

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

SAYI: : 98177073 / 934.01 -677  
KONU: 2 KALEM KIRTASIYE MALZEMESİ ALIMI (BASKI FORMU)

18.08.2021

SAYIN.....

Hastanemizin ihtiyacı olan aşağıda cinsi ve miktarı yazan mal/hizmet/yapım işi 4734 sayılı KHK'in 22/ d (Doğrudan Temin) yöntemi ile satın alınacaktır. Firmanız tarafından temini mümkün ise **20.08.2021** 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 tekrerr 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 Kamu Hastaneleri Birliği 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 yapılmaktadır.
- 10- Bu teklife davet mektubuna olumlu yada olumsuz mutlaka **20.08.2021** tarihinde saat **10:00** a kadar 0242 746 45 00 nolu faks, m-satinalma@hotmail.com ' a veya elden Satın Alma birimine cevap verilecektir.

Yalçın AYMAK  
İdari ve Mali Hiz. Müd.V.

S.NO	MALZEMENİN ADI	MİKTARI	BİRİMİ	SUT KODU / TEKNİK ŞARTNAME	MARKA / MODEL / U.B.B KODU	BİRİM FİYAT	TOPLAM FİYAT
1	ACİL SERVİS HASTA TAKİP FORMU ALIMI	2.000	CİLT				
2	Mrna(bnt162B2) COVID-19 AŞI UYGULAMASI BİLGİLENDİRME FORMU(ARKALI ÖNLÜ)	30.000	ADET				
<b>GENEL TOPLAM</b>							

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 WEB SİTESİNDE GÖRÜLEBİLİR.

<http://manavgatdh.saglik.gov.tr/tr/bid/all/0/0/>

KAŞE İMZA

İletişim:

ADRES: Şelale Yolu Üzeri Manavgat/ ANTALYA

TEL: 0242 746 11 17 - 746 44 80 Dahili ( 1346 - 1506 - 1521 ) FAX: 746 45 00

Elektronik Ağ: [www.manavgatdh.gov.tr](http://www.manavgatdh.gov.tr)

e-Posta: m-satinalma@hotmail.com



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI  
ANTALYA  
MANAVGAT DEVLET HASTANESİ

## COVID-19 AŞI BİLDİRİM FORMU

DOKÜMANIN KODU: HD.FR.24	YAYIN TARİHİ: 11.01.2021	REVİZYON TARİHİ: 11.02.2021	REVİZYON NO:01	SAYFA NO/SAYISI: 1 / 1
-----------------------------	-----------------------------	--------------------------------	----------------	---------------------------

T.C. Kimlik No :  
Hastanın Adı Soyadı :  
Yaş :  
Ek Hastalık :  
Gebelik Şüphesi :  
Emzirme Durumu :  
Son 1 ay içerisinde Aşılanna :  
Allerji Öyküsü :  
Covid-19 Hastalık Öyküsü :  
Temas Öyküsü :  
(10 Gün İçerisinde Covid-19+  
Olan Kişi İle)  
Ateş :

**TARİH:**

**TEL:**

**ADRES:**

**KOD NO:**

**UYGULAYAN HEMŞİRE**



T.C SAĞLIK BAKANLIĞI  
ANTALYA  
MANAVGAT DEVLET HASTANESİ

## mRNA (BNT162b2) COVID-19 AŞI UYGULAMASI BİLGİLENDİRME ve ONAM FORMU

DOKÜMANIN KODU: HD.RB.273	YAYIN TARİHİ: 01.04.2021	REVİZYON TARİHİ:...	REVİZYON NO:00	SAYFA NO/ SAYISI: 1/1
------------------------------	-----------------------------	---------------------	----------------	--------------------------

COVID-19 aşları hem sizi hem de çevrenizdekileri hastalanmadan bir antikor yanıtı oluşturarak korur.

COVID-19 aşları, klinik çalışmalarda dikkatle değerlendirilmiş aşılardır.

Aşı uygulaması, 28 gün ara ile birer doz olmak üzere toplam iki doz olarak yapılacaktır.

COVID-19 aşısı uygulamasından sonra nadiren yorgunluk, baş ağrısı, ateş, titreme, kas-eklem ağrısı, kusma, ishal, aşı uygulanan bölgede ağrı, kızarıklık, şişlik gibi hafif yan etkiler ile karşılaşılabilir. Çok nadir olarak da alerjik reaksiyon görülebileceği bildirilmiştir.

Gebelik ve emzirme döneminde mRNA aşısının uygulanmasına ilişkin henüz yeterli veri bulunmamaktadır.

Bu aşının uzun süreli etkilerinin ve verimliliğinin şu an bilinmediği yine aşının henüz bilinmeyen olumsuz etkilerinin de olabileceği, ürünün salgın koşulları altında tamamen kişinin kendi istemesi halinde kişiye uygulanacağı bilinmelidir. Bu sebeple üretime ait hataların haricinde oluşabilecek maddi ve manevi zararlar konusunda üretici firma sorumlu olmayacağını beyan etmektedir.

Aşı uygulamasından sonra, alerjik reaksiyonunun takibi açısından; normal şartlarda 15 dakika, alerji öyküsü varsa 30 dakika süresince aşı uygulanan kişinin sağlık tesisinden ayrılmaması önerilmektedir.

Aşı uygulamasından sonra aşıyla ilişkili olabileceği düşünülen bir rahatsızlık hissedilmesi durumunda size en yakın sağlık kuruluşuna (Aile Sağlığı Merkezi veya Hastane) başvurunuz. Hekiminize yakın zamanda aşı olduğunuz bilgisini iletmeyi unutmayınız.

Aşı uygulamasından sonra da maske, mesafe ve temizlik gibi önlemleri uygulamaya devam ediniz.

mRNA aşı uygulamasıyla alakalı olarak yukarıda yazılanları okudum, anladım, tarafıma aşı uygulanmasına onam veriyorum.

Ad Soyad:

TC:

Tarih:

İmza:

## ACİL SERVİS HASTA TAKİP FORMU

A4 BOYUTUNDA,  
1.HAMUR KAĞIDA,  
100 YAPRAKLI CİTLER HALİNDE,  
ÇİFT TARAFLI, TEK RENK SİYAH BASKI  
ÖRNEĞİNE UYGUN

Manavgat Devlet Hastanesi  
Sevda GÜNDÜZ  
T.K.Y.



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI  
Antalya  
Manavgat Devlet Hastanesi

## ACİL SERVİS HASTA MÜŞAHEDE VE HEMŞİRE GÖZLEM FORMU

DOKÜMANIN KODU: AS.FR.01 YAYIN TARİHİ: 04.01.2016 REVİZYON TARİHİ: 02.02.2017 REVİZYON NO:01 SAYFA NO/ SAYISI: 1/1

### HASTANIN KİMLİK BİLGİLERİ

TARİH : ...../...../202....

Adı Soyadı

TRİAJ RENK KODLARI

Cinsiyeti

YEŞİL

SARI

KIRMIZI

SİYAH

T.C. Kimlik No

Şikayeti

### HASTANIN BAŞVURUSUNDA VİTAL BULGULARI

Ateş

Nabız

Kan Basıncı

PUKŞ

Solunum Sayısı

TANI:

ANAMNEZ:

Kronik Hastalıklarda Kullandığı İlaçlar

### FİZİK MUAYENE

GKS (Glasgow Koma Skoru)

Bilinç durumu

Baş-Boyun

Solunum Sistemi

Kardiyo Vasküler Sistem

Abdomen

Nörolojik Muayene

Ekstremiteler

Tetkik- Tedavi Planı

Planlanan Konsültasyonlar İşlemler

Sonuc

Dr. Kaşe İmza



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI  
Antalya  
Manavgat Devlet Hastanesi

## ACİL SERVİS HASTA TAKİP FORMU

DOKÜMANIN KODU: AS.FR.01 YAYIN TARİHİ: 04.01. 2016 REVİZYON TARİHİ: 02.02.2017 REVİZYON NO:01 SAYFA NO/ SAYISI: 1/1

Adı Soyadı		Hastanın Yattığı Oda /Yatak	
Cinsiyeti		Müşahedeye Giriş Saati	
T.C. Kimlik No			

Şikayeti

### VİTAL TAKİP:

Tarih/ Saat	Ateş	Tansiyon	Nabız	Solumum Sayısı	Satürasyon	PUKŞ (PARMAK Ucu Kan Şekeri )

### TEDAVİ PLANI

Tarih/ Saat	İlacın Adı	Dozu	Veriliş Yolu	Veriliş Süresi	Uygulama Saati	Uygulayan Personel Adı -soyadı

Sonuç :

Taburcu Edildi      Servise yatırıldı      Yoğun Bakıma Yatırıldı      Dış Kuruma Sevk Edildi      Diğer

Müşahededeki Çıkış Tarih/ Saat

**DOKTORUM TARAFINDAN DURUMUM /HASTAMIN DURUMU HAKKINDA BİLGİLENDİRİLDİM. TÜM HAYATİ RİSKLERİ GÖZE ALARAK TEDAVİYİ KABUL**

EDİYORUM

ETMİYORUM

AD-SOYAD :

TARİH SAAT:

İMZA :