T.C.
AĞRI VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
AĞRI DEVLET HASTANESİ

08.08.2019

Sayı : 266
Konu : Fiyatların Belirlenmesi-Tarifeler /
Dosya ID : 853

İLGİLİ FİRMALARA

Hastanemizin ihtiyacı olan ve aşağıda cinsi, miktarı ve özellikleri yazılı malzemelerin alımı 4734 sayılı Kamu İhale Kanununun 22 maddesine göre Doğrudan Temin Usulü ile yapılacaktır. Söz Konusu alım için KDV hariç birim fiyat tekliflerinizi TL üzerinden 15.08.2019 saat: 10:00'a kadar ivedi olarak göndermeniz hususunda; Gereğini rica ederim.

Emrah ÖZER
İdari ve Mali İşler Müdür V.

Satın Alınacak Malın/ İşin					KDV Hariç Teklif	
S.No	Malın/İşin Cinsi	Açıklama	Miktarı	Birimi	Fiyat	Tutar
1	TEKNİK DESTEK AMBULANS KONTROL FORMU	ACİL MÜDAHALE SETİ KONTROL FORMU 2 SYF. (A3)	500	Adet		
2	BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU	SÜNNET ONAM FORMU 2 SYF	2.000	Adet		
3	TEŞHİS TEDAVİ İŞLEM FORMLARI TARAF İŞARETLEME FORMU	TARAF İŞARETLEME KONTROL FORMU	2.000	Adet		
4	HEMŞİRE GÖZLEM FORMU	HEMŞİRE GÖZLEM KAĞIDI - ARKALI ÖNLÜ (A3)	5.000	Adet		
5	HEMŞİRE GÖZLEM FORMU PALYATİF BAKIM MERKEZİ HEMŞİRE GÖZLEM FORMU (A3)	PALYATİF BAKIM MERKEZİ HEMŞİRE GÖZLEM FORMU – ARKALI ÖNLÜ (A3)	4.000	Adet		
					KDV Hariç Genel Toplam	

NOT: Yukarıda belirtilen süre içerisinde teklif çıkmaması veya gelen tekliflerin idare tarafından yetersiz görüldüğü durumlarda bu süre maksimum 10 gün kadar uzatılabilir.

Teklif Eden
.../.../2019
Kişi / Oda / Firmanın Adı veya Ticaret Ünvanı - Kaşe/İmza

Alım kısmi teklife kapalıdır.

Adres:Atalay Cad. Erzurum Yolu Üzeri Otogar Karşısı AĞRI
Telefon: 04722156363 Faks:
E-Posta: satinalma004@gmail.com Web:

AĞRI DEVLET HASTANESİ
ACİL MÜDAHALE SETİ İLAÇ/MALZEME GÜNLÜK KONTROL FORMU

KOD:HB.FR.11	YAYIN TARİHİ:28.05.2019	REV.TARİHİ:00	REV NO:00	Sayfa 1 / 2

	İlgili Ay: Bölüm Adı:																																		
	1.Çekmece	MİN. STOK	MAX. STOK	KRİTİK STOK	SON KUL. TARİHİ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1	Adrenalin 0.5 mg amp																																			
2	Atropin amp																																			
3	Aritmal amp																																			
4	Aminocardol amp.																																			
5	Avil amp.																																			
6	Beloc amp.																																			
7	Calcium amp.																																			
8	Codorone amp.																																			
9	Dekort amp.																																			
10	Digoxin amp.																																			
11	Diltizem amp.																																			
12	Diprivan amp.																																			
13	Dopamin amp.																																			
14	Heparin flk.																																			
15	Lasix amp.																																			
16	Magnezyum amp.																																			
17	Perlinganit amp.																																			
18	Prednol 20mg amp.																																			
19	Prednol 40 mg amp.																																			
20	Prednol 250 mg amp.																																			
21	Potasyum amp.																																			
22	Sodyum bikarbonat amp.																																			
23	Transamin amp.																																			
24	Ulcuran amp.																																			
25																																				
	2.Çekmece																																			
26	Branül No:18																																			
27	Branül No:20																																			
28	Branül No:22																																			
29	Branül No:24																																			
30	Serum seti																																			
31	Bistüri																																			
32	Elektrod																																			
33	Flaster																																			
34	Turnike																																			
35	Enjektör 2cc																																			
36	Enjektör 5cc																																			
37	Enjektör 10cc																																			
38	Enjektör 20cc																																			
39	Kan tüpleri																																			
40	Pamuk(kilitli poşet içinde)																																			
41																																				
Kontrol Eden Adı Soyadı İmza																																				
Sorumlu Adı Soyadı İmza																																				

AĞRI DEVLET HASTANESİ
ACİL MÜDAHALE SETİ İLAÇ/MALZEME GÜNLÜK KONTROL FORMU

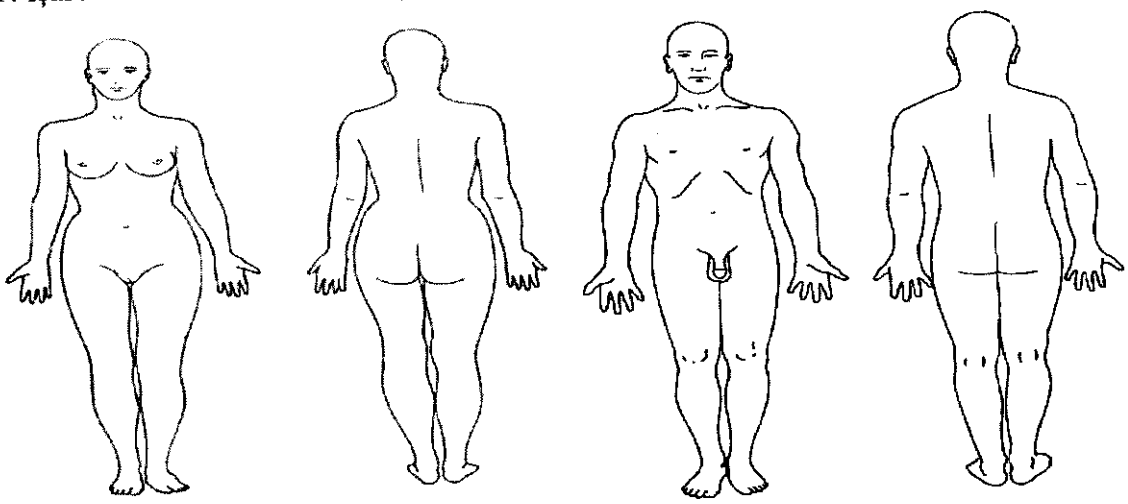
KOD:HB.FR.11	YAYIN TARİHİ:28.05.2019	REV.TARİHİ:00	REV NO:00	Sayfa 2 / 2

İlgili Ay:
Bölüm Adı:

3.Çekmece	MİN. STOK	MAX. STOK	KRİTİK STOK	SON KUL. TARİHİ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Foley Sonda No:14																																			
Foley Sonda No:16																																			
Foley Sonda No:18																																			
Foley Sonda No:20																																			
İdrar Torbası																																			
Katajel																																			
Nonsteril Eldiven																																			
Steril Eldiven																																			
Steril Spanç																																			
Cerrahi Maske																																			
4.Çekmece																																			
İzotonik																																			
%5 Dextroz																																			
Ringer Laktat																																			
5.Çekmece																																			
Nazogastrik Sonda No:12																																			
Nazogastrik Sonda No:14																																			
Nazogastrik Sonda No:16																																			
Aspirasyon Sondası No:6																																			
Aspirasyon Sondası No:8																																			
Aspirasyon Sondası No:10																																			
Aspirasyon Sondası No:12																																			
Aspirasyon Sondası No:14																																			
Aspirasyon Sondası No:16																																			
Laringoskop Seti																																			
Laringeal Maske (LMA)																																			
Ambu+Maske																																			
Airway No:1																																			
Airway No:2																																			
Airway No:3																																			
Airway No:4																																			
Entübasyon Tüpü No:																																			
Entübasyon Tüpü No:																																			
Entübasyon Tüpü No:																																			
Entübasyon Tüpü No:																																			
Entübasyon Tüpü No:																																			
Entübasyon Tüpü No:																																			
Entübasyon Tüpü No:																																			
Entübasyon Tüpü No:																																			
Kontrol Eden Adı Soyadı İmza																																			
Sorumlu Adı Soyadı İmza																																			

	AĞRI DEVLET HASTANESİ TARAF İŞARETLEME KONTROL FORMU			
KOD:HB.FR.24	Y.TARİHİ: 01.09.2013	REV. TARİHİ:29.07.2019	REV.NO:02	SAYFA NO:1/1

NOT: İşaretleme doktor tarafından yapılacaktır.



☐ İşaretleme hem hasta hem form üzerinde yapılmıştır

HASTANIN	
ADI SOYADI:	PROTOKOL NO:
CİNSİYETİ:	DOĞUM TARİHİ:

KLİNİĞİ:.....
YAPILACAK AMELİYAT:.....

CERRAHİ BÖLGE:.....

DOĞRU HASTA ☐

DOĞRU İŞLEM ☐

DOĞRU TARAF ☐ SAĞ ☐ SOL

ÇOKLU ORGAN(parmak vb) ☐ EVET ☐ HAYIR

SEVİYE VAR MI?(vertebra vb) ☐ EVET ☐ HAYIR

İŞARETLEME GEREKİYOR MU? ☐ EVET ☐ HAYIR

EVET İSE YAPILDI MI? ☐ EVET ☐ HAYIR

KONTROLÜ YAPANIN	KONTROLÜN YAPILDIĞI
ADI SOYADI:	TARİH:
İMZASI:	SAAT:

Sayın Hasta, Sayın Veli/Vasi
Genel veya lokal anestezi kullanılır. Penis ucunu çepeçevre saran sünnet derisi cerrahi olarak çıkarılacak ve kalan deri penis ucuna çepeçevre dikilecektir.

B- ANESTEZİ
Anestezi ve içerdiği riskler hakkında bilgi edinmek için '' anestezi hakkında'' bilgilendirme sayfalarına bakınız. Eğer herhangi bir endişeniz varsa konu hakkında anestezistiniz ile konuşabilirsiniz. Bilgilendirme sayfası size verilmemişse lütfen bir tane isteyiniz.
Hastalığınız hakkında bilmeniz gerekenler: Sünnet derisi altında enfeksiyon vardır. Sünnet derisi tam açılamamakta ve beyaz renkli akıntı olmaktadır.
Ameliyatın süresi: Normal şartlarda 20-30dk olup ameliyatın seyrine göre ve hasta faktörlerine bağlı değişebilir.
Alternatif Tedaviler: Sünnetin alternatifi bulunmamaktadır.
Sünnet Uygulanmazsa Neler Gelişir?
Sünnet derisi yapışıklığı varsa sorun giderilemez.
Sünnet derisi enfeksiyonu ilerleyebilir. Deri altı apse oluşabilir.
Sık enfeksiyona bağlı nadir de olsa penis kanseri gelişebilir. İleri cerrahi ve medikal tedaviler gerekebilir.
İşlemden Beklenen Faydalar:

C- BİR AMELİYATIN GENEL RİSKLERİ (genel anestezi için)
a- Akciğerlerin küçük bölgeleri kapanabilir, bu da akciğer enfeksiyonu riskini artırabilir. Antibiyotik tedavisi ve fizyoterapi gerekebilir.
b- Bacaklardaki pıhtılaşmalar (derin ven trombozu) ağrı ve şişmeye neden olabilir. Nadiren bu pıhtıları bir kısmı yerinden kopup akciğere gider ve ölümcül olabilir.
c- Kalbin yükünün artması nedeniyle kalp krizi gelişebilir.
d- İşlem nedeniyle ölüm olabilir.

D- BU AMELİYATIN RİSKLERİ
Bu ameliyatın taşıdığı bazı riskler/ komplikasyonlar vardır. Ameliyattaki riskler:
1. Penis, estetik olarak memnun edici görüntüde olmayabilir
2. İşlem sırasında penis uç kısmı yaralanabilir. Bu durumda ek cerrahi girişim gerekebilir.
3. Ameliyat sonrası işlemin uygulandığı bölgede kanama olabilir. Bu durumda ek tedavi uygulanabilir (< % 0,1).
4. Fazla sünnet derisi kalırsa işlemi tekrarlama ihtiyacı olabilir.
5. Oluşan skar dokusu, idrarın penis ucundan akışını engelleyebilir. Bu durumda ek cerrahi girişim gerekebilir (Çok nadir).
6. Enfeksiyon çocuklarda kana karışabilir. Bu durumda antibiyotik tedavisi uygulanabilir.

Hastanın girişimin şekli, zamanı, yan etkileri, başarı oranı ve başarıdan ne kastedildiği, girişim sonrası ile ilgili soruları:
• Tedaviye yanıt vermeyen fimozis (sünnet derisi yapışıklığı), sık idrar yolu enfeksiyonu geçirilmesi, vezikoüreteral reflü (idrarın mesaneden böbreğe geri kaçışı), işeme bozukluğu ve balanit (penis başı enfeksiyonu) varlığında planlanarak, parafimozis (sünnet derisinin geri çekilmesi ve yerine getirilememesi durumunda kanlanmanın bozulması) varlığında ise acilen yapılması gereklidir
• Ameliyatın yapılış şekli yukarıda tariflenmiştir.
• Bu ameliyatın taşıdığı bazı riskler/ komplikasyonlar mevcut olup bunlar yukarıda belirtilmiştir.
• İşlemin başarısı fazla olan sünnet derisinin çıkarılması olarak kabul edilir. İşlemin başarısı % 95-100 arasında değişmektedir

Girişimden önce hastanın dikkat etmesi gereken hususlar:
Aspirin gibi kan sulandırıcı ilaçları 1 hafta önceden kesmelisiniz.
Girişimden sonra hastanın dikkat etmesi gereken hususlar:
2 gün antiseptik solüsyonla penis başını silmelisiniz.1 hafta dikişler dökülene kadar banyo yapmamalısınız.

HASTA, VELİ VEYA VASİNİN ONAM AÇIKLAMASI:

- Doktorum bana sağlık durumum ile ilgili gerekli açıklamaları yaptı.
- Planlanan tedavi/girişimin ne olduğu, gerekliliği, girişimin seyri ve diğer tedavi seçenekleri, bunların riskleri, tedavi olmadığım taktirde ortaya çıkabilecek sonuçlar, tedavinin başarı olasılığı ve yan etkileri hakkında ayrıntılı bilgi edindim.
- Tedavi/girişim'den önce ve sonra dikkat etmem gereken hususları anladım.
- Tanı/tedavi/girişim sırasında benimle ilgili tüm dokümanların ve alınan örneklerin eğitim amaçlı kullanılabileceği açıklandı.
- Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı.
- Tedavi/girişim uygulayacak kişiler hakkında bilgi edindim.
- Aklım başımda ve kendimi karar verecek yeterlilikte görüyorum.
- İstemediğim taktirde tedavi/girişime onam vermek zorunda olmadığımı ve/veya istediğim aşamada işlemi durdurabileceğimi biliyorum.

HASTANIN/ VELİ/VASİ VEYA YAKINININ (YAKINLIK DERECESİ)
ADI,SOYADI:..... **İMZASI:**.....
SAAT: **TARIH:..../..../20...**

ŞAHİDİNADISOYADI:..... **İMZASI:**.....
SAAT: **TARIH:..../..../20...**

NOT: Hastanın onam veremeyecek durumda olması halinde, onam alınan kişinin kimlik bilgileri ve imzası alınır.Hastanın Velisinin (Ebeveynin) ikisinin de imzalaması gereklidir. Eğer velilerden yalnız birinin imzası varsa, imzalayan çocuğun bakımını kendi başına üstlendiğini veya diğer velinin izninin bulunduğunu kanıtlamalıdır. Yazılı olarak kaldırılma talebim olmadıkça mükerrer yapılan aynı işlemler için (örneğin diyalize girme, kan transfüzyonu, belden sıvı alma, kemoterapi, radyoterapi, yatış süresinde bir seri aynı şekilde tıbbi veya cerrahi tedavinin uygulanacağı diğer hallerde v.b.) bu **onam** geçerli olacaktır.

HASTA İLE DİREKT İLETİŞİMİN KURULAMADIĞI DURUMDA İLETİŞİMİ SAĞLAYAN KİŞİNİN (ÖRNEĞİN TERCÜMAN):
Adı,soyadı: .....

Adresi:.....

DOKTORUN BEYANI

- Ben "Aydınlatılmış Hasta **Onam Formu**" içindeki bilgileri hastanın kendisine, ebeveynine veya yakınlarına yapabileceğim en iyi şekilde aktardım
- Hastaya soru sorması için fırsat verdim ve bu soruları yanıtladım.

DOKTORUN ADI SOYADI:.....
İMZASI-KAŞESİ:.....
TARIH:..../..../20... Saat:

HAZIRLAYAN Üroloji Uzmanı	KONTROL EDEN Hatice ŞAHİN Kalite Birim Sekreteri	ONAYLAYAN Hastane Yöneticisi

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

AĞRI DEVLET HASTANESİ
GENEL YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ
HASTA TAKİP ÇİZELGESİ FORMU

KOD: YB 19 01	YAYIN TARİHİ: 23.07.2019	REVİZYON: 01	REV. TARİHİ:	SAYFA NO: 01

ADI SOYADI :
YAŞ :
PROTOKOL NO :
GELİŞ SEVİSİ :
AĞIRLIK:
BOY:
TARİH :
CİNSİYET :
YATIŞ TARİHİ :
KALDIĞI GÜN :
İZOLASYON :
KAN GRUBU :
ACİL TELEFON :

VERİLEN İLAÇLAR

SIVI TEDAVİSİ

ÖN TANI/TANI:

SAYI

KAN DEĞERLERİ

HEMODİNAMİK TAKİBİ

SOLUNUM BİLGİLERİ

MİDE BİLİNÇ TAKİBİ

KATETERLER

TANI VE İŞLEMLERİ

HEMŞİRE GÖZLEM	
08:00 - 16:00	16:00 - 08:00

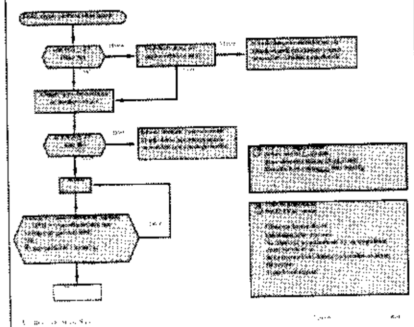
Doktor Notları:

ISIK REAKSİYONU VAR YOK

BASI YARASI RİSKİ (BRADEN)

ÖDEM	GÜNDÜZ	GECE	VAR İSE SORGULANACAKTIR

Sepsis Tanı Kriterleri



NUTRİC SKOR DEĞİŞKENLERİ

Yaş	<50	0
	50-<75	1
	≥75	2
APACHE II	<15	0
	15-<20	1
	20-28	2
	≥28	3
SOFA	<6	0
	6-<10	1
	≥10	2
Komorbidite sayısı	0-1	0
	≥2	1
	0-<1	0
	≥1	1
IL-6	0-<400	0
	≥400	1

	SABAH	AKŞAM

YAPILACAKLAR

Konsültasyonlar?

Sosyal

Doktor

HEMŞİRE GÖZLEM	
08:00 - 16:00	16:00 - 08:00

Doktor Notları:

BAKIMLAR	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	00	01	02	03	04	05	06	07
[illegible]																								
Oksijenasyon																								
[illegible]																								
Ağız Bakımı																								
[illegible]																								
Yara Bakımı																								
[illegible]																								
Trakeostomi Bakımı																								
[illegible]																								
Pozisyon Verme																								
[illegible]																								
[illegible]																								
[illegible]																								
Dren Bakımı																								
IV Kanül Bakımı																								
PEG Bakımı																								
[illegible]																								
S.C. [illegible] Bakımı																								
[illegible]																								
[illegible]																								
[illegible]																								

BAKIM VE DEĞİŞİM TARİHLERİ		
[illegible]	[illegible]	[illegible]
Yatak Banyosu	[illegible] Değişimi :	Perfüzyon Seti Değişimi
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible] Kateter Değişimi :	

1. Santral Kateter İçin	
VAR	☐
YOK	☐
2. Nazogastrik Sonda İçin	
VAR	☐
YOK	☐
4. Foley Sonda İçin	
VAR	☐
YOK	☐
3. Entübasyon - Trakeostomi İçin	
VAR	☐
YOK	☐

Ventilasyon	
☐ Bağlı	
☐ Bağlı değil	
Tüp Değişimi :	Saat:

İTAKİ (Düşük Risk < 5, Yüksek Risk ≥ 5) 1.İlk Değerlendirme 2.Post-Op Dönem 3.Hasta Düşmesi 4.Bölüm Değişikliği 5.Durumunda Değişiklik 6.Haftada Bir düşük risk 7.Her gün Yüksek Risk			
MİNÖR RİSK FAKTÖRLERİ	65 Yaş ve üstü	1	
	Bilinç kapalı	1	
	Son bir ay içinde düşme öyküsü var	1	
	Kronik hastalık öyküsü var	1	
	[illegible]	1	
	[illegible] var	1	
	Üriner fekal kontinans bozukluğu var	1	
	Genel durumu zayıf	1	
	[illegible] kullanımı var	1	
	Hastaya bağlı ekipman var (IV infüzyon, Solunum Cihazı, Kalıcı kateter, Dren, Pacemaker)	1	
	Yatak korkulukları [illegible]	1	
	Yatağa alınmasında fiziksel engeller var	1	
MAJÖR RİSK FAKTÖRLERİ	Bilinç açık, Koopere değil	5	
	Ayakta/yürürken denge problemi var	5	
	Baş dönmesi var	5	
	Ortostatik hipotansiyonu var	5	
	Görme engeli var	5	
	Bedensel engeli var	5	
	Hastada [illegible] 3 ve üstü [illegible] var	5	
	Son bir hafta içinde aşağıdaki ilaçları kullanım varlığı (narkotikler, antiepileptikler, [illegible], diüretikler, laksatifler, antihipertansifler, antidepresanlar, [illegible])	5	
TOPLAM PUAN			
Değerlendiren Hemşire Adı-Soyadı-İmza			

ALDIĞI ÇIKARDIĞI SIVI TAKİBİ			
TARİH :			
SAAT	ALDIĞI	ÇIKARDIĞI	TAKİP EDEN
08-16			
16-24			
24-08			
TOPLAM			
BALANS			

AĞRI DEVLET HASTANESİ
PALYATİF BAKIM MERKEZİ
HASTA TAKİP ÇİZELGESİ FORMU

KOD:PAL.FR.04	YAYIN TARİHİ: 26.07.2019	REVİZYON TARİHİ:00	REVİZYON NO:00	Sayfa 1 / 2

ADI SOYADI :
YAŞ :
PROTOKOL NO : AĞIRLIK:
GELİŞ SEVİSİ : BOY:

TARİH :
CİNSİYET :
YATIŞ TARİHİ :
KALDIĞI GÜN :

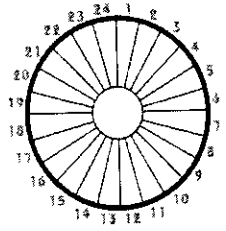
İZOLASYON :
KAN GRUBU :
ACİL TELEFON :

VERİLEN TEDAVİ (İlaçlar - Serum Vitamin - Diyet)	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	00	01	02	03	04	05	06	07
Laboratuvar Sonuçları																								
Tedavi Uygulamaları																								
Ağrı Skala Takibi																								
Diğer																								

HASTA YATIŞ POZİSYONU TAKİBİ

Bası Yarası	Var / Yok

POZİSYON				
08:00				
10:00				
12:00				
14:00		M:	Mobilize	
16:00		L:	Sol yan	
18:00		R:	Sağ yan	
20:00		P:	Prone	
22:00		S:	Supine	
24:00		O:	Oturur	
02:00				
04:00				
06:00				



Hareket Kısıtlaması

Hareket Kısıtlaması : Var / Yok

Bağlı Bölgelerin Bakımı ve Kontrolü

Saat	08:00	10:00	12:00	14:00	16:00	18:00	20:00	22:00	24:00	02:00	04:00	06:00

Defekasyon (Gaita)
Yaptı
Yapmadı
İdrar
Yaptı
Yapmadı

BASI YARASI RİSKİNİ ÖLÇME FORMU (BRADEN SKALASI)

Duyusal Algılama	Puan	Nem	Puan	Aktivite	Puan	Hareket	Puan	Beslenme	Puan	Sürtünme ve Tırtıklanma	Puan	Toplam Puan
[illegible]	1	[illegible]	1	[illegible]	1	[illegible]	1	[illegible]	1	[illegible]	3	
[illegible]	2	[illegible]	1	[illegible]	1	[illegible]	1	[illegible]	1	[illegible]	3	
[illegible]	3	[illegible]	2	[illegible]	2	[illegible]	2	[illegible]	1	Normal	1	
[illegible]	4	[illegible]	3	[illegible]	1	[illegible]	3	[illegible]	1			

DERİM	GENİZ	GÖZ	SAĞLIK SORUNLARI VE ÖZELLİKLER
[illegible]			[illegible]
[illegible]			[illegible]
[illegible]			[illegible]
[illegible]			[illegible]
[illegible]			[illegible]
[illegible]			[illegible]
[illegible]			[illegible]
[illegible]			
[illegible]			