

T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ

TEKLİF İSTEME FORMU

20/10/2025

İlan No : 2025-10-3918
İstem No : 83105
Alım No :
Talep Eden Birim : Radyoloji / Radyoloji
Konu : KIRTASIYE MALZEMESİ ALIMLI

DN

Talep Edilen Hasta :

Son Teslim Tarihi & Saat : 22/10/2025 17:00:00

S.No	Malzeme Açıklaması	Miktar	Birim	Birim Fiyat	Toplam Tutar	Marka	UBB kodu	Test. Süresi (Gün)
1	PERKÜTAN BİYOPSİ - TİROİD VEYA BOYUN - HASTA ONAM FORMU, RAD-FR-24	2000	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 verilir, 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: İlanlarımızı <https://hastane.mersin.edu.tr/tr/kurumsal-satin-alma-ilanlari/> adresinde yayınlanmaktadır.

Bünyamin GÜLTEKİN
HASTANE MÜDÜR YRD.



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
Mersin Üniversitesi Hastanesi
RADYOLOJİ A.D.



PERKÜTAN BIOPSI- TIROID VEYA BOYUN-HASTA ONAM FORMU

Hasta adı soyadı / Yaşı	
Protokol no :	

Durum ve İşlem

Hastalık(lar) : (Tanı / ön Tanı)

(Hastaya veya yakınına ifade edildiği şekli ile yazınız):

Seçilen / Uygulanacak İşlem : Perkütan Biopsi---- Tiroid veya boyun

Gelişebilecek Komplikasyonlar:

1. İğne giriş yolunda kanama
2. Enfeksiyon
3. Biopsi yapılan organ hasarı- cerrahi onarım gerektiren
4. Biopsi yapılan organda/ çevresinde damar yaralanması – hematoma
5. Biopsi yapılan organ komşuluğundaki organ – anatomik yapılarda hasar - cerrahi girişim gerektirebilen

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 öngörülemez 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
Mersin Üniversitesi Hastanesi
RADYOLOJİ A.D.



PERKÜTAN BIOPSI- TIROID VEYA BOYUN-HASTA ONAM FORMU

Hasta adı soyadı /Yaşı	
Protokol no :	

Durum ve İşlem

Hastalık(lar) : (Tanı / ön Tanı)

(Hastaya veya yakınına ifade edildiği şekli ile yazınız):

Seçilen / Uygulanacak İşlem : Perkütan Biopsi---- Tiroid veya boyun

Gelişebilecek Komplikasyonlar:

1. İğne giriş yolunda kanama
2. Enfeksiyon
3. Biopsi yapılan organ hasarı- cerrahi onarım gerektiren
4. Biopsi yapılan organda/ çevresinde damar yaralanması – hematom
5. Biopsi yapılan organ komşuluğundaki organ – anatomik yapılarda hasar - cerrahi girişim gerektirebilen

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 öngörülemez 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.

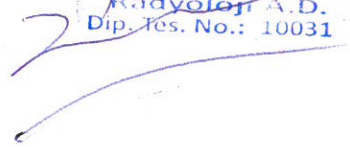
Gerekli tüm boşluklar imzalanmadan önce doldurulmuştur.

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

PERKÜTAN BİOPSİ-TİROID VEYA BOYUN-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.


Doç. Dr. Barış TEN
Mersin Üniversitesi Hastanesi
Radyoloji
Dip. Tes. No.: 014083


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