

T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ

TEKLİF İSTEME FORMU

31/07/2025

İlan No : 2025-07-2912
İstem No : 81872
Alım No :
Talep Eden Birim : İdari Bölümler / Stok Kontrol Ve Satınalma Planlama
Konu : KIRTASIYE ALIMLARI

YANPAR

Talep Edilen Hasta :

Son Teslim Tarihi & Saat : 04/08/2025 13:00:00

S.No	Malzeme Açıklaması	Miktar	Birim	Birim Fiyat	Toplam Tutar	Marka	UBB kodu	Tesl. Süresi (Gün)
1	YOĞUN BAKIM HASTA İZLEM ÇİZELGESİ, BŞH-FR-335	10000	Adet					
2	HASTA MÜLKİYETİ TESLİM FORMU, OTOKOPİLİ, 50 SAYFA, BOYUT A4, BŞM-FR-136	50	Adet					
3	HASTA YATIŞ FORMU, BŞH-FR-01	20000	Adet					
4	MALZEME-CİHAZ KONTROL VE TESLİM DEFTERİ, BŞM-FR-206	30	Adet					
5	ARŞİV DOSYASI, ÖZEL TELLİ, RENKLİ	10000	Adet					
6	KAN VE KAN BİLEŞENLERİ NAKLİ İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU, KTK-FR-27	5000	Adet					
7	HEMŞİRE ANEMNEZ FORMU, BHM-FR-72	5000	Adet					

Mersin Üniversitesi Hastanesince aşağıda cins, miktar ve özellikleri belirtilen malzemelerin satın alınmasına ihtiyaç duyulmuştur. Proform faturanın aşağıdaki şartlara göre düzenlenerek Satın Alma Birimine gönderilmesini rica ederim.

- 1-Tekliflerin yazılı olması,
- 2-İhale dokümanının tamamen okunup kabul edildiğinin belirtilmesi,
- 3-Teklif verilen malzemelerin KDV hariç birim fiyatları, KDV hariç toplam tutarları, marka ve teslim süreleri, T.C. İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Ürün Takip Sistemine (ÜTS) kayıtlı ürünler için barkod numarası, kapsam dışı ürünler için kapsam dışı olduğunun belirtilmesi/ yazılması,
- 4-TL (Türk Lirası) olarak fiyat verilip, birim fiyatlarının rakamla ve/veya yazıyla yazılması,
- 5-Üzerinde kazıntı, silinti, düzeltme bulunmaması,
- 6-Ad, Soyadı veya ticaret unvanı yazılmak suretiyle yetkili kişilerce imzalanmış olması,
- 7-Teklif verilmeyecekse faks veya mail yoluyla cevap verilmesi,
- 8- Malzemeler ilgili firma yetkilisince depoya teslim edilecektir. Kurum bilgisi ve izni dışında kargo ile yapılan malzeme, fatura, irsaliye teslimatları kesinlikle kabul edilmeyecektir.
- 9- Teklif verilen malzemelerin, idarenin kesin siparişine müteakip teslim sürelerinin teklif mektubunda bildirilmesi zorunludur. Teslim süresi ve opsiyon süresi bildirilmeyen teklifler kesinlikle kabul edilmeyecektir.
- 10-Teklif edilen kalemlerden tıbbi cihaz kapsamında olan ürünler için T.C. İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Ürün Takip Sistemi 'ne (ÜTS) kayıtlı olmalı ve bu kayıt bildirim işlemlerini eksiksiz olarak tamamlamış olmalıdır.
- 11-Geri ödeme kapsamında olan ürünlerin T.C. İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Ürün Takip Sistemi'ne ve T.C Sosyal Güvenlik Kurumu Medula sistemine kayıtlarını yapmış ve tamamlamış olmalıdırlar
- 12-T.C. İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Ürün Takip Sistemi 'ne (ÜTS) kayıtsız, Sağlık Bakanlığı tarafından onaylı olmayan, T.C Sosyal Güvenlik Kurumu Medula, sistemine kayıtlarını tam olarak yapmamış olan kalem/kalemlere ait teklifler değerlendirmeye alınmayacaktır

ÖNEMLİ:

- 1) Yukarıda sayılan maddeler de belirtilen şartlara uygun olarak verilmeyen teklifler değerlendirmeye alınmayacaktır.
- 2) SİPARİŞ TUTARI 100.000,00 TL ALTINDAKİ MALZEMELER HASTANEMİZ DEPOSUNA KARGO YOLU İLE TESLİM

EDİLEBİLECEKTİR.

İrtibat Telefon: 0324 241 00 00 - 22570-22593-22598

Mail adresi: hastanesatinalma@mersin.edu.tr

Fiyat opsiyonu en az 45 gün olacaktır.

NOT: İlanlarımız” <https://hastane.mersin.edu.tr/tr/kurumsal-satin-alma-ilanlari/> adresinde yayınlanmaktadır.

Bünyamin GÜLTEKİN
HASTANE MÜDÜR YRD.

613000-613099	GRI	TURUNCU	KIRMIZI
613100-613199	GRI	TURUNCU	GRI
613200-613299	GRI	TURUNCU	MAVI
613300-613399	GRI	TURUNCU	TURUNCU
613400-613499	GRI	TURUNCU	MOR
613500-613599	GRI	TURUNCU	SIYAH
613600-613699	GRI	TURUNCU	SARI
613700-613799	GRI	TURUNCU	KAHVERENGİ
613800-613899	GRI	TURUNCU	PEMBE
613900-613999	GRI	TURUNCU	YEŞİL
614000-614099	GRI	MOR	KIRMIZI
614100-614199	GRI	MOR	GRI
614200-614299	GRI	MOR	MAVI
614300-614399	GRI	MOR	TURUNCU
614400-614499	GRI	MOR	MOR
614500-614599	GRI	MOR	SIYAH
614600-614699	GRI	MOR	SARI
614700-614799	GRI	MOR	KAHVERENGİ
614800-614899	GRI	MOR	PEMBE
614900-614999	GRI	MOR	YEŞİL
615000-615099	GRI	SIYAH	KIRMIZI
615100-615199	GRI	SIYAH	GRI
615200-615299	GRI	SIYAH	MAVI
615300-615399	GRI	SIYAH	TURUNCU
615400-615499	GRI	SIYAH	MOR
615500-615599	GRI	SIYAH	SIYAH
615600-615699	GRI	SIYAH	SARI
615700-615799	GRI	SIYAH	KAHVERENGİ
615800-615899	GRI	SIYAH	PEMBE
615900-615999	GRI	SIYAH	YEŞİL
616000-616099	GRI	SARI	KIRMIZI
616100-616199	GRI	SARI	GRI
616200-616299	GRI	SARI	MAVI
616300-616399	GRI	SARI	TURUNCU
616400-616499	GRI	SARI	MOR
616500-616599	GRI	SARI	SIYAH
616600-616699	GRI	SARI	SARI
616700-616799	GRI	SARI	KAHVERENGİ
616800-616899	GRI	SARI	PEMBE
616900-616999	GRI	SARI	YEŞİL
617000-617099	GRI	KAHVERENGİ	KIRMIZI
617100-617199	GRI	KAHVERENGİ	GRI
617200-617299	GRI	KAHVERENGİ	MAVI
617300-617399	GRI	KAHVERENGİ	TURUNCU
617400-617499	GRI	KAHVERENGİ	MOR
617500-617599	GRI	KAHVERENGİ	SIYAH
617600-617699	GRI	KAHVERENGİ	SARI
617700-617799	GRI	KAHVERENGİ	KAHVERENGİ
617800-617899	GRI	KAHVERENGİ	PEMBE
617900-617999	GRI	KAHVERENGİ	YEŞİL

618000-618099	GRI	PEMBE	KIRMIZI
618100-618199	GRI	PEMBE	GRI
618200-618299	GRI	PEMBE	MAVI
618300-618399	GRI	PEMBE	TURUNCU
618400-618499	GRI	PEMBE	MOR
618500-618599	GRI	PEMBE	SIYAH
618600-618699	GRI	PEMBE	SARI
618700-618799	GRI	PEMBE	KAHVERENGİ
618800-618899	GRI	PEMBE	PEMBE
618900-618999	GRI	PEMBE	YEŞİL
619000-619099	GRI	YEŞİL	KIRMIZI
619100-619199	GRI	YEŞİL	GRI
619200-619299	GRI	YEŞİL	MAVI
619300-619399	GRI	YEŞİL	TURUNCU
619400-619499	GRI	YEŞİL	MOR
619500-619599	GRI	YEŞİL	SIYAH
619600-619699	GRI	YEŞİL	SARI
619700-619799	GRI	YEŞİL	KAHVERENGİ
619800-619899	GRI	YEŞİL	PEMBE
619900-619999	GRI	YEŞİL	YEŞİL

Faruk ALKAÇ
Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Hastane
İktisadi Sekreterliği /
Faturalandırma Sorumlusu

Nesrin ÖZER

Şimal CAN
Kalite Birim Sorumlusu

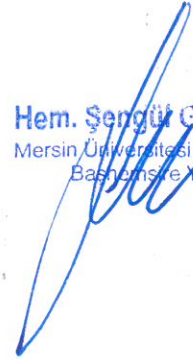
Zaferanışık
Mustafa Köylü

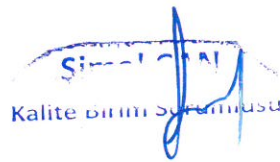
HASTA MÜLKİYETİ TESLİM FORMU 50 SAYFA BOYUT A4 OTOKOPİLİ

BŞM-FR-136

- **Boyut:** A4 boyutunda olmalıdır
- **Nüsha Sayısı:** 2 nüsha (beyaz ve sarı – sıralı) olmalıdır
- **Kağıt Türü:** Kendinden karbonlu NCR kopya kağıdı olmalıdır.
- **Baskı:** Tek renk ya da iki renk ofset baskı, kurum logosu ve bilgileri dahil
- **Ciltleme:** Üstten tutkallı blok şeklinde her blokta 50 takım form olacak şekilde
- Formun içeriği verilen numune ile birebir aynı olmalıdır. (kağıt kalitesi, yazı puntosu ve form ölçüleri)


Mustafa KÖYLÜ
Mersin Üniversitesi Hastanesi
Sağlık Hizmetleri Koordinatörü


Hem. Şengül GÜRBÜZ
Mersin Üniversitesi Hastanesi
Başhekim Yard.


Siman
Kalite Birim Sorumlusu

HEMŞİRE ANAMNEZ FORMU ŞARTNAMESİ BHM-FR-72

- 1-Formun kağıt tipi sarı saman kağıt olmalıdır.
- 2-Form ölçüleri 29*45 cm olmalıdır. Ortadan katlanılmış şekilde yandan dosyalama için delinmiş olmalıdır.
- 3-Formun içeriği verilen numune birebir aynı olmalıdır.(kağıt kalitesi, yazı puntosu ve form ölçüleri)

Şimal CAN
Kalite Birim Sorumlusu

Hem. Sengül GÜRBÜZ
Mersin Üniversitesi Hastanesi
Başheftisire Yard.

Müjde MORAN
Mersin Üniversitesi Hastanesi
Hemşirelik Uzmanı



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
MERSİN ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
Hemşirelik Hizmetleri Koordinatörlüğü



HEMŞİRE ANAMNEZ FORMU

Adı Soyadı:	Yaş:	Yatış Tarihi:	/...../20....
Protokol No:	Servisi/Bölümü:		
Gerektiğinde İletişim Kurulacak Kişinin Telefon Numarası: 1) 2)			

Eğitim:	Geldiği Yer:	☐ Poliklinik ☐ Yoğun Bakım ☐ Acil ☐ Ameliyathane ☐Kliniği
Kullandığı Lisan		
Meslek:	Bölüme Geliş Şekli:	☐ Yürüyerek ☐ Sedyeye ☐ Tekerlekli sandalye
Kilo:	Ön Tıbbi Tanı:	
Boy:		

Hastanın Yakınması:			
Kronik Hastalıklar:	☐ DM ☐ HT ☐ KOAH ☐ Kalp Yetmezliği ☐ KBY ☐ Diğer:.....		
Geçirilmiş Hastalıklar/ Operasyonlar:	☐ Yok ☐ Var (belirtiniz)		
Sürekli Kullandığı İlaçlar	1) 4) 7)		
	2) 5) 8)		
	3) 6) 9)		
Kullandığı Protez:	☐ Diş Protezi ☐ Kalp Pili ☐ Kalp Kapakçığı ☐ Diğer:.....		

Ailesel Hastalık	☐ Yok ☐ Var	Allerjisi:	☐ Yok ☐ Var
	Varsa Belirtiniz	Varsa Belirtiniz	☐ İlaç ☐ Yiyecek ☐ Diğer (belirtiniz)

Alışkanlıklar:	☐ Yok ☐ Var
Varsa Belirtiniz	☐ Sigara.....adet/ paket/ günyıl
	☐ Alkol..... sıklığı/ miktaryıl
	☐ Madde.....sıklığı/ miktar.....yıl
	☐ Diğer:.....

Kan Grubu:	☐ A ☐ B ☐ AB ☐ O ☐ Rh (+) ☐ Rh (-)
Daha önce kan transfüzyonu uygulandı mı?	☐ Hayır ☐ Evet
Evet ise; Reaksiyon gelişti mi?	☐ Hayır ☐ Evet (açıklayınız).....

İZOLASYON	
İhtiyaç var mı?	☐ Yok ☐ Var
Varsa İzolasyon Şekli	☐ Temas ☐ Sıkı Temas ☐ Damlacık ☐ Solunum ☐ Diğer (belirtiniz)

HEMŞİRE ANAMNEZ FORMU
KISITLAMA İHTİYACI

Hastanın kendine ve çevresine zarar verme ihtimali var mı?	☐ Hayır ☐ Evet (Evet ise kısıtlama formu doldurunuz)
DÜŞME RİSKİ :	☐ Var ☐ Yok (Var ise düşme değerlendirme formu doldurunuz)

SİSTEM TANILAMASI

İLETİŞİM		
İŞİTME / KONUŞMA ☐ Konuşabiliyor ☐ Konuşamıyor ☐ Duyuyor ☐ Az Duyuyor ☐ Duymuyor ☐ İşitme Cihazı Kullanıyor ☐ Diğer (belirtiniz).....	GÖRME ☐ Görüyor ☐ Görmüyor ☐ Kızanklık ☐ Akıntı ☐ Şaşılık ☐ Lens ☐ Protez Göz ☐ Gözlük ☐ Diğer (belirtiniz).....	DUYGUSAL / PSİKOLOJİK ☐ Sorun yok ☐ Sedasyon ☐ Endişeli ☐ Ajite ☐ Diğer (belirtiniz).....
KARDİYOYASKÜLER SİSTEM ☐ Sorun yok ☐ Siyanoz ☐ Hipertansiyon ☐ Göğüs Ağrısı ☐ Senkop ☐ Çarpıntı ☐ Pretibial Ödem ☐ Varis ☐ Diğer (belirtiniz).....		SOLUNUM SİSTEMİ ☐ Sorun yok ☐ Hemoptizi ☐ Siyanoz ☐ Hırıltılı ☐ Wheezing ☐ Balgam (belirtiniz)..... ☐ Öksürme(belirtiniz)..... ☐ Solunum Güçlüğü(belirtiniz)..... ☐ Yardımcı Solunum Araçları (belirtiniz).....
BOŞALTIM SİSTEMİ		
ÜRİNER ☐ Sorun yok ☐ Anüri ☐ İnkontinans ☐ Poliüri ☐ Pollaküri ☐ Hematüri ☐ Dizüri ☐ Noktüri ☐ Diğer (belirtiniz).....	GASTROİNTESTİNAL ☐ Sorun yok ☐ Bulantı ☐ Kusma ☐ Melena ☐ Ağız kokusu ☐ Hematemez ☐ Hemoroid ☐ İshal: günde.....kez ☐ Konstipasyon günde.....kez ☐ Diğer (belirtiniz).....	



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
MERSİN ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
Hemşirelik Hizmetleri Koordinatörlüğü



HEMŞİRE ANAMNEZ FORMU

Adı Soyadı:	Yaş:	Yatış Tarihi:	/...../20....
Protokol No:	Servisi/Bölümü:		
Gerektiğinde İletişim Kurulacak Kişinin Telefon Numarası: 1)		2)	

Eğitim:	Geldiği Yer:	☐ Poliklinik ☐ Yoğun Bakım ☐ Acil ☐ Ameliyathane ☐Kliniği
Kullandığı Lisan		
Meslek:	Bölüme Geliş Şekli:	☐ Yürüyerek ☐ Sedyeye ☐ Tekerlekli sandalye
Kilo:	Ön Tıbbi Tanı:	
Boy:		

Hastanın Yakınması:			
Kronik Hastalıklar:	☐ DM ☐ HT ☐ KOAH ☐ Kalp Yetmezliği ☐ KBY ☐ Diğer:.....		
Geçirilmiş Hastalıklar/ Operasyonlar:	☐ Yok ☐ Var (belirtiniz)		
Sürekli Kullandığı İlaçlar	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)
Kullandığı Protez:	☐ Diş Protezi ☐ Kalp Pili ☐ Kalp Kapakçığı ☐ Diğer:.....		

Ailesel Hastalık	☐ Yok ☐ Var	Allerjisi:	☐ Yok ☐ Var
	Varsa Belirtiniz	Varsa Belirtiniz	☐ İlaç ☐ Yiyecek ☐ Diğer (belirtiniz)

Alışkanlıklar:	☐ Yok ☐ Var		
Varsa Belirtiniz	☐ Sigara.....adet/ paket/ günyıl		
	☐ Alkol..... sıklığı/ miktaryıl		
	☐ Madde.....sıklığı/ miktar.....yıl		
	☐ Diğer:.....		

Kan Grubu:	☐ A ☐ B ☐ AB ☐ O ☐ Rh (+) ☐ Rh (-)
Daha önce kan transfüzyonu uygulandı mı?	☐ Hayır ☐ Evet
Evet ise; Reaksiyon gelişti mi?	☐ Hayır ☐ Evet (açıklayınız).....

İZOLASYON	
İhtiyaç var mı?	☐ Yok ☐ Var
Varsa İzolasyon Şekli	☐ Temas ☐ Sıkı Temas ☐ Damlacık ☐ Solunum ☐ Diğer (belirtiniz)

HEMŞİRE ANAMNEZ FORMU
EĞİTİM FORMU

EĞİTİM ÖNCESİ DEĞERLENDİRME

-Hasta şu anki sağlık problemini biliyor mu?

☐ Evet ☐ Hayır

- Daha önce hastalığı hakkında bilgi almış mı? ☐ Evet ☐ Hayır

HASTANIN EĞİTİMİNİ ENGELLEYEN FAKTÖRLER		ENGELLERE ÇÖZÜMLER		EĞİTİM YÖNTEMLERİ		DEĞERLENDİRME	
1. Engel yol 2. Ağrı 3. Algılama bozukluğu 4. Dil problemi 5. Konuşma/işitme eksikliği/kaybı 6. Psikolojik faktörler 7. Kültürel faktörler 8. Eğitim almaya isteksiz		1. Eğitim öncesi ilaç verilmesi 2. İçeriği sınırlama 3. Çevirmen bulma 4. Gözden geçirme/tekrarlama 5. Güven/destek sunma 6. İhtiyaca yönelik danışman yardımı 7. Aile veya tercih edilen bir kişiyi eğitme		1. Düz anlatım 2. Yazılı metaryal (brosür) 3. Görüşme/tartışma 4. Grup eğitimi 5. İşitsel/görsel 6. Uygulamalı eğitim 7. Uygulatmalı eğitim 8. İhtiyaç yok		1. Anlatılanı sözel olarak anladığını ifade ediyor/Başarılı 2. Kendisi uyguluyor 3. Kısmen başarılı 4. Tekrar edilmeli 5. Başarısız	
KONU BAŞLIKLARI	EĞİTİMİ ENGELLEYEN FAKTÖRLER	ENGELLERE ÇÖZÜMLER	EĞİTİM YÖNTEMLERİ	DEĞERLENDİRME	TARİH	EĞİTİMİ VEREN ADI/SOYADI	EĞİTİMİ ALAN HASTA /HASTA YAKINI* ADI/SOYADI
1. Hastane/Refakat /Ziyaret Kuralları							
2. Hasta yatağı / Hemşire çağrı sistemi/Tuvalet banyo/Telefon kullanımı							
3. Kahvaltı ve yemek/ Vizit saatleri							
4. El hijyeni							
5. Acil Durum Planı							
6. Akılcı ilaç kullanımı Kullanılacak ilaçlar							
7. Hasta Hakları ve sorumlulukları							
8. Sigara bırakma eğitimi							
9. Düşme Riski ve Alınacak Önlemler-Kısıtlamalar							
10. Beslenme Eğitimi							
11. Ameliyat öncesi bilgi							
12. Ameliyat sonrası bilgi							
13. Pansuman-yara bakımı							
14. Hareket/ Egzersiz							
15. Protez Ekipman Kullanımı							
16. Emzirme/Anne sütünün faydaları							
17. Evde bakım ve rehabilitasyon							

HASTA TABÜRCULUK EĞİTİMİ

- ☐ Hastalığı hakkında genel bilgi ve tedavi planı
☐ İlaç uygulamaları, ilaçların isimleri, kullanım saatleri ve sıklığı, olabilecek yan etkiler
☐ Diyet ve beslenme biçimi
☐ Kişisel bakım ,dikkat edilecek noktalar ve temizlik (varsa yara bakımı ve pansuman)
☐ Bakım ekipmanları ve tıbbi cihazların kullanımı
☐ Mobilizasyon, egzersiz ve aktiviteler
☐ Muhtemel komplikasyonlar ve özel uyarılar
☐ Kontrol tarihi/...../20..... Kontrol Yeri.....polikliniği
☐ Acil durumlarda başvurabileceği telefon vb.

Yukarıdaki konularda eğitim aldım.

Eğitimi alan Hasta/Hasta yakını
(Adı/Soyadı/imza)

...../...../20.....

Eğitimi veren Hemşire
(Adı/Soyadı/imza)

...../...../20.....

Eğitimi veren Doktor
(Adı/Soyadı/imza)

...../...../20.....

*Hasta yakını imzalar ise yakınlık derecesi yazılmalıdır.

HASTA YATIŞ FORMU ŞARTNAMESİ BŞH-FR-01

Paşadevlik 2
Simal Ham

1-Form, A4 boyutunda olmalıdır.

2- Kağıt tipi en az sarı saman kağıt olmalıdır.

3-Formun içeriği verilen numune ile birebir aynı olmalıdır. (kağıt kalitesi, yazı puntosu ve form ölçüleri)





T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
Mersin Üniversitesi Hastanesi
Başhekimliği



HASTA YATIŞ FORMU

HASTA ADI-SOYADI:		DOSYA NO:	
SOSYAL GÜVENLİK KURUMU ve SİCİL No.:		YATIŞ TARİHİ:	
		YATIŞ YAPILAN KLİNİK:	
ADRES VE TELEFON:		ODA ve YATAK NO:	
		ÖN TANI:	PAKET DIŞI []
HASTA YAKINI VE ADRESİ:		TANI	PAKET □□□□
		PAKET KODU	
DOKTOR KAŞESİ VE İMZA:			
YATIŞ ONAYI:			
HASTAYA SUNULABİLECEK TEŞHİS, TEDAVİ, BAKIM HİZMETLERİ, HASTA SORUMLULUKLARI			
HASTA		HASTA YAKINI	
1- Genel durum, tedavi sürecim, bakım uygulamalarının seyri, yapılması planlanan her türlü tıbbi müdahale konularında,		1- Hastanın genel durumu, tedavi süreci, bakım uygulamalarının seyri, yapılması planlanan her türlü tıbbi müdahale konularında bilgilendirildim.	
2-Tarafıma uygulanacak her türlü tedavi işlemi sırasında mahremiyetime özen gösterileceği konusunda,		2-Uygulanacak her türlü tedavi işlemi sırasında mahremiyete özen gösterileceği,	
3-Doktorların gerekli göreceği bütün girişimsel tedavi, tıbbi işlem ve anestezi uygulamalarında rızamın alınacağı konusunda bilgilendirildiğimi,		3-Doktorların gerekli göreceği bütün girişimsel tedavi, tıbbi işlem ve anestezi uygulamalarında rızamın alınacağı;	
4-Hastane kuralları ile hastane idaresi ve doktor tavsiyelerine uymam gerektiğini,		4-Hastane kuralları, ziyaret saatleri ile hastane idaresi ve doktor tavsiyelerine uymam gerektiği anlatıldı.	
5-Hastanede kaldığım süre içerisinde ödemem gereken ücretleri tamamen ödeyeceğimi Kabul ediyorum.		5-Hastanede kaldığım süre içerisinde ödemem gereken ücretleri tamamen ödeyeceğimi;	
		6-Hastanın vefatı halinde en geç 2 gün içerisinde cenazesini kaldıracağımı, Kabul ediyorum.	
HASTANIN:		HASTA YAKINININ:	
ADI-SOYADI		ADI-SOYADI:	
İMZA:		İMZA:	

* Taburculuk Özeti Teslim Aldım: Evet ☐ Teslim Alan Adı Soyadı/İmza :

Hayır ☐

TIBBİ FOTOĞRAF VE VIDEO KAYDI İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Sizden izin alındıktan sonra hastalığınıza yönelik olarak çekilecek olan fotoğraf ve video görüntüleri; kişisel tıbbi kaydınıza eklenmek ve tıp fakültesi, hemşirelik gibi sağlık hizmetlerine yönelik eğitim almakta olan öğrencilerin eğitimi amacıyla kullanılacaktır. Bu kayıtlar onayınızla bilimsel araştırmalarda da kullanılacaktır. Bu formda ayrıntılı olarak bazı diğer özel ve sınırlı kullanımlar için imza istenmektedir.

Kaydedilecek görüntülerin nerelerde ve hangi amaçlarla kullanılacağını hekiminiz size açıklayacak ve onayınızı isteyecektir.

Dijital makinelerle çekilecek olan görüntüler çekimden sonra size gösterilecek ve uygun bulursanız kullanılacaktır.

Elde edilecek görüntüler güvenli bir ortamda saklanacak, yetkisiz kişilerin kullanımı engellenecek ve yasal zorunluluklar dışında, tıp dışı kişilerin görme olasılığına karşı TANINMANIZI ÖNLEYECEK İŞLEMLER YAPILDIKTAN VE KİMLİK BİLGİLERİNİZ GİZLENDİKTEN SONRA, kişisel haklarınıza zarar vermeyecek şekilde kullanılacaktır.

Eğitim ve bilimsel amaçlı olarak kullanılmasını kabul etmeseniz bile, bu görüntüler diğer tüm tıbbi kayıtlarınız gibi standart ve yasal bir tıbbi kayıt olarak kullanılacaktır.

Çekilen görüntülere onay verseniz bile daha sonra vaz geçme hakkına sahipsiniz. Ancak kayıtlar bilimsel yayın amacıyla kullanıldıktan sonra onayınızı geri çekmeniz mümkün değildir.

Bu kayıtların kullanılması nedeniyle size herhangi bir ücret ödenmeyecektir.

Fotoğraf veya video kayıtlarının alınması sırasında bir hemşirenin, yakınınızın veya arkadaşınızın yanınızda bulunmasını talep edebilirsiniz.

Bana verilen bilgiler doğrultusunda kendime/çocuğuma/yakınıma ait fotoğraf ve video görüntülerinin çekilmesini kabul ediyorum.

Kişisel tıbbi kaydım olarak kullanılacak olan bu görüntü kayıtları aynı zamanda aşağıda onay verdiğim alanlarda kullanılabilir. (LÜTFEN KABUL ETMEDİĞİNİZ ALANLARIN ÜZERİNİ ÇİZİNİZ)

Tıp fakültesi ve hemşirelik okulu gibi sağlık ile ilgili öğrencilerin ve tıp profesyonellerinin eğitiminde,

Uygun bilimsel dergilerde ve bilimsel kitaplarda,

Ulusal ve uluslararası bilimsel toplantılarda,

Bilimsel amaçlarla elektronik ortamlarda.

Yukarıda izin verdiğim alanlar dışında başka bir amaçla kullanılması gerektiğinde, benden tekrar izin isteneceği tarafıma bildirilmiştir.

Hastanın Adı Soyadı:	Dosya No:	Telefon:
Hastanın İmzası	Hastanın Yakını/Vasisi/Velisi Adı Soyadı ve İmzası	Hekimin Adı Soyadı ve İmzası
Tarih/ saat:		

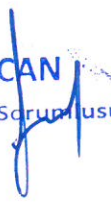
Bu form hasta dosyasında saklanacaktır

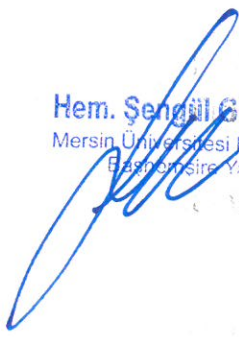
Mustafa Köylü
Başhekim Yard.

MALZEME – CİHAZ KONTROL VE TESLİM DEFTERİ (BŞM-FR-206) ŞARTNAMESİ

- 1-Defter boyutu (22,5*29,5 cm) olmalıdır.
- 2-Sayfa sayısı en az 100 yaprak olmalıdır.
- 3-Kağıt cinsi birinci hamur beyaz olmalıdır.
- 4-Kapak kısmı sert kartondan yapılmış olmalıdır .Cilt payı 2 cm olmalıdır
- 5- Dikişli veya iplik dikişli, sağlam, dağılmayacak şekilde olmalıdır.
- 6- Ön sayfada ilk olarak cihaz kontrolünde günlük dikkat edilmesi gerekenler yazılı form örneği olmalıdır. Diğer sayfalarda defter bilgisi bulunmalıdır.
- 7- Formun içeriği verilen numune ile birebir aynı olmalıdır. (kağıt kalitesi, yazı puntosu ve form ölçüleri)


Mustafa KÖYLÜ
Mersin Üniversitesi Hastanesi
Sağlık Hizmetleri Koordinatörü


Şimal CAN
Kalite Birim Sorumlusu


Hem. Şengül GÜRBÜZ
Mersin Üniversitesi Hastanesi
Başhekim Yard.

MALZEME-CİHAZ KONTROL VE TESLİM DEFTERİ

CİHAZ KONTROLÜNDE GÜNLÜK DİKKAT EDİLMESİ GEREKENLER

- 1- Aspiratör;
A:Aspire edip etmediği kontrol edilecek
B:Yedek aspiratör sondası bulundurulacak (iki farklı boyda)
C:Kavanozu temiz halde bulundurulacak
D:Prize takılı halde bulundurulacak
- 2- Duvara monte /Seyyar otoskop-ofthalmoskop;
A:Işıklarının yanıp yanmadığı kontrol edilecek
B:Otoskop spekulumları farklı iki boyda 10'ar adet bulundurulacak
C:Prize takılı halde bulundurulacak
- 3- Duvara monte oksijen sistemi;
A:Flowmetrelerdeki distile su değişimleri günlük yenilenecek ve distile su seviyeleri kontrol edilecek
B:Çalışıp çalışmadığı kontrol edilecek
C:Flowmetre üzerine tarih yazılacak
- 4- Seyyar oksijen tüpü;
A: Oksijen tüpünün doluluk oranı kontrol edilecek
B: Flowmetrelerde su bulundurulmayacak
- 5- Sütür setlerinin malzemeleri (penset, makas, portegü) tam ve steril halde bulundurulacak.
- 6- Acil arabası dahil ilaç, malzemeler kontrol edilip eksiklikler tamamlanacak.
- 7- Defibrilatör;
A:Şarj edip etmediği kontrol edilecek
B:Kabloları kontrol edilecek
C:Jeli bulundurulacak
D:6 adet elektrot bulundurulacak
E:EKG kağıdı kontrol edilecek
F:Prize takılı halde bulundurulacak
- 8- Larengoskop ve ambunun çalışırılığı kontrol edilecek
- 9- EKG cihazı;
A:Kabloları kontrol edilecek
B:Jeli bulundurulacak
C:EKG kağıdı kontrol edilecek
D:Prize takılı halde bulundurulacak
- 10- Duvara monte monitör;
A:Monitörlerin çalışıp çalışmadığı kontrol edilecek
B:Tansiyon aletlerinin puar ve manşonları kontrol edilecek
C:Puls oksimetre kablosu ile beraber kontrol edilecek
D:Monitörlerin kabloları kontrol edilecek
- 11- Manuel tansiyon aleti; Puar, manometre ve manşonları kontrol edilecek
- 12- Nebülizatör;
A:Nebülizatör maskesi temiz olarak bulundurulacak
B:Çalışıp çalışmadığı kontrol edilecek
- 13- Buhar makinesi; Temiz ve çalışır halde bulundurulacak
- 14- Hasta başı paneli; Malzemelerin tam ve çalışır olma durumu açısından her vardiyada kontrol edilecek.
- 15- Anestezi Cihazı; İlk açılıştta kullanıcı tarafından günlük kalibrasyonu yapılacak. Medikal gaz kontrol panosundan ve anestezi cihazı üzerindeki gösterge panelinden tıbbi gazların basınç düzeyleri kontrol edilecek.
- 16- Hasta transferinde kullanılan ekipmanların (sedye, yatak, tekerlekli sandalye, transport ventilatör, transport küvöz gibi) tam ve çalışır olma durumu her vardiyada kontrol edilecek.

NOT: Çalışmayan cihazlar birim sorumlusuna bildirilecek ve ilgili birim tarafından kısa sürede onarımları sağlanacak.

KAN VE KAN BİLEŞENLERİ NAKLİ İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Başhezarlık
Mustafa Köylü

1. Form A4 boyutunda olmalıdır.
2. Form kağıt tipi en az sarı saman olmalıdır.
3. Formun içeriği verilen numune ile birebir aynı olmalıdır. (kağıt kalitesi, yazı puntoşu ve form ölçüleri)

Şimal CAN
Kalite Birim Sorumlusu

Hem. Şengün Çuruk
Mersin Üniversitesi Hastane
Başhezarlık Yeri

YAZI PUNTOŞU

Mustafa KÖYLÜ
Mersin Üniversitesi Hastanesi
Sağlık Hizmetleri Koordinatörü

YAZI PUNTOŞU

YAZI PUNTOŞU



KAN VE KAN BİLEŞENLERİ NAKLİ İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Hasta Adı-Soyadı:

Tarih:...../...../.....

Dosya Numarası:

☐

KONU HAKKINDA BİLGİLENDİRİLMEK İSTEMİYORUM

İMZA:

Doktorum/hastamın doktoru..... bana /hastama kan bileşeni nakli yapılmasının hastalıkta anlamlı düzelme ya da olumlu değişiklik yapabileceğini bildirdi. Kan bileşenleri (ek olarak lökositten arındırılmış, ışınlanmış, yıkanmış şekilde):

- Tam Kan,
- Eritrosit konsantresi,
- Taze donmuş plazma,
- Trombosit konsantresi ya da kriyopresipitat olabilir.

Kan ürünlerinin verilmiş süreleri; hastanın klinik durumu ve doktor istemine göre belirlenir.

Bu nakil işleminin sağlayabileceği yarar ve riskler ile alternatif tedaviler açıklandı. Kan bileşenlerinin yasal ve bilimsel kurallara göre hazırlanıp test edilmesine rağmen;

- Bana/hastama öngörülemeyen çeşitli immünolojik, alerjik, mikrobik, fiziksel ya da kimyasal nakil reaksiyonlarına neden olabileceğini,
- Bu reaksiyonların genellikle hafif veya orta derecede seyretmesine rağmen nadiren yaşamı tehdit edecek düzeyde ağır seyredebileceğini,
- Bu reaksiyonların başarılı tedavi girişimlerine rağmen ölümcül de olabileceğini,
- Hatta bu durumun kendi kanım verildiğinde bile gerçekleşebileceğini öğrendim.

En güncel yöntemlerle test edilse bile nadiren kan ve kan bileşenleri nakli ile bazı virüslerin (AIDS, hepatit B, hepatit C gibi hepatit virüsleri) bulaşabileceğini ve buna bağlı olarak aylar ya da yıllar sonra enfeksiyon gelişebilme olasılığı olduğunu biliyorum.

Kan bileşenleri nakli ile ilgili soru sorma fırsatım oldu.

Vermiş olduğum bu "Bilgilendirilmiş Onam" hastaneden taburcu olana dek geçerlidir.**

Kendime/hastama kan ve kan bileşenleri nakli konusunda bilgilendirildim, yazılanları /anlatılanları anladım.*

Lütfen kendi el yazınızla "okudum anladım onaylıyorum/onaylamıyorum" yazınız.

☐

ONAYLIYORUM

☐

ONAYLAMİYORUM

Hasta / hasta yakını. adı soyadı:

İmza:

Hemşire Adı Soyadı:

İmza:

Doktor adı soyadı:

İmza:

(*) Hasta 18 yaşın üstünde ve bilinci yerinde ise bu formu kendi onaylamalıdır. Aksi durumda onay hastanın birinci derece yakını tarafından yapılmalıdır (Anne, baba, kardeş, eş, çocuk).

(**) Hastanın/ hasta yakınının istediği zaman kan bileşeni nakli için olan onayını iptal etme hakkı vardır. Böyle bir durumda hastanın yeni bir onam formunu imzalaması gereklidir.



KAN VE KAN BİLEŞENLERİ NAKLİ İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Hasta Adı-Soyadı:

Tarih:...../...../.....

Dosya Numarası:



KONU HAKKINDA BİLGİLENDİRİLMEK İSTEMİYORUM

İMZA:

Doktorum/hastamın doktoru..... bana /hastama kan bileşeni nakli yapılmasının hastalıkta anlamlı düzelme ya da olumlu değişiklik yapabileceğini bildirdi. Kan bileşenleri (ek olarak lökositlerden arındırılmış, ısıtılmış, yıkanmış şekilde):

- Tam Kan,
- Eritrosit konsantresi,
- Taze donmuş plazma,
- Trombosit konsantresi ya da kriyopresipitat olabilir.

Kan ürünlerinin verilmiş süreleri; hastanın klinik durumu ve doktor istemine göre belirlenir.

Bu nakil işleminin sağlayabileceği yarar ve riskler ile alternatif tedaviler açıklandı. Kan bileşenlerinin yasal ve bilimsel kurallara göre hazırlanıp test edilmesine rağmen;

- Bana/hastama öngörülemeyen çeşitli immünolojik, alerjik, mikrobik, fiziksel ya da kimyasal nakil reaksiyonlarına neden olabileceğini,
- Bu reaksiyonların genellikle hafif veya orta derecede seyretmesine rağmen nadiren yaşamı tehdit edecek düzeyde ağır seyredebileceğini,
- Bu reaksiyonların başarılı tedavi girişimlerine rağmen ölümcül de olabileceğini,
- Hatta bu durumun kendi kanım verildiğinde bile gerçekleşebileceğini öğrendim.

En güncel yöntemlerle test edilse bile nadiren kan ve kan bileşenleri nakli ile bazı virüslerin (AIDS, hepatit B, hepatit C gibi hepatit virüsleri) bulaşabileceğini ve buna bağlı olarak aylar ya da yıllar sonra enfeksiyon gelişebilme olasılığı olduğunu biliyorum.

Kan bileşenleri nakli ile ilgili soru sorma fırsatım oldu.

Vermiş olduğum bu "Bilgilendirilmiş Onam" **hastaneden taburcu olana dek geçerlidir.****

*Kendime/hastama kan ve kan bileşenleri nakli konusunda bilgilendirildim, yazılanları /anlatılanları anladım.**

Lütfen kendi el yazınızla "okudum anladım onaylıyorum/onaylamıyorum" yazınız.



ONAYLIYORUM



ONAYLAMİYORUM

Hasta / hasta yakını. adı soyadı:

İmza:

Hemşire Adı Soyadı:

İmza:

Doktor adı soyadı:

İmza:

(*) Hasta 18 yaşın üstünde ve bilinci yerinde ise bu formu kendi onaylamalıdır. Aksi durumda onay hastanın birinci derece yakını tarafından yapılmalıdır (Anne, baba, kardeş, eş, çocuk).

(**) Hastanın/ hasta yakınının istediği zaman kan bileşeni nakli için olan onayını iptal etme hakkı vardır. Böyle bir durumda hastanın yeni bir onam formunu imzalaması gereklidir.

Başhepsirolük

Yoğun bakım hasta izlem çizelgesi bşh-fr-335 şartnamesi

- Tüm kayıt alanları okunaklı, kolay anlaşılır ve düzenli bir formatta tasarlanmalıdır.
- Formun içeriği verilen numune ile birebir aynı olmalıdır.(kağıt kalitesi, yazı puntosu ve form ölçüleri)
- • **Boyut:** En 50 cm Boy 35 cm olmalıdır
- • **Kağıt Kalitesi:** 1. hamur kâğıt olmalıdır.
- • **Renk:** Siyah-beyaz ve açık mavi olmalıdır.

Şimal CAN
Kalite Birim Sorumlusu

Hem. Şengül GÜRBÜ.
Mersin Üniversitesi Hastane
Başhepsirolük

Müfide R. Z. CAN
Hastane
Başhepsirolük

