

T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ

TEKLİF İSTEME FORMU

15/09/2025

İlan No : 2025-09-3511
İstem No : 82629
Alım No :
Talep Eden Birim : Radyoloji / Radyoloji
Konu : KIRTASIYE MALZEMESİ ALIM

GT

Talep Edilen Hasta :

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

S.No	Malzeme Açıklaması	Miktar	Birim	Birim Fiyat	Toplam Tutar	Marka	UBB kodu	Test. Süresi (Gün)
1	DRENAJ, HASTA ONAM FORMU, RAD-FR-30	1000	Adet					
2	İĞNE BİYOPSİSİ, HASTA ONAM FORMU, RAD-FR-32	1000	Adet					
3	ANJİYOGRAFİ, HASTA ONAM FORMU, RAD-FR-28	1000	Adet					
4	ANJİYOPLASTİ, HASTA ONAM FORMU, RAD-FR-29	1000	Adet					

Mersin Üniversitesi Hastanesince aşağıda cins, miktar ve özellikleri belirtilen malzemelerin satın alınmasına ihtiyaç duyulmuştur. Proforma 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.**

İĞNE BİYOPSİSİ 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.

Prof. Dr. Engin KARA
MEU Sağlık Araştırma
ve Uygulama Merkezi
Radyodiagnostik A.D.
Diy. Tes. No: 04147/74343

Prof. Dr. Caner ZER
MEU Sağlık Araştırma
ve Uygulama Merkezi
Radyoloji
Diy. Tes. No: 18734

Şimal CAN
Kalite Birim Sorumlusu

ANJİYOGRAFİ 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.

Prof. Dr. Cengiz ÖZER
Mersin Üniversitesi Hastane
Radyoloji
Dip. Tes. No: 46322

Şimal CAN
Kalite Birim Sorumlusu

Prof. Dr. Engin KARA
MEÜ Sağlık Araştırma
ve Uygulama Merkezi
Radyodiyagnostik A.D.
Dip. Tes. No: 84147/74343

ANJİOPLASTİ 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.

Dr. Cengiz YER
Etiler Üniversitesi Hast.
Radyoloji
Dip. Tes. No: 64147/74343

Prof. Dr. Engin KARA
MEU Sağlık Araştırma
ve Uygulama Merkezi
Radyodiagnostik A.D.
Dip. Tes. No: 64147/74343

Şimal CAN
Kalite Birim Sorumlusu

DRENAJ 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.

Prof. Dr. Cener ÖZGEN
Mersin Üniversitesi Tıp Fak.
Radyoloji
Dip. Tes. No: 64147/74343

Prof. Dr. Engin KARA
MEÜ Sağlık Araştırma
ve Uygulama Merkezi
Radyodiagnostik AD.
Dip. Tes. No.: 64147/74343

Şimal CAN
Kalite Birim Sorumlusu



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
MERSİN ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
RADYOLOJİ A.D.



İĞNE BİYOPSİSİ HASTA ONAM FORMU

Hasta adı soyadı :	
Hastanın yaşı	
Protokol no :	

Durum ve İşlem

Hastalık(lar) (Tanı / ön Tanı) :

Seçilen / Uygulanacak İşlem : İğne biyopsisi

Gelişebilecek Komplikasyonlar:

1. Girişim yerinde gerilim hissi, hafif ağrı (narkozun kesilmesinden sonra) ve küçük morluklar; kanama, giriş yerinde ya da girişim yapılan organda damar zedelenmesine bağlı baloncuk gelişimi, atar ve toplardamarlar arasında ilişki ve iç kanamalar görülebilir.
2. Nadiren damarlara mikrop girmesine kadar götürebilen enfeksiyonlar görülebilir.
3. Anestezi ilaçlarına karşı nadiren mide bulantısı, kaşıntı, ürtiker, tansiyon düşmesi, bayılma, kalp ritmi bozuklukları, alerjik reaksiyonlar (örneğin gırtlakta mukoza derisinin şişmesi, astım nöbetleri, kan dolaşım bozuklukları veya şok gibi) gelişebilir.
4. Nadiren iğne ile girilen organda ya da komşu organlarda hasar, diyafram ya da akciğer zarlarının iğne ile delindiği durumlarda akciğerin sönmesine neden olabilen akciğeri saran zarlar arasında hava birikimi (pnömotoraks) gelişebilir.

Doktorumun tüm açıklamalarını dinledim. İşlemin amacı, özellikleri, işlem ile ilgili riskler, işlemi kabul etmemem halinde ortaya çıkabilecek riskler ve diğer tedavi seçenekleri konusunda bilgilendirildim. Sonuçlara ilişkin hiçbir garanti verilemeyeceği tarafıma anlatıldı. İzni geri çekme hakkım bulunduğu ancak yasal açıdan geri çekme hakkımın "tıbbi yönden sakınca bulunmaması" şartına bağlı olduğu açıklandı. Doktorlarımın planladıkları girişim ve/veya tedavilerde, planladıklarına ek girişim ve tedaviler gerektirebilecek durum ya da durumlar ile karşılaşabileceğimi biliyorum. İşlem süresince ve sonrasında beklenmeyen ve öngörülemeyen bir sorunun oluşması halinde işlemin genişletilebileceği veya yukarıda belirtilmemiş başka işlem ve tedavilerin uygulanmasının gerekebileceği anlatıldı. 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. Hastalık ve tedavisi ile ilgili sorulara tatmin edici cevaplar aldım. Karar vermem için yeterli süre tanındı.

Ben (Hasta / yakını tarafından elyazısı ile doldurulacaktır) , bana (hastama) yapılacak işlemi, taşıdığı riskleri ve olabilecek istenmeyen durumlarla(komplikasyonlarla) ilgili yukarıda belirtilen açıklamaları dinledim, okudum, anladım. Bu bilgiler ışığında;

..... isimli girişim ve bunun komplikasyonlarına bağlı doktorların gerekli göreceği girişim ve diğer tedavilerin, Bana (hastam ya) uygulanmasını, hiç bir baskı altında kalmadan, kendi irademle (hastam adına) kabul ettiğimi ve rıza gösterdiğimi beyan ederim.

Gerekli tüm boşluklar imzalanmadan önce doldurulmuştur.

	Adı-Soyadı	Tarih-Saat	İmza
Hasta veya Hasta yakını/vasisi/velisi			
Tanık			
	Adı-Soyadı / Görevi	Tarih-Saat	İmza
Doktor			



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
MERSİN ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
RADYOLOJİ A.D.



ANJİYOĞRAFİ HASTA ONAM FORMU

Hasta adı soyadı :	
Hastanın yaşı	
Protokol no :	

Durum ve İşlem

Hastalık(lar) (Tanı / ön Tanı) :

Seçilen / Uygulanacak İşlem : Anjiyografi

Gelişebilecek Komplikasyonlar:

1. İğne giriş yolunda kanama,
2. Enfeksiyon,
3. İğne giriş yerinde damar zedelenmesine bağlı tıkanıklıklar, baloncuk gelişimi, atar ve toplardamarlar arasında fistül
4. İşlem sırasında kullanılan kontrast madde ile lokal anesteziye veya tedavi amacıyla damar içerisine enjekte edilen ilaca karşı nadiren mide bulantısı, kaşıntı, ürtiker, tansiyon düşmesi, bayılma, kalp ritmi bozuklukları, alerjik reaksiyonlar (örneğin gırtlakta mukoza derisinin şişmesi, astım nöbetleri, kan dolaşım bozuklukları veya şok gibi), böbrek yetmezliği,
5. Kontrast madde ile böbrek fonksiyonlarında bozulma,
6. Kateterize edilen damarlarda nadiren damar zedelenmesi, damar tıkanıklığı (tromboz/emboli) ve kan pıhtısının oluşumu gelişebilir.
7. İşlem sırasında, işlemin süresine göre değişmekle birlikte bir miktar radyasyona maruz kalınmakta olup bu durum gebe ve gebelik şüphesi olanlar için tehlikelidir. Böyle bir durumunuz varsa hekiminize bildiriniz.

Doktorumun tüm açıklamalarını dinledim. İşlemin amacı, özellikleri, işlem ile ilgili riskler, işlemi kabul etmemem halinde ortaya çıkabilecek riskler ve diğer tedavi seçenekleri konusunda bilgilendirildim. Sonuçlara ilişkin hiçbir garanti verilemeyeceği tarafıma anlatıldı. İzni geri çekme hakkım bulunduğu ancak yasal açıdan geri çekme hakkımın "tıbbi yönden sakınca bulunmaması" şartına bağlı olduğu açıklandı. Doktorlarımın planladıkları girişim ve/veya tedavilerde, planladıklarına ek girişim ve tedaviler gerektirebilecek durum ya da durumlar ile karşılaşabileceğimi biliyorum. İşlem süresince ve sonrasında beklenmeyen ve öngörülemeyen bir sorunun oluşması halinde işlemin genişletilebileceği veya yukarıda belirtilmemiş başka işlem ve tedavilerin uygulanmasının gerekebileceği anlatıldı. 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. Hastalık ve tedavisi ile ilgili sorulara tatmin edici cevaplar aldım. Karar vermem için yeterli süre tanındı.

Ben (Hasta / yakını tarafından elyazısı ile doldurulacaktır) , bana (hastama) yapılacak işlemi, taşıdığı riskleri ve olabilecek istenmeyen durumlarla(komplikasyonlarla) ilgili yukarıda belirtilen açıklamaları dinledim, okudum, anladım. Bu bilgiler ışığında;

..... isimli girişim ve bunun komplikasyonlarına bağlı doktorların gerekli göreceği girişim ve diğer tedavilerin, Bana (hastam ya) uygulanmasını, hiç bir baskı altında kalmadan, kendi irademle (hastam adına) kabul ettiğimi ve rıza gösterdiğimi beyan ederim.

Gerekli tüm boşluklar imzalanmadan önce doldurulmuştur.

	Adı-Soyadı	Tarih-Saat	İmza
Hasta veya Hasta yakını/vasisi/velisi			
Tanık			
	Adı-Soyadı / Görevi	Tarih-Saat	İmza
Doktor			



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
MERSİN ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
RADYOLOJİ A.D.



ANJİYOPLASTİ HASTA ONAM FORMU

Durum ve İşlem

Hasta adı soyadı :	
Hastanın yaşı	
Protokol no :	

Hastalık(lar) (Tanı / ön Tanı) :

Seçilen / Uygulanacak İşlem : Anjiyoplasti

Gelişebilecek Komplikasyonlar:

1. İğne giriş yolunda kanama,
2. Enfeksiyon,
3. İğne giriş yerinde damar zedelenmesine bağlı tıkanıklıklar, baloncuk gelişimi, atar ve toplardamarlar arasında fistül
4. İşlem sırasında kullanılan kontrast madde ile lokal anesteziye veya tedavi amacıyla damar içerisine enjekte edilen ilaca karşı nadiren mide bulantısı, kaşıntı, ürtiker, tansiyon düşmesi, bayılma, kalp ritmi bozuklukları, alerjik reaksiyonlar (örneğin gırtlakta mukoza derisinin şişmesi, astım nöbetleri, kan dolaşım bozuklukları veya şok gibi), böbrek yetmezliği,
5. Kontrast madde ile böbrek fonksiyonlarında bozulma,
6. Oldukça nadiren girişim uygulanan kol ya da bacakta kalıcı hasar (sinir felci gibi),
7. Kateterize edilen ve/veya genişletilen damarlarda nadiren damar zedelenmesi, damar tıkanıklığı (tromboz/emboli) ve kan pıhtısının oluşumu gelişebilir.
8. İşlem sırasında, işlemin süresine göre değişmekle birlikte bir miktar radyasyona maruz kalınmakta olup bu durum gebe ve gebelik şüphesi olanlar için tehlikelidir. Böyle bir durumunuz varsa hekiminize bildiriniz.

Doktorumun tüm açıklamalarını dinledim. İşlemin amacı, özellikleri, işlem ile ilgili riskler, işlemi kabul etmemem halinde ortaya çıkabilecek riskler ve diğer tedavi seçenekleri konusunda bilgilendirildim. Sonuçlara ilişkin hiçbir garanti verilemeyeceği tarafıma anlatıldı. İzni geri çekme hakkım bulunduğu ancak yasal açıdan geri çekme hakkımın "tıbbi yönden sakınca bulunmaması" şartına bağlı olduğu açıklandı. Doktorlarımın planladıkları girişim ve/veya tedavilerde, planladıklarına ek girişim ve tedaviler gerektirebilecek durum ya da durumlar ile karşılaşabileceğimi biliyorum. İşlem süresince ve sonrasında beklenmeyen ve öngörülemeyen bir sorunun oluşması halinde işlemin genişletilebileceği veya yukarıda belirtilmemiş başka işlem ve tedavilerin uygulanmasının gerekebileceği anlatıldı. 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. Hastalık ve tedavisi ile ilgili sorulara tatmin edici cevaplar aldım. Karar vermem için yeterli süre tanındı.

Ben (Hasta / yakını tarafından elyazısı ile doldurulacaktır) , bana (hastama) yapılacak işlemi, taşıdığı riskleri ve olabilecek istenmeyen durumlarla(komplikasyonlarla) ilgili yukarıda belirtilen açıklamaları dinledim, okudum, anladım. Bu bilgiler ışığında;

..... isimli girişim ve bunun komplikasyonlarına bağlı doktorların gerekli göreceği girişim ve diğer tedavilerin, Bana (hastam ya) uygulanmasını, hiç bir baskı altında kalmadan, kendi irademle (hastam adına) kabul ettiğimi ve rıza gösterdiğimi beyan ederim.

Gerekli tüm boşluklar imzalanmadan önce doldurulmuştur.

	Adı-Soyadı	Tarih-Saat	İmza
Hasta veya Hasta yakını/vasisi/velisi			
Tanık			
	Adı-Soyadı / Görevi	Tarih-Saat	İmza
Doktor			



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
MERSİN ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
RADYOLOJİ A.D.



DRENAJ HASTA ONAM FORMU

Hasta adı soyadı :	
Hastanın yaşı	
Protokol no :	

Durum ve İşlem

Hastalık(lar) (Tanı / ön Tanı) :

Seçilen / Uygulanacak İşlem : Drenaj

Gelişebilecek Komplikasyonlar:

1. İğne giriş yolunda kanama
2. Enfeksiyon
3. Damar duvarında zedelenme ve damar zedelenmesine bağlı tıkanıklıklar, baloncuk gelişimi, atar ve toplardamarlar arasında fistül
4. İğne ile girilen organda ya da komşu organlarda hasar, diyafram ya da akciğer zarlarının iğne ile delindiği durumlarda akciğerin sönmesine neden olabilen akciğeri saran zarlar arasında hava birikimi (pnömotoraks)
5. İşlem sırasında kullanılan kontrast madde ya da enjekte edilen ilaca karşı nadiren mide bulantısı, kaşıntı, ürtiker, tansiyon düşmesi, bayılma, kardiovasküler yetersizlik, alerjik reaksiyonlar (örneğin gırtlakta mukoza derisinin şişmesi, astım nöbetleri, kan dolaşım bozuklukları veya şok gibi)
6. İşlem sırasında, işlemin süresine göre değişmekle birlikte bir miktar radyasyona maruz kalınmakta olup bu durum gebe ve gebelik şüphesi olanlar için tehlikelidir. Böyle bir durumunuz varsa hekiminize bildiriniz.

Doktorumun tüm açıklamalarını dinledim. İşlemin amacı, özellikleri, işlem ile ilgili riskler, işlemi kabul etmemem halinde ortaya çıkabilecek riskler ve diğer tedavi seçenekleri konusunda bilgilendirildim. Sonuçlara ilişkin hiçbir garanti verilemeyeceği tarafıma anlatıldı. İzni geri çekme hakkım bulunduğu ancak yasal açıdan geri çekme hakkımın "tıbbi yönden sakınca bulunmaması" şartına bağlı olduğu açıklandı. Doktorlarımın planladıkları girişim ve/veya tedavilerde, planladıklarına ek girişim ve tedaviler gerektirebilecek durum ya da durumlar ile karşılaşabileceğimi biliyorum. İşlem süresince ve sonrasında beklenmeyen ve öngörülemeyen bir sorunun oluşması halinde işlemin genişletilebileceği veya yukarıda belirtilmemiş başka işlem ve tedavilerin uygulanmasının gerekebileceği anlatıldı. 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. Hastalık ve tedavisi ile ilgili sorulara tatmin edici cevaplar aldım. Karar vermem için yeterli süre tanındı.

Ben (Hasta / yakını tarafından elyazısı ile doldurulacaktır) , bana (hastama) yapılacak işlemi, taşıdığı riskleri ve olabilecek istenmeyen durumlarla(komplikasyonlarla) ilgili yukarıda belirtilen açıklamaları dinledim, okudum, anladım. Bu bilgiler ışığında;

..... isimli girişim ve bunun komplikasyonlarına bağlı doktorların gerekli göreceği girişim ve diğer tedavilerin, Bana (hastam ya) uygulanmasını, hiç bir baskı altında kalmadan, kendi irademle (hastam adına) kabul ettiğimi ve rıza gösterdiğimi beyan ederim.

Gerekli tüm boşluklar imzalanmadan önce doldurulmuştur.

	Adı-Soyadı	Tarih-Saat	İmza
Hasta veya Hasta yakını/vasisi/velisi			
Tanık			
	Adı-Soyadı / Görevi	Tarih-Saat	İmza
Doktor			

BİLGİLENDİRME FORMU

İstek 82629 08/09/2025

Sıra No	Satınalma Kodu	Satınalma Adı	Mrk. Amb. Mevcudu	Alt Stok Mevcudu	Önceki Yıllık Tüketim	Son Aylık Tüketim	Son Yıllık Tüketim	Son Alış Tarihi	Son Alış Fiyatı	İhale Bilgileri
1	<u>S27309</u>	DRENAJ, HASTA ONAM FORMU, RAD-FR-30	0	0	3000	0	580		0,00	
1	701188	DRENAJ, HASTA ONAM FORMU, RAD-FR-30.	0	0	3000	0	580	<u>17/03/2025</u>	0,60	
2	<u>S27312</u>	İÇNE BİYOPSİSİ, HASTA ONAM FORMU, RAD-FR-32	0	0	0	0	500		0,00	
2	701190	İÇNE BİYOPSİSİ, HASTA ONAM FORMU, RAD-FR-32.	0	0	0	0	500	<u>17/03/2025</u>	0,60	
3	<u>S27307</u>	ANJİYOGRAFI, HASTA ONAM FORMU, RAD-FR-28	0	0	1000	0	500		0,00	
3	701186	ANJİYOGRAFI, HASTA ONAM FORMU, RAD-FR-28.	0	0	1000	0	500	<u>17/03/2025</u>	0,60	
4	<u>S27308</u>	ANJİYOPLASTİ, HASTA ONAM FORMU, RAD-FR-29	0	0	1000	0	0		0,00	
4	701187	ANJİYOPLASTİ, HASTA ONAM FORMU, RAD-FR-29.	0	0	1000	0	0	<u>16/05/2024</u>	0,65	

Günde en az 50 hasta oluyor.
Bölüm ile görüşüldü. formu
bu talep ile 3 ay
yeteli olur dedi.
(Pervin Hemsire)
Tüketim miktarının azlık
olmadı sebebi
bölüm fotoğrafları ile
devam etmiş.

GİZEM KANIMAZ TÜMAY
Mersin Üniversitesi Hastanesi
Stok Kontrol ve Satınalma Birimi