



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



SAYI : 98177073 / 934.01

KONU: 2 KALEM KIRTASIYE MALZEMESİ ALIMI

09/03/2023

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 13/03/2023 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 tekrerrür 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 13/03/2023 tarihinde saat 10:00 a kadar m-satinalma@hotmail.com 'a mail atılacak veya elden Manavgat Devlet Hastanesi SATIN ALMA birimine cevap verilecektir.

11- Teklif veren firma teklif formunun ekinde teknik şartname varsa bu şartnameye uyduğunu kabul etmiş sayılacaktır.

Ayhan DEMİRTAŞ
İdari ve Mali Hizmetler Müdürü

SIRA NO	MALZEMENİN ADI	MİKTARI	BİRİMİ	SUT KODU / TEKNİK ŞARTNAME	MARKA / MODEL / U.B.B KODU	BİRİM FİYAT	TOPLAM FİYAT
1	DOĞUM İZLEME DOSYASI	300	ADET				
2	GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL LİSTESİ	2.000	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 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

DOĞUM İZLEME DOSYASI FORMU

1. EN 45 CM, BOY 32 CM EBATLARINDA (+/- 1,2 CM)
2. ÇİFT TARAFLI, TEK RENK SİYAH BASKI,
3. ORTADAN KOLAYCA KIVIRABİLECEK ŞEKİLDE KIVRIM YERİ OLMALI,
4. SAMAN KAĞIDINA,
5. ÖRNEĞİNE UYGUN



T.C.
ANTALYA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Manavgat Devlet Hastanesi
GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL LİSTESİ

Hastanın Adı Soyadı:

Ameliyat/Bölgesi

Ameliyat Tarihi:

I. Klinikten Ayrılmadan Önce

1. Hastanın;
- ☐ Kimlik bilgileri
- ☐ Ameliyatı
- ☐ Ameliyat bölgesi doğrulandı.
2. Hastanın rızası kontrol edildi mi?
- ☐ Evet
3. Hasta aç mı?
- ☐ Evet ☐ Hayır.....
4. Ameliyat bölgesi tıraşı yapıldı mı?
- ☐ Evet ☐ Hayır.....
5. Hastada makyaj/oje, protez, değerli eşya var mı?
- ☐ Evet..... ☐ Hayır
6. Hastanın kıyafetleri tümüyle çıkarılıp ameliyat önlüğü ve bonesi giydirildi mi?
- ☐ Evet ☐ Hayır.....
7. Ameliyat öncesi gerekli özel işlem var mı?
- ☐ Lavman ☐ Mesane Kateterizasyonu
- ☐ Varis Çorabı ☐ Özel Tedavi protokolü
- ☐ Diğer ☐ Hayır
8. Ameliyat için gerekli olacak özel malzeme, implant, kan veya kan ürünü hazırlığı teyit edildi mi?
- ☐ Evet ☐ Hayır
9. Hastanın gerekli laboratuvar ve radyoloji tetkikleri mevcut mu?
- ☐ Evet

Liste Sorumlusu:
Ad-Soyad, İmza

II. Anestezi Verilmeden Önce

10. Hastanın kendisinden
- ☐ Kimlik bilgileri
- ☐ Ameliyatı
- ☐ Ameliyat bölgesi
- ☐ Hastanın ameliyatı ile ilgili rızası doğrulandı.
11. Ameliyat bölgesinde işaretleme var mı?
- ☐ Var ☐ İşaretlenme uygulanamaz
12. Anestezi Güvenlik Kontrol Listesi tamamlandı mı?
- ☐ Evet
13. Pulse oksimetre hasta üzerinde ve çalışıyor mu?
- ☐ Evet
- Hastanın Risk Değerlendirmesi**
14. Hastanın bilinen bir alerjisi var mı?
- ☐ Yok ☐ Var
15. Gerekli görüntüleme cihazları var mı?
- ☐ Yok ☐ Var
16. Hastada 500 ml ya da daha fazla kan kaybı riski var mı?
- ☐ Yok
- ☐ Var; uygun damar yolu erişimi ve sıvı planlandı.

Liste Sorumlusu:
Ad-Soyad, İmza

III. Ameliyat Kesisinden Önce

17. Ekipteki kişiler kendilerini ad, soyad ve görevleri ile tanıttı mı?
- ☐ Evet
18. Ekipten bir kişi sesli olarak hastanın kimliğini, yapılan ameliyatı, ameliyat bölgesini teyit etti mi?
- ☐ Evet
19. Kritik olaylar gözden geçirildi mi?
- ☐ Tahmini ameliyat süresi
- ☐ Beklenen kan kaybı
- ☐ Ameliyat sırasında gerçekleşebilecek beklenmedik olaylar
- ☐ Olası anestezi riskleri
- ☐ Hastanın pozisyonu
20. Profilaktik antibiyotik sorgulandı mı?
- ☐ Kesiden önceki son 60 dakika içerisinde uygulandı
- ☐ Kullanılmaz
21. Kullanılacak malzemeler hazır mı?
- ☐ Evet ☐ Hayır
22. Malzemelerin Sterilizasyonu uygun mu?
- ☐ Evet ☐ Hayır
23. Kan şekeri kontrolü gerekli mi?
- ☐ Evet ☐ Hayır
24. Antikoagülan kullanımı var mı?
- ☐ Evet ☐ Hayır
25. Derin Ven Trombozu profilaksisi gerekli mi?
- ☐ Evet ☐ Hayır

Liste Sorumlusu:
Ad-Soyad, İmza

IV. Ameliyattan Çıkmadan Önce

26. Gerçekleştirilen ameliyat için sözlü olarak
- ☐ Hasta,
- ☐ Yapılan ameliyat,
- ☐ Ameliyat bölgesi, teyit edildi.
27. Alet, spanç/kompres ve iğne sayımları yapıldı mı?
- ☐ Evet/Tam ☐ Hayır
28. Hastadan alınan numune etiketinde
- ☐ Hastanın adı doğru yazılı
- ☐ Numunenin alındığı bölge yazılı
29. Ameliyat sonrası kritik gereksinimler gözden geçirildi mi?
- ☐ Anestezistin önerileri:
- ☐ Cerrahin önerileri:
30. Hastanın ameliyat sonrası gideceği bölüm teyit edildi mi?
- ☐ Evet

Liste Sorumlusu:
Ad-Soyad, İmza

* Her bölüm, ilgili sorumlular tarafından sesli olarak kontrol edilerek işaretleme yapılmalıdır.

GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL LİSTESİ

1. A4 boyutunda,
2. Tek taraflı renkli baskı,
3. Örneğine uygun.