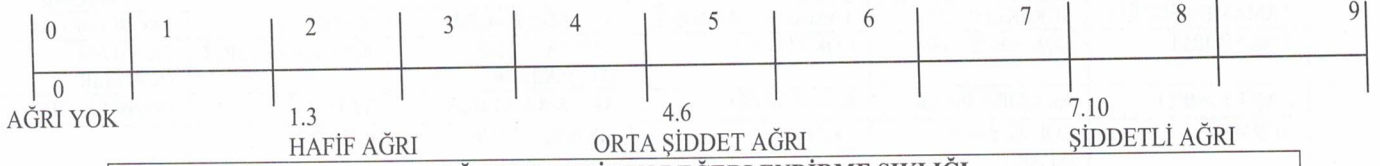
REVİZYON NO:00

SAYFA NO VE SAYISI: 3 / 6

AĞRI DEĞERLENDİRME

1. NUMERİK SKALA (VAS)

(İLETİŞİM KURULABİLEN HASTALAR İÇİN)



AĞRININ YENİDEN DEĞERLENDİRME SIKLIĞI

	SKALA PUANI	YENİDEN DEĞERLENDİRMESİ
AĞRI YOK	0 PUAN	8 SAATTE BİR
HAFİF AĞRI	1-3 PUAN	2 SAATTE BİR
ORTA ŞİDDET AĞRI	4-6 PUAN	1 SAATTE BİR
ŞİDDETLİ AĞRI	7-10 PUAN	1 / 2 SAATTE BİR

2. YÜZ SKALASI (WONG - BAKER)

(İLETİŞİM KURULAMAYAN HASTA VE ÇOCUKLAR İÇİN)



AĞRININ YENİDEN DEĞERLENDİRME SIKLIĞI

	SKALA PUANI	YENİDEN DEĞERLENDİRMESİ
AĞRI YOK	0 PUAN	8 SAATTE BİR
HAFİF AĞRI	1-4 PUAN	8 SAATTE BİR
ORTA ŞİDDET AĞRI	5-8 PUAN	1 SAATTE BİR
ŞİDDETLİ AĞRI	9-10 PUAN	1 / 2 SAATTE BİR

AĞRIYA EŞLİK EDEN SEMPTOMLAR	AĞRININ NİTELİĞİ	NON-FARMOKOLOJİK UYGULAMALAR (UYGUN ARALIKLARLA)	İLAÇ UYGULAMALARINDAN SONRA AĞRI DEĞERLENDİRME SÜRELERİ
1. BULANTI- KUSMA 2. İŞTAHSİZLİK 3. DEPRESİF MOD 4. AĞLAMA UYKUSUZLUK 5. ÖFKE 6. SOSYAL AKTİVİTEDE AZALMA 7. FİZİKSEL AKTİVİTEDE AZALMA	1. KRAMP TARZIRNDA 2. ACI VEREN 3. SIZLANMA 4. SÜREKLİ 5. YAYILAN TARZDA 6. RAHATSIZ EDİCİ 7. TAHAMMÜL EDİLEMEZ 8. GELİP GİDEN	1. POZİSYON VERME 2. SOĞUK UYGULAMA 3. SICAK UYGULAMA 4. MASAJ 5. EGZERSİZ 6. TENS 7. GERME	IV İLAÇ UYGULAMALARINDAN SONRA 15 DAKİKA SONRA SC İLAÇ UYGULAMALARDAN SONRA 30 DAKİKA SONRA IM İLAÇ UYGULAMALARDAN SONRA 45 DAKİKA SONRA PO İLAÇ UYGULAMALARDAN SONRA 60 DAKİKA SONRA

OPIOİD KULLANIMI

VAR

YOK

VAR İSE;

AĞRI DEĞERLENDİRME

SAAT	KULLANILAN SKALA	SKALA PUANI	AĞRININ YERİ	EŞLİK EDEN SEMPTOMLAR	AĞRININ NİTELİĞİ	UYGULANAN GİRİŞİMLER	DEĞERLENDİRME	HEMŞİRE İMZA

NOT : AĞRI YOK İSE; HER 8 SAATTE BİR AĞRI YENİDEN DEĞERLENDİRİLİR.