



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ & ΑΙΓΑΙΟΥ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ «ΤΖΑΝΕΙΟ»
ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΜΗΘΕΙΩΝ
ΓΡΑΦΕΙΟ ΠΡΟΜΗΘΕΙΩΝ
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ: ΚΟΥΡΑΚΟΥ ΕΥΤΥΧΙΑ
ΤΗΛ: 210 - 4592160
Email: promithion@tzaneio.gov.gr

2η Υ.Πε.
Γ.Ν.Π. <<ΤΖΑΝΕΙΟ>>
ΑΡ.ΠΡΩΤ.: 4954
ΗΜ/ΝΙΑ: 03/04/2025



Δημόσια ανοικτή διαδικασία
συλλογής προσφορών υλικών
(ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΙΜΟΔΟΤΗ)

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΤΟΥ ΔΙΑΓΩΝΙΣΜΟΥ - ΣΥΝΟΠΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΕΙΔΟΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ	Ανοικτή
ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΚΑΤΑΚΥΡΩΣΗΣ	Η χαμηλότερη τιμή
ΧΡΟΝΟΣ ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑΣ	8/4/2025
ΩΡΑ:	12:00 μ.μ.,
ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΙΔΩΝ	Όπως αναλυτικά αναφέρεται στα Παραρτήματα Α – Δ

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ	ΠΡΟΪΣΤ. ΠΡΟΜΗΘΕΙΩΝ	Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ ΤΟΥ Γ.Ν.Π. ΤΖΑΝΕΙΟ
Ε. ΚΟΥΡΑΚΟΥ	Β. ΚΟΣΚΙΝΑ	ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ ΜΥΤΟΓΛΟΥ

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.

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ	ΠΡΟΪΣΤ. ΠΡΟΜΗΘΕΙΩΝ	Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ ΤΟΥ Γ.Ν.Π. ΤΖΑΝΕΙΟ
Ε. ΚΟΥΡΑΚΟΥ	Β. ΚΟΣΚΙΝΑ	ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ ΜΥΤΟΓΛΟΥ

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 promithion@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).

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ	ΠΡΟΪΣΤ. ΠΡΟΜΗΘΕΙΩΝ	Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ ΤΟΥ Γ.Ν.Π. ΤΖΑΝΕΙΟ
Ε. ΚΟΥΡΑΚΟΥ	Β. ΚΟΣΚΙΝΑ	ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ ΜΥΤΟΓΛΟΥ

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).

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ	ΠΡΟΪΣΤ. ΠΡΟΜΗΘΕΙΩΝ	Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ ΤΟΥ Γ.Ν.Π. ΤΖΑΝΕΙΟ
Ε. ΚΟΥΡΑΚΟΥ	Β. ΚΟΣΚΙΝΑ	ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ ΜΥΤΟΓΛΟΥ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α΄

A/E	ΑΔΑ	ΕΙΔΟΣ	ΤΕΜΑΧΙΑ	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΧΩΡΙΣ ΦΠΑ	ΤΜΗΜΑ	ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ
2411/31-03-2025 ΔΣ 4/2024, Θ.95	P1ΩΡ46906Κ-9ΣΥ	13316013 – ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΙΜΟΔΟΤΗ	100 ΤΕΜ	300,00 €	ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ	Κα ΑΝΕΨΙΟΥ ΤΗΛ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ 2104592160
	(ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΕΣ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ)-ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ ΜΕΤΑ ΤΟ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ					

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

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ	ΠΡΟΪΣΤ. ΠΡΟΜΗΘΕΙΩΝ	Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ ΤΟΥ Γ.Ν.Π. ΤΖΑΝΕΙΟ
Ε. ΚΟΥΡΑΚΟΥ	Β. ΚΟΣΚΙΝΑ	ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ ΜΥΤΟΓΛΟΥ

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.

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ	ΠΡΟΪΣΤ. ΠΡΟΜΗΘΕΙΩΝ	Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ ΤΟΥ Γ.Ν.Π. ΤΖΑΝΕΙΟ
Ε. ΚΟΥΡΑΚΟΥ	Β. ΚΟΣΚΙΝΑ	ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ ΜΥΤΟΓΛΟΥ

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 .

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ	ΠΡΟΪΣΤ. ΠΡΟΜΗΘΕΙΩΝ	Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ ΤΟΥ Γ.Ν.Π. ΤΖΑΝΕΙΟ
Ε. ΚΟΥΡΑΚΟΥ	Β. ΚΟΣΚΙΝΑ	ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ ΜΥΤΟΓΛΟΥ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ´
ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΕΣ

ΕΝΤΟΛΗ 2411/31-03-2025

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

ΑΕ 2411 ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΙΜΟΔΟΤΗ

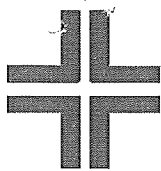
13316013 ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΙΜΟΔΟΤΗ ΣΕ ΜΠΛΟΚ 100 ΦΥΛΛΩΝ ΨΑΡΟΚΟΛΛΗΤΑ

ΜΕΓΕΘΟΣ ΣΕΛΙΔΑΣ Α4- ΕΚΤΥΠΩΣΗ ΕΜΠΡΟΣ ΚΑΙ ΠΙΣΩ

ΤΟ ΕΝΤΥΠΟ ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΕΤΑΙ

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ	ΠΡΟΪΣΤ. ΠΡΟΜΗΘΕΙΩΝ	Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ ΤΟΥ Γ.Ν.Π. ΤΖΑΝΕΙΟ
Ε. ΚΟΥΡΑΚΟΥ	Β. ΚΟΣΚΙΝΑ	ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ ΜΥΤΟΓΛΟΥ

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ	ΠΡΟΪΣΤ. ΠΡΟΜΗΘΕΙΩΝ	Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ ΤΟΥ Γ.Ν.Π. ΤΖΑΝΕΙΟ
Ε. ΚΟΥΡΑΚΟΥ	Β. ΚΟΣΚΙΝΑ	ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ ΜΥΤΟΓΛΟΥ



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.):		Τ.Κ. - Πόλη:	
Τηλ.:		Κιν.:	
		Email:	
Αρ. Εθνικού Μητρώου Αιμοδότη:		ΑΜΚΑ:	

Δίνω αίμα: (Συμπληρώνεται από τον αιμοδότη)

☐ 1. Εθελοντικά	
☐ 2. Για Σύλλογο Εθελοντών Αιμοδοτών	Αρ. Μητρώου Συλλόγου/Ομάδας Εθελοντών Αιμοδοτών:
☐ 3. Για Ομάδα Εθελοντών Αιμοδοτών	Σύλλογος/Ομάδα Εθελοντών Αιμοδοτών:
☐ 4. Για Ασθενή	Ονοματεπώνυμο ασθενή: Νοσοκομείο νοσηλείας:
☐ 5. Για Ένοπλες Δυνάμεις	Στρατόπεδο αιμοληψίας:

- ☐ 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 σεξουαλικώς 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)

☐ 1. Ταυτότητα Εθελοντή Αιμοδότη	☐ 2. Αστυνομική Ταυτότητα	☐ 3. Ταυτότητα Ε.Δ./Σ.Α.
☐ 4. Διαβατήριο	☐ 5. Βιβλιάριο Υγείας	☐ 6. Άδεια Οδήγησης
☐ 7. Άδεια Παραμονής		
Αρ. δημοσίου εγγράφου:		

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΙΜΟΔΟΤΗ (Συμπληρώνεται από τον αιμοδότη)

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

- 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 τι 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./διαστ): 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:	☐ Διπλός ☐ Τριπλός ☐ Τετραπλός	☐ Παιδιατρικός ☐ Λευκαφαιρεμένος
Η αιμοληψία ολοκληρώθηκε:	☐ ΝΑΙ	☐ ΟΧΙ

Ο/Η ενεργήσας την αιμοληψία