



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ & ΑΙΓΑΙΟΥ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ «ΤΖΑΝΕΙΟ»
ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΜΗΘΕΙΩΝ
ΓΡΑΦΕΙΟ ΠΡΟΜΗΘΕΙΩΝ
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ: ΚΑΡΔΑΣΗ ΧΡΙΣΤΙΝΑ
ΤΗΛ: 210 - 4592158
Fax: 210 - 4592597
Email: mprom1@tzaneio.gov.gr

Αριθμ. Πρωτ. 6934

Πειραιάς: 09/05/2024

ΠΡΟΣΟΧΗ ΤΟ EMAIL ΑΛΛΑΞΕ ΕΙΝΑΙ ΤΟ mprom1@tzaneio.gov.gr

Δημόσια ανοικτή διαδικασία
συλλογής προσφορών υλικών

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΤΟΥ ΔΙΑΓΩΝΙΣΜΟΥ - ΣΥΝΟΠΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΕΙΔΟΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ	Ανοικτή
ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΚΑΤΑΚΥΡΩΣΗΣ	Η χαμηλότερη τιμή
ΧΡΟΝΟΣ ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑΣ	17/05/2024
ΩΡΑ:	12:00 μ.μ.,
ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΙΔΩΝ	Όπως αναλυτικά αναφέρεται στα Παραρτήματα Α – Δ

ΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ «ΤΖΑΝΕΙΟ»

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις, όπως ισχύουν:

1.1. Του Ν. 4412/2016 «Δημόσιες Συμβάσεις Έργων, Προμηθειών και Υπηρεσιών»

(ΦΕΚ 147 / 08-08-2016)

1.2. Του Ν. 3580/2007 «Προμήθειες Φορέων εποπτευόμενων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και άλλες διατάξεις» (Φ.Ε.Κ. Α΄ 134 / 18-6-2007).

1.3. Του Ν. 2955/2001 «Προμήθειες Νοσοκομείων και λοιπών μονάδων υγείας των Πε.Σ.Υ. και άλλες διατάξεις» (Φ.Ε.Κ. Α΄ 256 / 2-11-2001), όπως τροποποιημένος ισχύει.

1.4. Του Ν. 2362/1995 «Περί Δημοσίου Λογιστικού, ελέγχου των δαπανών του Κράτους και άλλες διατάξεις» (Φ.Ε.Κ. Α΄ 247 / 27-11-1995), όπως ισχύει.

1.5. Του Ν. 4152 / 2013 (Φ.Ε.Κ. 107 Α΄ / 9-5-2013), Παράγραφος Ζ : Προσαρμογή της Ελληνικής Νομοθεσίας στην οδηγία 2011 / 7 της 16-2-2011 για την καταπολέμηση των καθυστερήσεων πληρωμών στις εμπορικές συναλλαγές.

1.6. Του Ν. 4605 / 01-04-2019 άρθρο 43, Παράγραφος 7 αγ.

ΠΡΟΣΚΑΛΕΙ

- 1.** Κάθε ενδιαφερόμενο, να καταθέσει προσφορά για προμήθεια υλικών με κριτήριο κατακύρωσης **τη χαμηλότερη τιμή η οποία θα είναι ίση ή μικρότερη του τελευταίου παρατηρητηρίου τιμών**, όπως αυτό αναρτάται στην ιστοσελίδα της Επιτροπής Προμηθειών Υγείας.
- 2.** Δικαίωμα Συμμετοχής στη διαδικασία έχουν οι αναφερόμενοι κατωτέρω, εφόσον ασκούν εμπορική ή βιομηχανική ή βιοτεχνική δραστηριότητα συναφή με το αντικείμενο της προμήθειας: α) Όλα τα φυσικά ή νομικά πρόσωπα, ημεδαπά ή αλλοδαπά. β) Ενώσεις προμηθευτών που υποβάλλουν κοινή προσφορά. γ) Συνεταιρισμοί.
- 3.** Περιγραφή των ζητούμενων κατηγοριών ειδών γίνεται στο **παράρτημα Α** της παρούσας και στο **παράρτημα Δ (Τεχνικές προδιαγραφές)**.
- 4.** Οι προσφορές μπορούν να κατατίθενται μέχρι και την ημερομηνία και ώρα της διαδικασίας **στο mail της Υπηρεσίας mprom1@tzaneio.gov.gr**
Σε περίπτωση που ο όγκος των δικαιολογητικών είναι μεγάλος , παρακαλείστε όπως κατατεθούν σε φάκελο στο Γραφείο Πρωτοκόλλου του Νοσοκομείου (με επισήμανση του αριθμού πρωτοκόλλου της ανάρτησης).

Κατά τα λοιπά, η διαδικασία θα διενεργηθεί και η προμήθεια θα υλοποιηθεί σύμφωνα με τα παρακάτω **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ** που επισυνάπτονται στην παρούσα και αποτελούν αναπόσπαστο μέρος αυτής.

1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΖΗΤΟΥΜΕΝΩΝ ΚΑΤΗΓΟΡΙΩΝ ΕΙΔΩΝ	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α΄
2. ΟΡΟΙ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β΄
3. ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ ΠΙΝΑΚΑ	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ΄
4. ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΕΣ	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ΄

Οι ενδιαφερόμενοι θα έχουν δυνατότητα ελεύθερης πρόσβασης στο πλήρες κείμενο αυτής (συμπεριλαμβανομένων όλων των παραρτημάτων της), σε ηλεκτρονική μορφή, στην ιστοσελίδα του Νοσοκομείου στο διαδίκτυο (ηλεκτρονική διεύθυνση: www.tzaneio.gov.gr).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α΄

Α/Ε	ΑΔΑ	ΕΙΔΟΣ	ΤΕΜΑΧΙΑ	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΧΩΡΙΣ ΦΠΑ	ΤΜΗΜΑ	ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ
1216/12-03-2024	93ΤΛ46906Κ-ΕΡ8	13308006 - ΔΕΛΤΙΑ ΔΙΑΙΤΑΣ 50 ΦΥΛ. ΤΡΙΠΛΟΤΥΠΑ ΧΗΜΙΚΑ ΔΕΜΕΝΑ. (ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΕΣ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ)	300 ΤΕΜ	1.350 €	ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΛΙΚΟΥ	Κα. ΜΙΧΑΛΕΤΤΟΥ ΤΗΛ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ 2104592350
		13309009 - ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ 50 ΦΥΛ. ΔΙΠΛΟΤΥΠΑ ΨΑΡΟΚΟΛΛΗΤΑ. (ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΕΣ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ)	100 ΤΕΜ	300 €		
		13324007 - ΠΑΡΑΠΕΜΤΙΚΑ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΓΙΑ ΟΜΑΔΑ, Rh, ΣΥΜΒΑΤΟΤΗΤΑ 100 Φ ΨΑΡΟΚ. (ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΕΣ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ)	300 ΤΕΜ	300 €		
1217/12-03-2024	6ΜΦΡ46906Κ-ΛΦΖ	13315038 - ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ 100 ΦΥΛ. ΨΑΡΟΚΟΛΛΗΤΑ. (ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΕΣ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ)	400 ΤΕΜ	1.120 €		
		13324025 - ΠΑΡΑΠΕΜΤΙΚΟ ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ. (ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΕΣ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ)	400 ΤΕΜ	480 €		
1199/12-03-2024	ΨΩΨ646906Κ-ΚΥΔ	13316013 - ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΙΜΟΔΟΤΗ (ΣΕ ΜΠΛΟΚ 100 ΣΕΛΙΔ.). ΕΚΤΥΠΩΣΗ ΔΙΠΛΗΣ ΟΨΗΣ ΕΓΧΡΩΜΗ (10.000 ΤΕΜ/100G/m ² ή 100 ΜΠΛΟΚ). (ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΕΣ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ)	100 ΤΕΜ	300 €		
ΌΛΑ ΤΑ ΥΠΟΔΕΙΓΜΑΤΑ ΕΙΝΑΙ ΜΕΤΑ ΣΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΟΥ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΟΣ Δ ΜΕ ΤΗ ΣΕΙΡΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΤΟΥΣ ΣΤΟΝ ΠΙΝΑΚΑ						

* ΟΙ ΠΡΟΣΦΟΡΕΣ ΔΕΝ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΞΕΠΕΡΝΟΥΝ ΤΑ ΤΕΣΣΕΡΑ ΔΕΚΑΔΙΚΑ ΨΗΦΙΑ.

ΠΡΟΣΟΧΗ ΤΟ EMAIL ΑΛΛΑΞΕ ΕΙΝΑΙ ΤΟ mprom1@tzaneio.gov.gr

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β΄

(Αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της διακήρυξης)

ΟΡΟΙ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

1. Η προσφορά θα πρέπει να έχει τη μορφή του πίνακα που επισυνάπτεται στο Παράρτημα Γ.

2. Υποχρεωτικά να δηλώνονται κωδικός Παρατηρητηρίου Τιμών, GMDN και κωδικός ΕΟΦ.

3. Η οικονομική προσφορά θα κατατίθεται αποκλειστικά σε **EURO**.

4. Γλώσσα: **Ελληνική**

5. Σε περίπτωση κατακύρωσης : α) η παράδοση θα γίνεται εντός τριών (3) εργασίμων ημερών από τη λήψη της παραγγελίας , εκτός αν ορίζεται διαφορετικά κατ'εξαίρεση, β) η παράδοση των ειδών θα γίνεται με φροντίδα και δαπάνες του Προμηθευτή, στις Αποθήκες της Υπηρεσίας μας.

6. Πληρωμή: Η πληρωμή θα γίνεται σε ευρώ, μετά από προηγούμενη θεώρηση των χρηματικών ενταλμάτων πληρωμής.

Οι υποψήφιοι υποβάλλουν επί ποινή απόρριψης την προσφορά τους

ηλεκτρονικά :

Σε περίπτωση μη υποβολής ή μη προσήκουσας υποβολής των αναφερόμενων πιο πάνω, η προσφορά απορρίπτεται ως απαράδεκτη.

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ΄
ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ ΠΙΝΑΚΑ**

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΝΤΟΛΗΣ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΙΔΟΥΣ	ΤΙΜΗ ΠΡΟΣΦΟΡΑΣ ΑΝΑ ΤΕΜΑΧΙΟ ΧΩΡΙΣ ΦΠΑ	ΚΩΔΙΚΟΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΤΗΡΙΟΥ	ΤΙΜΗ ΠΑΡΑΤΗΡΗΤΗΡΙΟΥ	ΚΩΔΙΚΟΣ ΕΜΠΟΡΙΟΥ	GMDN	ΚΩΔ. Ε.Ο.Φ .

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ´
ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΕΣ

ΕΝΤΟΛΗ 1216/12-03-2024

13308006 - ΔΕΛΤΙΑ ΔΙΑΙΤΑΣ 50 ΦΥΛ. ΤΡΙΠΛΟΤΥΠΙΑ ΧΗΜΙΚΑ ΔΕΜΕΝΑ.
13309009 - ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ 50 ΦΥΛ. ΔΙΠΛΟΤΥΠΙΑ ΨΑΡΟΚΟΛΛΗΤΑ.
13324007 - ΠΑΡΑΠΕΜΤΙΚΑ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΓΙΑ ΟΜΑΔΑ, Rh, ΣΥΜΒΑΤΟΤΗΤΑ 100 Φ ΨΑΡΟΚ.

ΑΕ1216 ΔΕΛΤΙΑ ΔΙΑΙΤΗΣ-ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ –ΠΑΡΑΠΕΜΤ.Rh

13308006 ΔΕΛΤΙΑ ΔΙΑΙΤΗΣ 50ΦΥΛΛΩΝ ΤΡΙΠΛΟΤΥΠΙΑ ΧΗΜΙΚΑ

ΜΕΓΕΘΟΣ ΣΕΛΙΔΑΣ 31CM ΟΡΙΖΟΝΤΙΑ X 33CM ΚΑΘΕΤΑ

ΤΡΙΠΛΟΤΥΠΙΟ ΚΑΡΜΠΟΝΙΖΕ ΑΣΠΡΟ-ΡΟΖ-ΚΙΤΡΙΝΟ

13309009 ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ 50 ΦΥΛΛΩΝ ΔΙΠΛΟΤΥΠΙΟ ΨΑΡΟΚΟΛΛΗΤΑ

ΜΕΓΕΘΟΣ ΣΕΛΙΔΑΣ 34.5 ΟΡΙΖΟΝΤΙΑ X 30.5 ΚΑΘΕΤΑ

ΔΙΠΛΟΤΥΠΙΟ ΚΑΡΜΠΟΝΙΖΕ ΑΣΠΡΟ –ΚΙΤΡΙΝΟ

13324007 ΠΑΡΑΠΕΜΤΙΚΑ ΓΙΑ Rh ,ΣΥΜΒΑΤΟΤΗΤΑ 100 ΦΥΛΛΩΝ ΨΑΡΟΚΟΛΛΗΤΑ

ΜΕΓΕΘΟΣ ΣΕΛΙΔΑΣ Α4 ,ΜΙΑ ΣΕΛΙΔΑ

ΟΛΑ ΤΑ ΕΝΤΥΠΙΑ ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΟΝΤΑΙ

ΕΝΤΟΛΗ **1217/12-03-2024**

13315038 - ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ 100 ΦΥΛ. ΨΑΡΟΚΟΛΛΗΤΑ.
13324025 - ΠΑΡΑΠΕΜΤΙΚΟ ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ.

ΑΕ1217 ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ –ΠΑΡΑΠΕΜΤΙΚΑ ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΩΝ

13315038 ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ 100 ΦΥΛΛΩΝ ΨΑΡΟΚΟΛΛΗΤΑ

ΜΕΓΕΘΟΣ ΕΠΙΦΑΝΕΙΑΣ 42CM ΟΡΙΖΟΝΤΙΑ Χ 30ΚΑΘΕΤΑ

13324025 ΠΑΡΑΠΕΜΤΙΚΑ ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ

ΜΕΓΕΘΟΣ ΕΠΙΦΑΝΕΙΑΣ 20 CM ΟΡΙΖΟΝΤΙΑ Χ 14CM ΚΑΘΕΤΑ

ΔΙΠΛΟΤΥΠΟ ΧΗΜΙΚΟ ΚΑΡΜΠΟΝΙΖΕ ΑΣΠΡΟ - ΚΙΤΡΙΝΟ

ΕΝΤΟΛΗ **1199/12-03-2024**

13316013 - ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΙΜΟΔΟΤΗ (ΣΕ ΜΠΛΟΚ 100 ΣΕΛΙΔ.). ΕΚΤΥΠΩΣΗ ΔΙΠΛΗΣ ΟΨΗΣ ΕΓΧΡΩΜΗ (10.000 ΤΕΜ/100G/m2
ή 100 ΜΠΛΟΚ).

ΑΕ 1199 ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΙΜΟΔΟΤΗ

13316013 ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΙΜΟΔΟΤΗ ΣΕ ΜΠΛΟΚ 100 ΦΥΛΛΩΝ ΨΑΡΟΚΟΛΛΗΤΑ

ΜΕΓΕΘΟΣ ΣΕΛΙΔΑΣ Α4- ΕΚΤΥΠΩΣΗ ΕΜΠΡΟΣ ΚΑΙ ΠΙΣΩ

ΤΟ ΕΝΤΥΠΟ ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΕΤΑΙ

ΑΚΟΛΟΥΘΟΥΝ ΤΑ ΥΠΟΔΕΙΓΜΑΤΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
 ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
 2η Υ.ΠΕ. ΠΕΙΡΑΙΩΣ & ΑΙΓΑΙΟΥ
 ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ
 «ΤΖΑΝΕΙΟ»
 ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ
ΕΙΔΟΣ ΝΑΡΚΩΣΗΣ

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ

ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ

ΚΛΙΝΙΚΗ

ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΕΠΕΜΒΑΣΗ

ΓΕΝ. ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ

ΟΝΟΜ/ΝΥΜΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΗΛΙΚΙΑ ΦΥΛΛΟ ΒΑΡΟΣ

ΕΚΤΑΚΤΟ

Ωρα έναρξης:

Ωρα λήξης :

ΠΕΡΙΟΧΙΚΗ

ΡΑΧΙΑΙΑ

ΕΠΙΣΚΛΗΡΙΔΙΟΣ

ΝΕΥΡΟΛΗΠΤ/ΣΙΑ

ΠΡΟΝΑΡΚΩΣΗ :

O₂ / N₂ O =

ΧΡΟΝΟΣ	Ω Ρ Ε Σ																ΣΦΥΞΕΙΣ	
	15'	30'	45'	60'	15'	30'	45'	60'	15'	30'	45'	60'	15'	30'	45'	60'		
200																		170
180																		150
160																		130
140																		110
120																		90
100																		70
80																		50
60																		30
40																		
20																		

ΤΑΚΤΙΚΟ

Ωρα έναρξης:

Ωρα λήξης :

ΘΕΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Γυναικολογική:

Υπτία

Πλαγία

Πρηνής

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:

Ελαβε στο χειρουργείο

ΥΓΡΑ:

ΑΙΜΑ:

ΠΑΡΑΓΩΝΤΕΣ
ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ

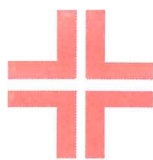
ΆΛΛΑ
ΦΑΡΜΑΚΑ

13309009

ΣΥΝΟΛΟ

ΟΥΡΑ ml

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
2^η Υ.ΠΕ. ΠΕΙΡΑΙΩΣ ΚΑΙ ΑΙΓΑΙΟΥ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ "ΤΖΑΝΕΙΟ"
ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ:

A1

804

Προς: ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ

Ημ/νία:

Αρ. Μητρ. Ασθ.:

ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΟΜΑΔΑΣ ΑΙΜΑΤΟΣ ABO, Rh ΚΑΙ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΣΥΜΒΑΤΟΤΗΤΑΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Πατρώνυμο:	<input type="text"/>
Ηλικία:	<input type="text"/>	Κλινική:	<input type="text"/>	Ημ/νία εισόδου:	<input type="text"/>
Διάγνωση:	<input type="text"/>				

Εάν προβλέπεται μετάγγιση, να συμπληρωθούν τα κάτωθι:

Προηγήθηκαν άλλες μεταγγίσεις; ΟΧΙ: ΝΑΙ: Πότε;

Παρατηρήθηκαν αντιδράσεις; ΟΧΙ: ΝΑΙ: Ποιες;

Αναφέρεται σε γυναίκες: Αριθμός τοκετών:

Αναφέρεται στο αναμνηστικό γέννηση νεκρού εμβρύου, αυτόματες εκβολές, αιμολυτική νόσος του νεογνού;

Όνοματεπώνυμο διενεργήσαντος την αιμοληψία:

Σημειώστε την περίπτωση:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Μετάγγιση εξαιρετικά επείγουσα
Σημειώνεται ΜΟΝΟ σε περίπτωση απόλυτης ανάγκης και με ευθύνη του εντέλλοντος την μετάγγιση ιατρού, ο οποίος υποχρεούται να βεβαιώσει το επείγον ενυπογράφως. Κάθε βεβαιωμένη εξέταση συμβατότητας δημιουργεί σοβαρότατους κινδύνους. | <input type="checkbox"/> Μετάγγιση κατά την εγχείρηση
Ημερομηνία: <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Μετάγγιση ευθύς ως γίνουν οι εξετάσεις συμβατότητας | <input type="checkbox"/> Προληπτική εξέταση συμβατότητας |
| <input type="checkbox"/> Μετάγγιση μη επείγουσα | <input type="checkbox"/> Καθορισμός ομάδας αίματος |

Αιτούμενη ποσότητα: Ολικού αίματος, μονάδες:
(Μονάδα αίματος = 450ml)

Πλάσματος, μονάδες:
(Μονάδα αίματος = 450ml)

Συμπυκνωμένων ερυθρών, μονάδες:

Πλυμένων ερυθρών, μονάδες:

Ημερομηνία:

Ο/Η υπεύθυνος ιατρός

Συμπληρώνεται από το Εργαστήριο της Αιμοδοσίας

Ομάδα ABO: Rh Φαινότυπος Rh

Αριθμοί Μονάδων	ABO και Rh	Σε φ.ο.	Σε λεύκωμα	Βρομελαΐνη	Coombs



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
2η Υ.ΠΕ. ΠΕΙΡΑΙΩΣ ΚΑΙ ΑΙΓΑΙΟΥ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ «ΤΖΑΝΕΙΟ»
ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ :

11
401

Αριθμ. Μητρ. Ασθ.:
Θάλαμος: Κλίνη:

ΦΥΛΛΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο :	Όνομα :	Πατρώνυμο :
Διεύθυνση :	Τ.Κ. - Πόλη :	Τηλ :
Ηλικία :	Επάγγελμα :	Οικογ. κατάσταση :

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΛΗΣΙΕΣΤΕΡΟΥ ΣΥΓΓΕΝΟΥΣ

Επώνυμο :	Όνομα :	Τηλ :
Συγγένεια :		

ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ

ΠΑΡΟΥΣΑ ΝΟΣΟΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
2η Υ.ΠΕ. ΠΕΙΡΑΙΩΣ ΚΑΙ ΑΙΓΑΙΟΥ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ «ΤΖΑΝΕΙΟ»

ΑΡ. ΜΗΤΡ. ΑΣΘ. :
ΘΑΛΑΜΟΣ : ΚΑΙΝΗ :

ΚΑΙΝΗΚΗ / ΤΜΗΜΑ :

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΑΡΑΓΓΕΛΙΑΣ :

ΠΑΡΑΤΗΜΑΤΙΚΟ ΠΑΡΑΚΑΙΝΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο: Όνομα: Πατρώνυμο:
 Ηλικία: Ασφ. φορέας: Α.Μ.Κ.Α.:

ΔΕΙΓΜΑ : Οπός Πλάσμα Ολικό αίμα Ούρα Άλλο

ΚΑΙΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Αιτούμενες Εξετάσεις	Χρέωση	Αιτούμενες Εξετάσεις	Χρέωση

13324025

Ο/Η Ιατρός

(αποστέλλει)



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ

ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΙΑΤΡΟΣ ΑΙΜΟΛΗΨΙΑΣ

Ημ/νία:

Barcode

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΙΜΟΔΟΤΗ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ ΑΙΜΟΔΟΤΗ (Συμπληρώνεται από τον αιμοδότη)

Επώνυμο:		Όνομα:	
Πατρώνυμο:		Μητρώνυμο:	
Ημ/νία γέννησης:	____/____/____	Φύλο:	Ο Άρρεν / Ο Θήλυ
Τόπος γέννησης (Χώρα – Περιφέρεια):		Μορφωτικό επίπεδο:	
Διεύθυνση (οδός – αρ.):		T.K. - Πόλη:	
Τηλ.:		Κιν.:	
		Email:	
Αρ. Εθνικού Μητρώου Αιμοδότη:		ΑΜΚΑ:	

Δίνω αίμα: (Συμπληρώνεται από τον αιμοδότη)

<input type="checkbox"/>	1. Εθελοντικά	
<input type="checkbox"/>	2. Για Σύλλογο Εθελοντών Αιμοδοτών	Αρ. Μητρώου Συλλόγου/Ομάδας Εθελοντών Αιμοδοτών:
<input type="checkbox"/>	3. Για Ομάδα Εθελοντών Αιμοδοτών	Σύλλογος/Ομάδα Εθελοντών Αιμοδοτών:
<input type="checkbox"/>	4. Για Ασθενή	Όνοματεπώνυμο ασθενή: Νοσοκομείο νοσηλείας:
<input type="checkbox"/>	5. Για Ένοπλες Δυνάμεις	Στρατόπεδο αιμοληψίας:
<input type="checkbox"/>	Δηλώνω ότι επιθυμώ να εκδοθεί στο όνομά μου ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΕΘΕΛΟΝΤΗ ΑΙΜΟΔΟΤΗ (δεν ισχύει για όσους προσφέρουν αίμα για συγγενικό περιβάλλον)	

ΠΡΟΣΟΧΗ! – ΠΟΙΟΣ ΔΕΝ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΔΩΣΕΙ ΑΙΜΑ

- Όποιος ή όποια είχε πολλούς ερωτικούς συντρόφους χωρίς τη συστηματική χρήση προφυλακτικού τους τελευταίους 12 μήνες.
- Όποιος ή όποια έχει κάνει ενδοφλέβια ή εισπνεόμενη χρήση ναρκωτικών τους τελευταίους 12 μήνες.
- Όποιος ή όποια έχει τους τελευταίους 12 μήνες σεξουαλική επαφή με σύντροφο που πληρωνόταν με χρήματα ή με ναρκωτικά για να κάνει σεξ.
- Όποιος ή όποια είχε πάρει PrEP/Truvada ή PEP για πρόληψη HIV προ ή μετά τη σεξουαλική επαφή αντίστοιχα.
- Όποιος ή όποια έχει κάνει χρήση ψυχοδραστικών ουσιών πριν και κατά τη διάρκεια σεξουαλικής επαφής (chemsex)
- Όποιος ή όποια έχει τους τελευταίους 12 μήνες σεξουαλική επαφή με σύντροφο θετικό για σύφιλη, HIV, ηπατίτιδα Β, ηπατίτιδα C
- Ερωτικοί, ερωτικές σύντροφοι πολυμεταγχιζόμενοι ατόμων
- Γενικά όποιος ή όποια νομίζει ότι υπάρχει πιθανότητα να έχει εκτεθεί στον ιό που προκαλεί AIDS ή κίνδυνο για άλλο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα.

Αν κάτι από τα παραπάνω σας απασχολεί, μπορείτε να το συζητήσετε με τον ιατρό της Αιμοδοσίας.

ΜΗ ΓΙΝΕΤΕ ΟΜΩΣ ΑΙΜΟΔΟΤΗΣ

Τα στοιχεία ταυτότητας αιμοδότη επιβεβαιώθηκαν από: (Συμπληρώνεται από την υπηρεσία αιμοδοσίας)

<input type="checkbox"/>	1. Ταυτότητα Εθελοντή Αιμοδότη	<input type="checkbox"/>	2. Αστυνομική Ταυτότητα	<input type="checkbox"/>	3. Ταυτότητα Ε.Δ./Σ.Α.
<input type="checkbox"/>	4. Διαβατήριο	<input type="checkbox"/>	5. Βιβλιάριο Υγείας	<input type="checkbox"/>	6. Άδεια Οδήγησης
<input type="checkbox"/>	7. Άδεια Παραμονής				
Αρ. δημοσίου εγγράφου:					

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΙΜΟΔΟΤΗ (Συμπληρώνεται από τον αιμοδότη)

Έχετε δώσει άλλη φορά;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Πότε δώσατε τελευταία φορά;	<input type="text"/>
	ΝΑΙ	ΟΧΙ		
Έχετε ποτέ αποκλειστεί από αιμοδοσία;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μεταδοτικό νόσημα στο περιβάλλον σας;	<input type="checkbox"/>
Είχατε προβλήματα υγείας παλαιότερα;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Λήψη φαρμάκων;	<input type="checkbox"/>
Είχατε ποτέ;			Τις τελευταίες 5 ημέρες ήπιατε ασπιρίνη;	<input type="checkbox"/>
Ίκτερο ή Ηπατίτιδα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Γεννηθήκατε ή ζήσατε ή ταξιδέψατε στο εξωτερικό;	<input type="checkbox"/>
Σύφιλη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Χάσατε βάρος – έχετε πυρετό ή αδένες διογκωμένους;	<input type="checkbox"/>
Ελονοσία/Φυματίωση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Έχετε υποστεί ποτέ μεταμόσχευση κερατοειδούς ή σκληρού χιτώνα στο μάτι σας;	<input type="checkbox"/>
Αναιμία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Έχετε ακούσει ότι στην οικογένειά σας υπάρχει κίνδυνος εμφάνισης της νόσου Creutzfeldt – Jakob (νόσος τρελών αγελάδων);	<input type="checkbox"/>
Έλλειψη G-6PD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Λήψη εκχυλισμάτων αυξητικής ορμόνης	<input type="checkbox"/>
Σπασμούς (ως ενήλικας)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ΚΑΝΑΤΕ:	
Λιποθυμίες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Εξαγωγή ή θεραπεία δοντιού την τελευταία εβδομάδα;	<input type="checkbox"/>
Καρδιοπάθεια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Εμβόλια την τελευταία εβδομάδα;	<input type="checkbox"/>
Προκάρδιους πόνους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Εγχείρηση ή ιατρικές εξετάσεις το χρόνο που πέρασε;	<input type="checkbox"/>
Υπέρταση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μετάγγιση αίματος ή παραγώγων αίματος τον τελευταίο χρόνο;	<input type="checkbox"/>
Διαβήτη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Τατουάζ ή τρύπημα αυτιών ή βελονισμό;	<input type="checkbox"/>
Ρευματοειδή αρθρίτιδα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Τρυπηθήκατε από βελόνα σύριγγας;	<input type="checkbox"/>
Αλλεργία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Κάποια πληγή ή αμυχή του δέρματός σας ή βλεννογόνο του στόματός σας ήρθε σε επαφή με ξένο αίμα;	<input type="checkbox"/>
Παθήσεις στομάχου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μήπως μέσα στο χρόνο που πέρασε ήσαστε έγκυος;	<input type="checkbox"/>
Έλκος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Κάνετε επικίνδυνο επάγγελμα ή χόμπι;	<input type="checkbox"/>
Χειρουργικές επεμβάσεις	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Παθήσεις των νεφρών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Άλλα νοσήματα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

- Δηλώνω ότι διάβασα και κατανόησα το εκπαιδευτικό υλικό που μου δόθηκε, μου δόθηκε η δυνατότητα να υποβάλλω ερωτήσεις, έλαβα ικανοποιητικές απαντήσεις και συγκατατίθεμαι εν επιγνώσει να προβώ στη διαδικασία αιμοδοσίας.
- Βεβαιώνω ότι το αίμα μου, είναι στη διάθεση της Υπηρεσίας Αιμοδοσίας για κάθε ασθενή που θα το χρειάζεται.
- Βεβαιώνω ότι όλες οι πληροφορίες που παρέχω είναι ακριβείς βάσει όσων γνωρίζω.
- Δηλώνω ότι έλαβα γνώση της τήρησης ηλεκτρονικού αρχείου (Εθνικό Μητρώο Αιμοδοτών), το οποίο περιέχει τα δεδομένα που απαιτεί νόμος και συνδέονται με την αιμοδοσία και το ιατρικό ιστορικό μου.
- Παρέχω ρητά με το παρόν τη συγκατάθεση μου για τη συλλογή, την αρχική και κάθε περαιτέρω επεξεργασία, απλών και ευαίσθητων δεδομένων μου προσωπικού χαρακτήρα που θα καταχωρούνται στην ως άνω ηλεκτρονική βάση δεδομένων (Εθνικό Μητρώο Αιμοδοτών), σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 2β και 7 του ν. 2472/1997 όπως τροποποιηθείς ισχύει και στη τήρηση του σχετικού αρχείου για το διάστημα και για τους σκοπούς που προβλέπει ο νόμος για την αιμοδοσία, την ασφάλεια του αίματος και την προστασία της δημόσιας υγείας, με την επιφύλαξη των δικαιωμάτων μου που προβλέπονται στα άρθρα 11-14 του ν. 2472/1997 για ενημέρωση πρόσβαση αντίρρηση και προσωρινή δικαστική προστασία.

Ο/Η Αιμοδότης

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΤΗΤΑΣ ΑΙΜΟΔΟΤΗ (Συμπληρώνεται από τον ενεργούντα την επιλογή)

Αρτηριακή Πίεση (συστ./διαστολ): mm/Hg Σφύξεις: /min Θερμοκρασία: °C Βάρος: Kg
Αιματοκρίτης: % Αιμοσφαιρίνη: gr/dl Ύψος: m

Δότης: Ολικού αίματος / Αιμοπεταλίων

Γενική Εντύπωση:

Ο αιμοδότης είναι κατάλληλος για αιμοδοσία: ΝΑΙ / ΟΧΙ

Ο/Η ενεργήσας την επιλογή

ΑΙΤΙΕΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ ΑΙΜΟΔΟΤΗ (Συμπληρώνεται από τον ενεργούντα την επιλογή)

Αιτίες αποκλεισμού:

Χρονικό διάστημα αποκλεισμού:

ΑΙΜΟΛΗΨΙΑ (Συμπληρώνεται από τον ενεργούντα την αιμοληψία)

Τύπος χρησιμοποιηθέντος ασκού αιμοληψίας:	<input type="checkbox"/> Διπλός <input type="checkbox"/> Τριπλός <input type="checkbox"/> Τετραπλός	<input type="checkbox"/> Παιδιατρικός <input type="checkbox"/> Λευκαφαιρεμένος
Η αιμοληψία ολοκληρώθηκε:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ

Ο/Η ενεργήσας την αιμοληψία