

T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ

TEKLİF İSTEME FORMU

11/09/2025

İlan No : 2025-09-3470
İstem No : 82522
Alım No :
Talep Eden Birim : Radyoloji / Bilgisayarlı Tomografi 1
Konu : KIRTASIYE ALIMLARI

Talep Edilen Hasta :

Son Teslim Tarihi & Saat : 16/09/2025 17:00:00

S.No	Malzeme Açıklaması	Miktar	Birim	Birim Fiyat	Toplam Tutar	Marka	UBB kodu	Tesl. Süresi (Gün)
1	RADYOLOJİ ANA BİLİM DALI, BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ-DİREK RADYOĞRAFİ KONTRAST MADDE KULLANIMI İÇİN HASTA ONAM FORMU, RAD-FR-16	10000	Adet					

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

- 1-Tekliflerin yazılı olması,
 - 2-İhale dökümanının tamamen okunup kabul edildiğinin belirtilmesi,
 - 3-Teklif verilen malzemelerin teslim süreleri, varsa barkod numarası, markaları ve ambalaj şekillerinin yazılması,
 - 4-TL (Türk Lirası) olarak fiyat verilip,birim fiyatlarının rakamla ve yazıyla yazılması,
 - 5-Üzerinde kazıntı,silinti,düzeltilme bulunmaması,
 - 6-Ad,Soyad veya ticaret unvanı yazılmak suretiyle yetkili kişilerce imzalanmış olması,
 - 7-Teklif verilmeyecekse FAKS veya mail yoluyla mesajının bir açıklama ile gönderilmesi,
 - 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.
- Önemli 10- Fiyat teklif cetveline teslimat süreleri mutlaka yazılmalıdır**

TESLİMAT SÜRESİ, VARSA UBB KODU,MARKA BELİRTİLMİYEN TEKLİFLER DEĞERLENDİRME DIŞI OLACAKTIR,TEKLİFLER SIRA NUMARASINA GÖRE VERİLMELİDİR.

İrtibat TLF: 0324 241 00 00 -22598-22593-22570-22595-22573

Mail adresi: hastanesatinalma@mersin.edu.tr

Fiyat opsiyonu en az 45 gün olacaktır.

Bünyamin GÜLTEKİN
Hastane Müdür Yrd.

NOT : İlanlarımız www.mersin.edu.tr adresinde yayımlanmaktadır.

KONTRAST MADDE KULLANIMI İÇİN HASTA ONAM FORMU TEKNİK ŞARTNAMESİ

- 1)Bu şartname,hasta onam formlarının basımı ve temini için gerekli teknik koşulları belirlemek amacıyla hazırlanmıştır.
- 2)İdare tarafından yükleniciye bir adet numune form verilecektir.
- 3)Basım,verilen numuneye birebir uygun şekilde yapılacaktır.
- 4)Formlar,paketler halinde düzenli ve sağlam şekilde teslim edilecektir.
- 5)Numuneye ve şartnameye uygun olmayan formlar kabul edilmeyecektir.
- 6)Yüklenici firma 1 adet kendi basımı olan örnek numuneyi Radyoloji AD'ye basımdan önce uygunluk için gönderecek,Radyoloji AD'den uygunluk alınacaktır.

Öğrt. Gör. Dr. Hasan Hüsnü YÜKSEL
Mersin Üniversitesi Hastanesi
Radyoloji A.D.
Dip. Tes. No.: 10031

Prof. Dr. Feramuz Demir APAYDIN
Mersin Üniversitesi Hastanesi
Radyoloji A.D.
Dip. Tes. No.: 10031

BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ – DİREKT RADYOGRAFİ
KONTRAST MADDE KULLANIMI İÇİN HASTA ONAM FORMU

Hasta adı soyadı			
Hasta dosya numarası			
Yapılacak inceleme	Bilgisayarlı tomografi	İntravenöz Ürografi	Diğer (adı yazılacak)

AÇIKLAMA:

Birazdan size damardan kontrast madde verilerek radyolojik inceleme yapılacaktır. Bu incelemenin kontrast madde verilerek yapılması hastalığınızın doğru olarak tanınması için gereklidir.

KONTRAST MADDE NEDİR?

Bazı radyolojik incelemelerden önce, toplardamara takılan bir iğne yardımıyla verilen ilaçtır. Kontrast madde damara verildikten sonra, vücuttaki organ ve dokulara nüfuz eder ve normal organ/dokular ile hastalıklı dokular arasında zıtlık oluşturur. Böylece hastalıklı dokuların tanınması kolaylaşır.

KONTRAST MADDE KULLANIMI SIRASINDA ORTAYA ÇIKAN İSTENMEYEN DURUMLAR NELERDİR?

Kontrast madde verilirken ya da verildikten sonra, bulantı, kusma, ciltte kızamıklık ve kaşıntı, ateş basması gibi durumlar ortaya çıkabilir. Bu durumlar, dakikalar içinde, genellikle tedavi gerektirmeden, kendiliğinden geçer.

Nadiren nefes daralması, kalp atımlarında düzensizlik, şuur bozukluğu, böbrek fonksiyonlarında bozulma gibi tıbbi müdahale gerektiren durumlar oluşabilir.

Çok nadir olarak, nefes ve kalp durması ve ölümlle sonuçlanan durumlar gelişebilir. Bu durumu önceden kestirmek mümkün değildir.

Kontrast madde verilen damarın zedelenmesine bağlı, damarın bulunduğu el, kol gibi vücut bölgelerinde ağrı, şişlik, renk değişikliği görülebilir.

HASTANIN YAPMASI GEREKENLER NELERDİR?

Daha önceden bilinen allerjiniz, kalp ve damar hastalığınız, böbrek hastalığınız, astımınız varsa inceleme öncesi hekiminize bilgi verin.

"Metformin", içeren şeker ilacı (Diaformin, Glange, Glifor, Glucophage, Gluforce, Gluformin, Glukofen, Matofin, Metfull) kullanıyorsanız inceleme öncesi hekiminize bilgi verin.

Kontrast madde verilirken ya da verildikten sonra yukarıda belirtilen durumlar ortaya çıkarsa Radyoloji Birimi'ndeki hekime veya teknikere mutlaka bildirin.

Daha önce BT tetkiki yapıldı mı?	EVET	HAYIR
Önceki BT tetkiki sırasında damardan ilaç (kontrast madde) verildi mi?	EVET	HAYIR
Önceki BT tetkiki sırasında verilen ilaca karşı alerjik reaksiyon gelişti mi?	EVET	HAYIR
İlaç veya gıda alerjisi var mı?	EVET	HAYIR
Böbrek yetmezliği ve böbrek rahatsızlığınız var mı?	EVET	HAYIR
Gebelik olasılığı var mı?	EVET	HAYIR
Astım veya saman nezlesi öyküsü var mı?	EVET	HAYIR
Kalp yetmezliği/ kalp hastalığınız var mı?	EVET	HAYIR

Doktorumun/görevli teknikerin tüm açıklamalarını-yukarıda yazılanları dinledim/okudum. İşlemin riskleri konusunda bilgilendirildim. İşleme bağlı ortaya çıkabilecek sonuçlara ilişkin hiçbir garanti verilemeyeceği tarafıma anlatıldı. İşlem sırasında ve sonrasında beklenmeyen ve öngörülemeyen bir sorunun oluşması halinde başka işlem ve tedavilerin uygulanmasının gerekebileceği belirtildi. Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak herhangi bir ek girişimin, yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabileceği, diğer hallerde tekrar rıza alınacağı bana anlatıldı. Yapılacak işlemde istediğim zaman vazgeçme hakkına sahip olduğumu biliyorum.

Bana yapılacak işlemi ve bu işlem sırasında gelişebilecek komplikasyonlara bağlı doktorların gerekli göreceği girişim ve tedavilerin uygulanmasını, hiçbir baskı altında kalmadan, kendi rızamla kabul ediyorum.

	Adı-Soyadı	Tarih-Saat	İmza
Hasta			
Hasta yakını/vasisi/velisi			
Doktor/Tekniker			