



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. 9729

Πειραιάς: 03/07/2024

Δημόσια ανοικτή διαδικασία  
συλλογής προσφορών υλικών

**ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΤΟΥ ΔΙΑΓΩΝΙΣΜΟΥ - ΣΥΝΟΠΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

ΕΙΔΟΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ	Ανοικτή
ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΚΑΤΑΚΥΡΩΣΗΣ	Η χαμηλότερη τιμή
ΧΡΟΝΟΣ ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑΣ	10/07/2024
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](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>
2253/10-06-2024	66ΕΧ46906Κ-ΟΜΜ	13308094 - ΔΕΛΤΙΟ ΒΑΣΙΚΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ 100 ΦΥΛ. ΨΑΡΟΚΟΛΗΤΑ (ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΕΣ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ) (ΔΕΙΓΜΑ ΣΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΟΥ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΟΣ Δ)	300 ΤΕΜ	525 €	ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΛΙΚΟΥ	Κα. ΜΙΧΑΛΕΤΤΟΥ ΤΗΛ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ 2104592350
		13308095 - ΔΕΛΤΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ 100 ΦΥΛ ΨΑΡΟΚΟΛΗΤΑ (ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΕΣ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ) (ΔΕΙΓΜΑ ΣΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΟΥ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΟΣ Δ)	500 ΤΕΜ	450 €		
		13308096 - ΔΕΛΤΙΟ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ 100 ΦΥΛ. ΨΑΡΟΚΟΛΗΤΑ (ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΕΣ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ) (ΔΕΙΓΜΑ ΣΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΟΥ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΟΣ Δ)	600 ΤΕΜ	540 €		
		13308097 - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗΣ 100 ΦΥΛ. ΨΑΡΟΚΟΛΗΤΑ (ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΕΣ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ) (ΔΕΙΓΜΑ ΣΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΟΥ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΟΣ Δ)	100 ΤΕΜ	90 €		
		13308098 - ΕΝΤΥΠΟ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΩΝ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΩΝ ΑΠΟ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ 100 ΦΥΛ. ΨΑΡΟΚΟΛΗΤΑ (ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΕΣ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ) (ΔΕΙΓΜΑ ΣΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΟΥ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΟΣ Δ)	50 ΤΕΜ	55 €		

**\* 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'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**

<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 2253/10-06-2024**

13308094 ΔΕΛΤΙΟ ΒΑΣΙΚΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ 100 ΦΥΛ.ΨΑΡΟΚΟΛΗΤΑ

13308095 ΔΕΛΤΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ 100 ΦΥΛ.ΨΑΡΟΚΟΛΗΤΑ

13308096 ΔΕΛΤΙΟ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ 100 ΦΥΛ. ΨΑΡΟΚΟΛΗΤΑ

13308097 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗΣ 100 ΦΥΛ. ΨΑΡΟΚΟΛΗΤΑ

13308098 ΕΝΤΥΠΟ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΩΝ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΩΝ ΑΠΟ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ 100 ΦΥΛ. ΨΑΡΟΚΟΛΗΤΑ

ΤΑ ΕΝΤΥΠΑ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΣΕ ΜΕΓΕΘΟΣ Α4 ΜΟΝΟΦΥΛΛΑ ΤΩΝ 100 ΦΥΛΛΩΝ

ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΟΝΤΑΙ ΔΕΙΓΜΑΤΑ





ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ

ΑΡ.ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ:

ΑΡ.ΘΑΛΑΜΟΥ:

ΚΛΙΝΗ:

### ΒΑΣΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

#### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:	Όνομα:	Πατρώνυμο:
Διεύθυνση:	Τ.Κ.-Πόλη:	Τηλέφωνο:
Ημερομηνία Γέννησης:	Ηλικία:	Επάγγελμα:
Υπηκοότητα:	Ασφαλιστικός Φορέας:	Αρ. Μητρ. Ασφάλισης:
Στοιχεία πλησιέστερου ατόμου σε περίπτωση ανάγκης:	Επώνυμο:	Όνομα:
	Διεύθυνση:	Τηλέφωνο:

#### ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Ημερομηνία Εισόδου:	Ώρα Εισαγωγής:		
Είδος εισαγωγής	Προγραμματισμένη: <input type="checkbox"/>	Επείγουσα: <input type="checkbox"/>	
Τρόπος Μεταφοράς	Περιπατητικός: <input type="checkbox"/>	Τροχήλατη καρέκλα: <input type="checkbox"/>	Φορείο: <input type="checkbox"/>
Συνοδεύεται	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>	
Πληροφορίες δίνει:	Ο ασθενής: <input type="checkbox"/>	Άλλο άτομο: <input type="checkbox"/>	
Αυτοεξυπηρέτηση:	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>	
Επικοινωνία:	Συνεργάσιμος: <input type="checkbox"/>	Επιθετικός: <input type="checkbox"/>	Απαθής: <input type="checkbox"/>

#### ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ

##### ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ:

Λοιμώδη Νοσήματα:

Προηγούμενη Εισαγωγή σε Νοσοκομείο - Αιτία Εισαγωγής:

#### ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

##### Ημερομηνία:

Πιθανή Διάγνωση Εισόδου:

Κύρια συμπτώματα κατά την εισαγωγή:

Ζωτικά σημεία:	Αρτ. Πίεση (mmHg):	Σφίξεις (/min):	Θερμ/σία (οC):	Αναπνοές (/min):
Κορεσμός O <sub>2</sub> :				
Σωματομετρικά Στοιχεία:	Ύψος (cm):	Βάρος(kg):		
Ομιλία :	Καλή: <input type="checkbox"/>	Βράγχος: <input type="checkbox"/>	Δεν μπορεί να μιλήσει: <input type="checkbox"/>	Ομιλεί ξένη γλώσσα: <input type="checkbox"/>
Ακοή:	Κανονική: <input type="checkbox"/>	Βαρκοΐα: <input type="checkbox"/>	Κώφωση: <input type="checkbox"/>	
Όραση:	Κανονική: <input type="checkbox"/>	Υποβοηθούμενη: <input type="checkbox"/>	Τύφλωση: <input type="checkbox"/>	
Βάδιση:	Κανονική: <input type="checkbox"/>	Υποβοηθούμενη: <input type="checkbox"/>		

##### ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:

**ΔΕΡΜΑ**

	Χρώμα :	Φυσιολογικό: <input type="checkbox"/>
		Κυανωτικό: <input type="checkbox"/>
		Ικτερικό: <input type="checkbox"/>
		Ωχρο: <input type="checkbox"/>
	Εξανθήματα: <input type="checkbox"/>	
Έλκη: <input type="checkbox"/>		
Εκδορές: <input type="checkbox"/>		
Κατακλίσεις: <input type="checkbox"/>		
Παρατηρήσεις:		

**ΠΟΝΟΣ**

Ναι  Όχι

Εάν ναι, χρήση της Κλίμακας NRS:  
Πως περιγράφει ο ασθενής τη βαρύτητα του πόνου;

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Απουσία πόνου	Ήπιος πόνος			Μέτριος πόνος			Σοβαρός Πόνος			

Παρατηρήσεις:

**ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ**

Χωρίς συμπτώματα:

Καρδιακός ρυθμός:	Ρυθμικός: <input type="checkbox"/>	Άρρυθμος: <input type="checkbox"/>
Υπέρταση:	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>

Παρατηρήσεις:

**ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ**

Χωρίς συμπτώματα:

Αναπνοή:	Κανονική: <input type="checkbox"/>	Εργώδης: <input type="checkbox"/>	Δύσπνοια: <input type="checkbox"/>
Βήχας:	Ναι <input type="checkbox"/>	Με απόχρεμψη: <input type="checkbox"/>	
	Όχι <input type="checkbox"/>	Χωρίς απόχρεμψη: <input type="checkbox"/>	

Παρατηρήσεις:

**ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ**

Χωρίς συμπτώματα:

Ναυτία:	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
Έμετος :	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
Διάταση κοιλίας:	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>

**Παχύ έντερο:** Κένωση:  Φυσιολογική,  Δυσκοιλιότητα,  Διάρροια,  Μέλαινα Κένωση,  Αιμμοροίδες,  Διάταση κοιλίας,  Κολοστομία

Παρατηρήσεις:

**ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ**

Χωρίς συμπτώματα:

Συχνουρία:	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
Δυσουρία:	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
Αιματουρία:	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
Ολιγουρία:	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
Ανουρία:	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>

Παρατηρήσεις:

### ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Χωρίς συμπτώματα:

Σακχαρώδης Διαβήτης:

Τύπου 1 (Μη Ινσουλινοεξαρτώμενος):

Τύπου 2 (Ινσουλινοεξαρτώμενος):

Διαταραχές  
θυρεοειδούς:

Υπερθυρεοειδισμός:

Υποθυρεοειδισμός:

Παρατηρήσεις:

### ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Χωρίς συμπτώματα:

Επίπεδο συνείδησης:

Προσανατολισμένος (σε τόπο-χρόνο-πρόσωπα):

Σύγχυση ή Λήθαργος:

Κώμα:

Κορικές Ενδείξεις  
οφθαλμών:

Διεσταλμένες κόρες:

Ανισοκορία:

Επιληπτικές κρίσεις:

Ναι  Όχι

Παρατηρήσεις:

### ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

A/A

Είδος

Δόση

Ο/Η Νοσηλεύτής/τρια

(ονοματεπώνυμο-υπογραφή)











ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ

ΑΡ.ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ:

ΑΡ.ΘΑΛΑΜΟΥ:

ΚΛΙΝΗ:

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗΣ ΑΙΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΩΓΩΝ

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο: Όνομα: Πατρώνυμο:  
Ημερομηνία Γέννησης: Ηλικία:  
Ημερομηνία εισαγωγής:

**ΠΡΟΣΟΧΗ ΑΛΛΕΡΓΙΑ:**

**ΑΠΑΓΟΡΕΥΕΤΑΙ Η ΧΟΡΗΓΗΣΗ:**

ΟΜΑΔΑ ΑΙΜΑΤΟΣ:	Rh:	Προγραμματισμένη μετάγγιση: <input type="checkbox"/>	Επείγουσα μετάγγιση: <input type="checkbox"/>			
Προηγούμενες μεταγγίσεις: ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>		Εάν ναι ημερομηνία:				
Τράπεζα αίματος από όπου προήλθε:						
ΕΙΔΟΣ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗΣ:		<input type="checkbox"/> ΣΥΜΠΥΚΝΩΜΕΝΑ ΕΡΥΘΡΑ	<input type="checkbox"/> ΠΛΑΣΜΑ (FFP)	<input type="checkbox"/> ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑ (PLT)	<input type="checkbox"/> ΟΛΙΚΟ ΑΙΜΑ	<input type="checkbox"/> ΑΛΛΟ:
Ποσότητα: ml						
Τύπος / μέγεθος καθετήρα:	Χρήση συσκευής μετάγγισης με φίλτρο: ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΑΥΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΗ	<input type="checkbox"/> ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΣΚΟΥ					
Ώρα Έναρξης:	Ώρα λήξης:					

	ΠΡΟ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗΣ	15 ΛΕΠΤΑ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΗΣ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗΣ	ΣΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗΣ						ΜΕΤΑ ΤΟ ΠΕΡΑΣ ΤΗΣ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗΣ
			ΩΡΑ:	ΩΡΑ:	ΩΡΑ:	ΩΡΑ:	ΩΡΑ:	ΩΡΑ:	
<b>ΖΩΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ</b>									
ΘΕΡΜΟΚΡΑΣΙΑ									
ΣΦΥΞΕΙΣ									
ΑΝΑΠΝΟΕΣ									
ΑΡΤΗΡ.ΠΙΕΣΗ									
<b>ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ</b>									
ΕΜΕΤΟΣ									
ΝΑΥΤΙΑ									
ΔΥΣΠΝΟΙΑ									
ΔΥΣΦΟΡΙΑ									
ΡΙΓΟΣ									
ΠΥΡΕΤΟΣ									
ΕΡΥΘΗΜΑ/ΕΞΑΝΘΗΜΑ									
ΚΝΗΣΜΟΣ									
ΑΛΓΟΣ (ΚΟΙΛΙΑΚΟ Ή ΘΩΡΑΚΙΚΟ)									
ΑΛΛΟ:									
<b>ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:</b>									
<b>ΦΑΡΜΑΚΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ (Όνομ/σια, δόση, οδός, ώρα, ονομ/μο)</b>									



<b>ΟΝΟΜ/ΜΟ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ:</b>	



ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ  
ΑΣΘΕΝΟΥΣ:

ΑΡ.ΜΗΤΡΩΟΥ

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ

ΑΡ.ΘΑΛΑΜΟΥ: ΚΛΙΝΗ:

**ΕΝΤΥΠΟ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΩΝ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΩΓΩΝ**

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

Επώνυμο:	Όνομα:	Πατρώνυμο:
Ημερομηνία Γέννησης:	Ηλικία:	
Ημερομηνία εισαγωγής:		

**ΠΡΟΣΟΧΗ ΑΛΛΕΡΓΙΑ: ΑΠΑΓΟΡΕΥΕΤΑΙ Η ΧΟΡΗΓΗΣΗ:**

**ΜΕΤΑΓΓΙΣΘΕΝ ΑΙΜΑ Ή ΠΡΟΙΟΝ ΑΙΜΑΤΟΣ**

Ολικό αίμα <input type="checkbox"/>	Ερυθρά <input type="checkbox"/>	Αιμοπετάλια <input type="checkbox"/>	Πλάσμα <input type="checkbox"/>	Άλλο <input type="checkbox"/>
Ημερομηνία μετάγγισης:		Ώρα:	Ώρα έναρξης αντίδρασης:	
Ποσότητα μετάγγισης: ml		Αριθμός Μονάδας:		

**ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗΣ**

ΣΗΜΕΙΑ	ΠΡΙΝ ΤΗ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ	ΜΕΤΑ ΤΗ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ	ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	
Θερμοκρασία			Δυσφορία <input type="checkbox"/>	Ρίγος <input type="checkbox"/>
Αρτηρ. Πίεση (mmHg):			Πυρετός <input type="checkbox"/>	Εμετός <input type="checkbox"/>
Σφίξεις (/min):			Ερύθημα <input type="checkbox"/>	Ναυτία <input type="checkbox"/>
Αιμοσφαινουρία:			Κνησμός <input type="checkbox"/>	Ίκτερος <input type="checkbox"/>
			Εξάνθημα <input type="checkbox"/>	Απώλεια ούρων <input type="checkbox"/>
			Δύσπνοια <input type="checkbox"/>	Απώλεια κοπράνων <input type="checkbox"/>
			Οσφουαλγία <input type="checkbox"/>	Απώλεια συνείδησης <input type="checkbox"/>
			Θωρακικό ή κοιλιακό άλγος <input type="checkbox"/>	

**ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗΣ**

ΒΑΘΜΟΣ	ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΣΗΜΕΙΑ	ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗΣ
<b>ΒΑΘΜΟΣ I</b> ΟΧΙ ΣΟΒΑΡΗ	Μόνο εξάνθημα <input type="checkbox"/>	Θερμοκρασία: Αρτηρ. Πίεση: mmHg Σφίξεις: /min Αιμοσφαινουρία:	1. Διακοπή μετάγγισης 2. Χορήγηση αντιισταμινικών 3. Αν δεν αντιδράσει στα παραπάνω, εφαρμόζονται οι οδηγίες του βαθμού II
<b>ΒΑΘΜΟΣ II</b> ΣΟΒΑΡΗ	Ρίγη <input type="checkbox"/> Πυρετός <input type="checkbox"/> Ανησυχία <input type="checkbox"/> Ταχυσφυγμία <input type="checkbox"/>	Θερμοκρασία: Αρτηρ. Πίεση: mmHg Σφίξεις: /min Αιμοσφαινουρία:	1. Διακοπή μετάγγισης. Διατήρηση ανοιχτής φλέβας, έγχυση φυσιολογικού ορού 2. Λήψη δείγματος ούρων και έλεγχος ελεύθερης Hb. Λήψη νέου δείγματος αίματος και αποστολή του μαζί με την μεταγγισθείσα μονάδα στην αιμοδοσία 3. Χορήγηση αντιπυρετικών 4. Εάν οι εργαστηριακές εξετάσεις είναι θετικές, γίνεται προφυλακτική θεραπεία όπως στο βαθμό IV
<b>ΒΑΘΜΟΣ III</b> ΑΜΕΣΗ ΑΠΕΙΛΗ ΤΗΣ ΖΩΗΣ	Οξύ άλγος στην οσφύ <input type="checkbox"/> Κοιλιακό άλγος <input type="checkbox"/> Θωρακικό άλγος <input type="checkbox"/> Πτώση της ΑΠ <input type="checkbox"/> Ολιγουρία <input type="checkbox"/> Αιμορραγία <input type="checkbox"/>	Θερμοκρασία: Αρτηρ. Πίεση: mmHg Σφίξεις: /min Αιμοσφαινουρία:	1. Διακοπή μετάγγισης. Διατήρηση ανοιχτής φλέβας, έγχυση φυσιολογικού ορού 2. Λήψη δείγματος ούρων και έλεγχος ελεύθερης Hb. Λήψη νέου δείγματος αίματος και αποστολή του μαζί με την μεταγγισθείσα μονάδα στην αιμοδοσία 3. Χορήγηση αντιπυρετικών 4. Εάν οι εργαστηριακές εξετάσεις είναι θετικές, γίνεται προφυλακτική θεραπεία όπως στο βαθμό IV
<b>ΒΑΘΜΟΣ IV</b> ΘΑΝΑΤΟΣ	Shock <input type="checkbox"/> Απώλεια ούρων <input type="checkbox"/> Απώλεια κοπράνων <input type="checkbox"/> Απώλεια συνείδησης <input type="checkbox"/>	Θερμοκρασία: Αρτηρ. Πίεση: mmHg Σφίξεις: /min Αιμοσφαινουρία:	1. Ότι στους βαθμούς I και II 2. Διατήρηση της πίεσης του αίματος 3. Συννέηση με την Αιμοδοσία/ τη ΜΕΘ/ τη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού

ΠΡΟΣΟΧΗ: Αποστέιλατε στην αιμοδοσία τη μονάδα του μεταγγιζόμενου αίματος / προϊόντος, φιαλίδιο γενικής αίματος και δείγμα ορού σε πήγμα από τον ασθενή.  
**ΦΩΤΟΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΤΟΥ ΠΑΡΟΝΤΟΣ ΠΑΡΑΔΙΔΕΤΑΙ ΣΤΗΝ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ**

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΚΑΙ ΥΠΟΓΡΑΦΗ  
ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ