



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. 10210

Πειραιάς: 10/07/2024

**Δημόσια ανοικτή διαδικασία**

**συλλογής προσφορών υλικών : ΟΡΘΗ ΕΠΑΝΑΛΗΨΗ ΛΟΓΩ ΠΑΡΑΛΗΨΗΣ ΠΑΡΑΘΕΣΗΣ  
ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΕΠΑΚΤΑΣΗ ΤΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑΣ ΔΙΑΓΩΝΙΣΜΟΥ**

**ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΤΟΥ ΔΙΑΓΩΝΙΣΜΟΥ - ΣΥΝΟΠΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

<b>ΕΙΔΟΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ</b>	<b>Ανοικτή</b>
<b>ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΚΑΤΑΚΥΡΩΣΗΣ</b>	<b>Η χαμηλότερη τιμή</b>
<b>ΧΡΟΝΟΣ ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑΣ</b>	<b>15/07/2024</b>
<b>ΩΡΑ:</b>	<b>12:00 μ.μ.,</b>
<b>ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΙΔΩΝ</b>	<b>Όπως αναλυτικά αναφέρεται στα Παραρτήματα Α – Δ</b>

## **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](mailto: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.

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

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](http://www.tzaneio.gov.gr)).

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α΄**

<b>Α/Ε</b>	<b>ΑΔΑ</b>	<b>ΕΙΔΟΣ</b>	<b>ΤΕΜΑΧΙΑ</b>	<b>ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΧΩΡΙΣ ΦΠΑ</b>	<b>ΤΜΗΜΑ</b>	<b>ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ</b>
2335/01-07-2024	6ΗΗΙ46906Κ-7Β3	13308100 - ΜΠΛΟΚ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΟΔΗΓΙΩΝ ΨΑΡΟΚΟΛΛΗΤΑ 100/Φ (ΟΔΙΠΥ)	200 ΤΕΜ	360 €	ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΛΙΚΟΥ	Κα. ΜΙΧΑΛΕΤΤΟΥ ΤΗΛ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ 2104592350
		13308101 - ΜΠΛΟΚ ΙΣΟΖΥΓΙΟΥ ΥΓΡΩΝ ΨΑΡΟΚΟΛΛΗΤΑ 100/Φ (ΟΔΙΠΥ)	100 ΤΕΜ	180 €		
		13308102 - ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΤΙΜΑΛΦΩΝ & ΧΡΗΜΑΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΨΑΡΟΚ/ΤΑ 100/Φ (ΟΔΙΠΥ)	70 ΤΕΜ	126 €		
		13308103 - ΒΑΣΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΓΙΑ ΕΛΚΟΣ ΠΙΕΣΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΚΛΙΜΑΚΑ ΝΟΡΤΟΝ ΨΑΡΟΚ/ΤΑ 100/Φ (ΟΔΙΠΥ)	100 ΤΕΜ	180 €		
		13308104 - ΜΠΛΟΚ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΕΛΚΩΝ ΠΙΕΣΗΣ ΨΑΡΟΚ/ΤΑ 100/Φ (ΟΔΙΠΥ)	100 ΤΕΜ	180 €		
		13308105 - ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΖΩΤΙΚΩΝ ΣΗΜΕΙΩΝ ΨΑΡΟΚ/ΤΑ 100/Φ (ΟΔΙΠΥ)	200 ΤΕΜ	360 €		
		13308106 - ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΜΒΑΝΤΟΣ ΠΤΩΣΗΣ ΨΑΡΟΚ/ΤΑ 100/Φ (ΟΔΙΠΥ)	50 ΤΕΜ	90 €		

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

## 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'εξαιρεση, 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**

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

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ´**  
**ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΕΣ**

**ΕΝΤΟΛΗ 2335/01-07-2024**

ΤΑ ΕΝΤΥΠΑ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΕΓΧΡΩΜΑ ΣΕ ΜΕΓΕΘΟΣ Α4 ΜΟΝΟΦΥΛΛΑ 100 ΦΥΛΛΩΝ ΨΑΡΟΚΟΛΛΗΤΑ

ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΟΝΤΑΙ ΔΕΙΓΜΑΤΑ







ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ

ΑΡ.ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ:

ΑΡ.ΘΑΛΑΜΟΥ:

ΚΛΙΝΗ:

**ΙΣΟΖΥΓΙΟ ΥΓΡΩΝ**

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

ΩΡΑ	ΠΡΟΣΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΑ ΥΓΡΑ						ΑΠΟΒΑΛΛΟΜΕΝΑ ΥΓΡΑ			ΠΡΟΣΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΑ ΣΩΡΟΥ:	ΑΠΟΒΑΛΛΟΜΕΝΑ ΣΩΡΟΥ:	ΙΣΟΖΥΓΙΟ ΣΩΡΟΥ:	ΟΝΟΜ/ΜΟ/ ΥΠΟΓΡΑΦΗ:
	ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΣ			ΕΝΤΕΡΙΚΩΣ			ΕΙΔΟΣ	ΠΟΣΟ (ml)	ΟΝΟΜ/ΜΟ ΥΠΟΓΡΑΦΗ				
	ΕΙΔΟΣ	ΠΟΣΟ (ml/h)	ΡΟΗ (ml/h)	ΕΙΔΟΣ	ΠΟΣΟ (ml)	ΟΝΟΜ/ΜΟ ΥΠΟΓΡΑΦΗ							
07-08													
08-09													
09-10													
10-11													
11-12													
12-13													
13-14													
14-15													
ΣΥΝΟΛΟ													
15-16													
16-17													
17-18													
18-19													
19-20													
20-21													
21-22													
22-23													
ΣΥΝΟΛΟ													
23-24													
24-01													
01-02													
02-03													
03-04													
04-05													
05-06													
06-07													
ΣΥΝΟΛΟ													
ΣΥΝΟΛΟ 24ΩΡΟΥ													

ΙΣΟΖΥΓΙΟ 24ΩΡΟΥ:

3



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
Υπουργείο Υγείας  
2<sup>η</sup> Υ.Π.Ε. Πειραιώς κ Αιγαίου



ΚΩΔ.Ν011

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ

ΑΡ.ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: ...../...../.....

**ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΤΙΜΑΛΦΩΝ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

Επώνυμο:	Όνομα:	Πατρώνυμο:
Διεύθυνση:	Τ.Κ.-Πόλη:	Τηλέφωνο:
Ηλικία:	Αρ. Αστυνομικής Ταυτότητας:	
Στοιχεία πλησιέστερου ατόμου σε περίπτωση ανάγκης:	Επώνυμο:	Όνομα:
	Διεύθυνση:	Τηλέφωνο:

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΠΟΥ ΥΠΟΔΕΧΘΗΚΕ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ**

Τμήμα/Κλινική:	Ώρα:	Ημερομηνία παραλαβής:
----------------	------	-----------------------

**ΠΑΡΕΛΗΦΘΕΝΤΑ ΕΙΔΗ**

**A. ΧΡΗΜΑΤΑ:**

**B. ΕΓΓΡΑΦΑ:**

**Γ. ΤΙΜΑΛΦΗ (πολύτιμα αντικείμενα π.χ. κοσμήματα, ρολόγια):**

**Δ. ΙΜΑΤΙΣΜΟΣ:**

**ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ**

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1.		
2.		

**ΠΑΡΑΔΟΣΗ ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ/ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ Ή ΣΕ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ**

Παραδόθηκε στ...ν ..... με ΑΔΑΤ:.....

από τ...ν ..... με ΑΔΑΤ:.....

στις ...../...../..... τα παραπάνω είδη προς φύλαξη.

**ΠΑΡΑΛΑΒΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟ/ ΣΥΓΓΕΝΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΟ/ ΑΛΛΟ**

Τα παραπάνω είδη παραλήφθηκαν από τ...ν ..... του....., με ΑΔΑΤ:....., τηλ:..... στις ...../...../..... από τ...ν ..... με ΑΔΑΤ:.....

Και δηλώνεται ότι δεν υπάρχει καμία απώλεια. Σχέση με τον δικαιούχο:.....

<b>Ο ΠΑΡΑΔΙΔΩΝ (Ονοματεπώνυμο – Υπογραφή)</b>	<b>Ο ΠΑΡΑΛΑΒΩΝ (Ονοματεπώνυμο – Υπογραφή)</b>
---	---



ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ

ΑΡ.ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ:

ΑΡ.ΘΑΛΑΜΟΥ: ΚΛΙΝΗ:

**ΒΑΣΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΓΙΑ ΕΛΚΟΣ ΠΙΕΣΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΚΛΙΜΑΚΑ NORTON**

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

Επώνυμο:	Όνομα:	Πατρώνυμο:
Ημερομηνία Γέννησης:	Ηλικία:	
Διάγνωση:	Συνοδές Παθήσεις:	
Ημερομηνία Εισαγωγής:	Ημερομηνία Εξόδου:	

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**

ΦΥΣΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΒΑΘΜΟΙ								
Καλή	4								
Μέτρια	3								
Κακή	2								
Πολύ κακή	1								
<b>ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ</b>									
Διαύγεια	4								
Απάθεια	3								
Σύγχυση	2								
Κώμα	1								
<b>ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ</b>									
Περιπατητικός	4								
Περπατάει με βοήθεια	3								
Κάθεται στην καρέκλα	2								
Κατακεκλιμένος	1								
<b>ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ</b>									
Πλήρης	4								
Ελαφρά περιορισμένη	3								
Πολύ περιορισμένη	2								
Ακίνησια	1								
<b>ΑΚΡΑΤΕΙΑ</b>									
Απούσα/Καθετήρας	4								
Ακράτεια ούρων	3								
Ακράτεια κοπράνων	2								
Ακράτεια ούρων και κοπράνων	1								
<b>ΟΡΕΞΗ ΓΙΑ ΦΑΓΗΤΟ</b>									
Φυσιολογική	4								
Μικρή	3								
Ρινογαστρικός καθετήρας/Υγρά	2								
Τίποτε από το στόμα/Ανορεξία	1								
<b>ΣΩΜΑΤΙΚΟ ΒΑΡΟΣ</b>									
Φυσιολογικό βάρος	4								
Παχυσαρκία	3								
Καχεξία	2								
Οίδημα	1								
<b>SCORE</b>									
ΟΝΟΜ/ΜΟ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ									

**NORTON SCORE**

<b>SCORE &gt; 19:</b>	Επανεκτίμηση του ασθενούς με την κλίμακα Norton ανά πενήνήμερο.
<b>SCORE ≤ 19:</b>	Ασθενής υψηλού κινδύνου για ανάπτυξη κατακλίσεων, χρήζει υψηλής φροντίδας και παρακολούθησης ανα 3ήμερο.
<b>Ανεξαρτήτως SCORE:</b>	Επανεκτίμηση του ασθενούς κάθε εβδομάδα, μετά από χειρουργική επέμβαση, μετά από κάθε αλλαγή της κατάστασής του και πριν από την έξοδο από το νοσοκομείο.

5



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
Υπουργείο Υγείας  
2<sup>η</sup> Υ.Π.Ε. Πειραιώς κ Αιγαίου

οδipυ  
ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ  
ΑΝΤΙΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ  
ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

ΚΩΔ.Ν008

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ:

ΑΡ.ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:

ΑΡ.ΘΑΛΑΜΟΥ: ΚΛΙΝΗ:

## ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΕΛΚΩΝ ΠΙΕΣΗΣ

## ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο: Όνομα: Πατρώνυμο:  
 Ημερομηνία Γέννησης: Ηλικία:  
 Διάγνωση: Συνοδές Παθήσεις:  
 Ημερομηνία εισαγωγής: Εξόδου: Ημερομηνία Εκτίμησης: Επανεκτίμησης:

## ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΑΤΑΚΛΙΣΗΣ

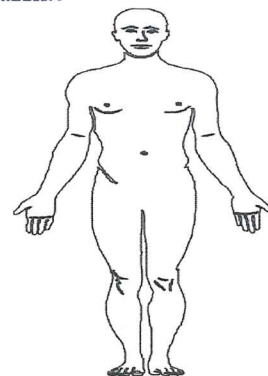
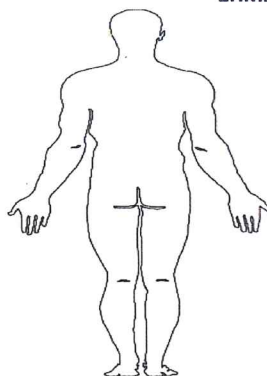
ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ  
ΔΕΡΜΑ:

ΑΠΩΛΕΙΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ:

ΧΡΩΜΑ:

 ΝΑΙ  ΟΧΙ ΕΡΥΘΡΟ ΚΥΑΝΟ ΑΛΛΟΣΤΕΓΝΟ:  ΝΑΙ  ΟΧΙΥΓΡΟ:  ΝΑΙ  ΟΧΙΟΙΔΗΜΑΤΩΔΕΣ:  ΝΑΙ  ΟΧΙΣΚΛΗΡΟ:  ΝΑΙ  ΟΧΙΘΕΡΜΟ:  ΝΑΙ  ΟΧΙΨΥΧΡΟ:  ΝΑΙ  ΟΧΙ

## ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ

ΝΕΚΡΩΜΕΝΟΙ ΙΣΤΟΙ:  ΝΑΙ  ΟΧΙ ΕΣΧΑΡΑ:  ΝΑΙ  ΟΧΙΕΞΙΔΡΩΜΑ:  ΟΡΩΔΕΣ  ΟΡΟΑΙΜΑΤΗΡΟ  ΠΥΩΔΕΣΟΣΜΗ:  ΝΑΙ  ΟΧΙΠΟΝΟΣ:  ΝΑΙ  ΟΧΙ

## ΣΤΑΔΙΑ ΕΛΚΩΝ ΠΙΕΣΗΣ ( ΔΙΕΘΝΗΣ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΕΡΥΑΡ)

## ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

ΣΤΑΔΙΟ	ΟΡΙΣΜΟΣ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ	1ο έλκος	2ο έλκος	3ο έλκος
1	Ερύθημα χωρίς επαναφορά σε δέρμα που δεν έχει λύση της συνέχειας	Δυσχρωμία δέρματος, θερμότητα, οίδημα και σκληρία ειδικότερα σε άτομα με πιο σκούρο δέρμα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Μερικού πάχους απώλεια δέρματος	Επηρεάζει την επιδερμίδα, το δέρμα ή και τα δύο. Το έλκος είναι επιφανειακό και εμφανίζεται κλινικά σαν εκδορά ή σαν φλύκταινα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Ολικού πάχους απώλεια δέρματος	Περλαμβάνει επίσης καταστροφή του υποδόριου ιστού που μπορεί να επεκταθεί προς τα κάτω αλλά όχι διαμέσου της υποκείμενης περιτονίας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Εκτεταμένη βλάβη	Νέκρωση ιστών, βλάβη στο μυ ,στα οστά ή στις υποστηρικτικές δομές με ή χωρίς ολικού πάχους απώλεια δέρματος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Ασταδιοποίητο	Ολικού πάχους απώλεια ιστού ή δέρματος αγνώστου βάθους. Το έλκος είναι πλήρως καλυμμένο με εσχάρα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Υποψία βλάβης εν τω βάθει ιστών	Μωβ ή κυανέρυθη εντοπισμένη περιοχή δυσχρωματισμού του επιπολούς δέρματος ή φυσαλίδα γεμάτη με αίμα εξαιτίας βλάβης των υποκείμενων μαλακών μορίων. Οι παρακείμενοι ιστοί μπορεί να είναι σφικτοί, μαλακοί, εύθρυπτοι, ψυχροί ή θερμοί	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
Υπουργείο Υγείας  
2<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. Πειραιώς κ Αιγαίου



ΚΩΔ. Q001

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

### ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΜΒΑΝΤΟΣ ΠΤΩΣΗΣ

ΑΣΘΕΝΗΣ:  ΕΠΙΣΚΕΠΤΗΣ:  Υγειονομικού Προσωπικού:

#### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:

Επώνυμο:

Όνομα:

Πατρώνυμο:

Διάγνωση εισαγωγής:

Αριθμός Μητρώου Εισαγωγής:

Ημερομηνία Γέννησης:

Θεράπων Ιατρός:

Κλίμακα Morse σκορ κατά την εισαγωγή:

#### ΣΥΜΒΑΝ/ΑΤΥΧΗΜΑ:

ΧΩΡΟΣ:

ΤΜΗΜΑ/ΚΛΙΝΙΚΗ:

ΔΩΜΑΤΙΟ:

ΩΡΑ:

ΜΑΡΤΥΡΑΣ:

ΝΑΙ  ΟΧΙ

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΣΥΜΒΑΝΤΟΣ (εάν δεν αφορά ασθενή μην παραλείψετε να καταγράψετε τα στοιχεία του θύματος):

#### ΟΜΑΔΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ:

#### ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΜΕΤΑ ΤΟ ΣΥΜΒΑΝ:

ΟΝΟΜ/ΜΟ & ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΜΕΛΩΝ ΟΜΑΔΑΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ