

**T. C.**  
**ANTALYA VALİLİĞİ**  
**İl Sağlık Müdürlüğü**  
**Finike İlçe Devlet Hastanesi**

Sayı : 90873527-

03/06/2020

Konu : Teklife Davet

Sayın :.....

Tel : Faks :

Hastanemizin ihtiyacı olan (11) kalem ALERJİ TESTİ ALIMI işi satın alınacaktır. İlgilendiğiniz takdirde K.D.V. hariç fiyat teklifi göndermenizi, teklifinizde teslimat süresinin de bildirilmesini arz/rica ederim

Tamer Yiğit  
İdari Mali Hizmetler Müdürü

Satınalma tarih ve saati : 05.06.2020 - 12:00

Teklif Başvuru Yeri : Finike Devlet Hastanesi

Teslimat Yeri : Finike Devlet Hastanesi

Teklif Türü : Teklif Birim Fiyat - İş kalemleri bazında

**İhtiyaç Listesi**

Sıra No	Mahın / İşin Adı	Miktar	Birim	Birim Fiyat	Tutar
1	ALERJİ TESTİ ZEYTİN AĞAÇ 3-5 ML	5	ŞİŞE		
2	ALERJİ TESTİ LATEX	5	ŞİŞE		
3	ALERJİ TESTİ ÇİMEN MİX	5	ŞİŞE		
4	ALERJİ TESTİ KEDİ EPİTELİ	8	ŞİŞE		
5	ALERJİ TESTİ TÜM YUMURTA	5	ŞİŞE		
6	ALERJİ TESTİ DOMATES	8	ŞİŞE		
7	ALERJİ TESTİ YABANI OT MİX	5	ŞİŞE		
8	ALERJİ TESTİ EV TOZU MİX	5	ŞİŞE		
9	Alerji Testi Mantar	5	ŞİŞE		
10	POZİTİF	5	ŞİŞE		
11	APLİKATÖR 10' LU LANSET	1.500	ADET		

EK: Teknik şartname

**T. C.**  
**ANTALYA VALİLİĞİ**  
**İl Sağlık Müdürlüğü**  
**Finike İlçe Devlet Hastanesi**

Satınalmanın Yapılacağı Birim: Finike Devlet Hastanesi Baştabibliği  
NOTLAR:

- 
- 1) Yazımız sayısının teklif mektupları üzerine mutlaka yazılması gerekmektedir.
  - 2) Şartlı teklifler ve Türk Lirası haricinde verilen fiyatlar değerlendirmeye alınmayacaktır.
  - 3) Teklif edilen malzemelere ait orjinal katalog var ise teklif mektupları içerisinde getirilmesi gerekmektedir.
  - 4) Ödemeler muhasebeleşme tarihinden itibaren 90 (doksan) gün içinde yapılacaktır.
  - 5) Teslimat süresi teklif mektuplarında mutlaka belirtilecektir. Teslimat süresi değerlendirmelerde tercih nedeni olarak kullanılabilir. Teslimat süresi Mali Yıl Sonunu geçen teklifler değerlendirmeye alınmayacaktır.

## ALLERJİ DERİ TESTİ – SOLUPRİCK TEKNİK ŞARTNAMESİ

1. Her bir allerjen 2ml'lik şişelerde bulunur.
2. Her bir allerjen çeşidinden 50 –80 test yapılmaktadır.
3. (2-8) ° C `de saklanmalıdır. Üretimden itibaren 1 yıl miadlıdır.
4. Her şişenin ürün kodu ve ismi, dozajı, son kullanma tarihi, saklama koşulları, seri ve şarj numarası, üretici firmanın adı ve adresi yazmaktadır.
5. Standardize allerjenler 100 BU/ml olmalı ve her allerjenin major allerjen konsantrasyonu mg/ ml bilinmelidir.
6. Küf Mantarları , Gıda antijenleri, tekstil, tüy, epitel ve bir kısım polen antijenleri ise 1:20 w/v kuvvetindedir.
7. Arı prick solüsyonları Apis Mellifera ve Vespula Spp. Olarak 2 ml'lik şişelerde 10 µg/ml, 100 µg/ml, 300 µg/ml, halinde 3 farklı konsantrasyonda hazırlanmış olmalıdır.
8. Referans olarak, Histamine hydrochloride'in uygun konsantrasyonunun % 50 glycerol ve % 50 coca solüsyonu içindeki steril solüsyonudur.
9. Positive Kontrol olarak, Histamine hydrochloride'in kuvveti 10 mg/ml `dir.
10. Prick test antijenleri ile aynı metodlarda standardize edilmiş aşılar mevcuttur.
11. Sağlık Bakanlığında alınmış "Kontrol Belgesi" ibraz edilebilmelidir.

FINİKE DEVLET HASTANESİ  
Op. Dr. Yüksel ÇETİN  
K.B.B. Uzmanı  
Dip. Tes. No: 55246

FINİKE DEVLET HASTANESİ  
Uzm. Dr. Hasan GANI  
Göğüs Hast. Ve Tbc. Uzmanı  
Dip. Tes. No: 55343 / 50685

FINİKE DEVLET HASTANESİ  
Uzm. Dr. Serma YILMAZ  
Göğüs Hastalıkları Uzmanı  
Dip. Tes. No: 148173

## 10'LU TEST APLİKATÖRÜ TEKNİK ŞARTNAMESİ

1. Aplikatör deri testini uygulamak için üretilmiş olmalıdır.
2. Aplikatör 10 testi aynı anda yapmaya uygun tasarlanmış olmalıdır.
3. Aplikatör uygulamada standart miktarda antijeni bacaklarının ucunda standart olarak tutmalı ve epidermisin altına vermelidir.
4. Aplikatör steril olarak üretilmiş olmalıdır. Sterilite metodu ambalajında görülebilmelidir.
5. Allerjenik ekstratın tatbiki için gerekli aplikatörün iğne uçları deriyi delmeli ve hastaya uygulama esnasında acı hissini az vermelidir.
6. Aplikatörün test uygulama bacakları toplam 10 adet olmalıdır. Her bir bacağına bir adet metal iğne olmalıdır.
7. Antijenlerin konulacağı yeterli antijen tepsisi ücretsiz verilecektir.
8. Aplikatörler medikal grade akrilikten yapılmış olmalıdır.
9. Aplikatör başlıklarının sırasını ve aplikatör yönünü belirlemek için her başlık üzerinde sıra numarası yazılı olmalıdır ve yön belirleyici ok bulunmalıdır.
10. Kurumumuzun farklı branş hekimlerinin tercihine göre firma 10'lu aplikatör 1,8 ve 9 iğneli plastik modelleri ile değişim yapmalıdır. Bu modellerin numunesi ihale öncesi hastanemizin ilgili birimine tutanakla teslim edilecektir. Bu tutanak ihale dosyasına eklenecektir.
11. Çocuk hastalar için tercih edecek hekimler için bacak mesafesi 17-25mm olan 5'li plastik veya çelik tek iğneli aplikatör modeli de verilebilmelidir. Sipariş edildiğinde ilgili firma bu modellerden de teslim edebileceğini taahhüt etmelidir. Bu modellerin numunesi ihale öncesi hastanemizin ilgili birimine tutanakla teslim edilecektir. Bu tutanak ihale dosyasına eklenecektir.
13. Aplikatörlerin başlıkları arasında 15mm (+ / - 5mm) mesafe bulunmalı; her alerji testi uygulaması esnasında reaksiyonların karışmasını önlemelidir.
14. Sağlık Bakanlığı ürün takip sisteminde onaylı olmalıdır.
15. Aplikatörler ile birlikte antijen tepsisi yerleştirme haznesi olan gün içerisinde antijen tepsisini alttan soğutan 220 -240 volt elektrik ile çalışan kapaklı soğutucu sistemi verilmelidir. Soğutucu sistem antijenleri bozulmadan saklayabilmelidir.
16. Aplikatörler kurumumuzda bulunan alerji software programı sistemine uygun olmalı ve hastaya rapor çıktı vermek için tasarlanmış olmalıdır.

FINİKE DEVLET HASTANESİ  
Op. Dr. Yüksel ÇETİN  
K.B.B. Uzmanı  
Dip. Tes. No: 59246

FINİKE DEVLET HASTANESİ  
Uzm. Dr. Hasan GANI  
Göğüs Hastalıkları Uzmanı  
Dip. Tes. No: 59343 - 59635

FINİKE DEVLET HASTANESİ  
Uzm. Dr. Seyma YILMAZ  
Deri ve Zührevi Hastalıkları Uzmanı  
Dip. Tes. No: 48173