

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝ/ΚΩΝ ΑΣΦ/ΩΝ  
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 1<sup>η</sup> Υ.Πε ΑΤΤΙΚΗΣ  
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ ΠΕΝΤΕΛΗΣ  
Ταχ. Δ/ση: Ιπποκράτους 8 Πεντέλη  
Υπηρεσία: Γραφείο Προμηθειών  
Πληροφ.: ΕΥΑΓΓ. ΠΛΙΑΚΟΥ  
Τηλ . 213 2052 508 ή 518  
Fax: 213 2052 441

Πεντέλη, 04-07-2019  
Αρ. Πρωτ.: 6922

ΘΕΜΑ: Πρόσκληση Προμήθειας Εξωσυμβατικού Είδους

Το Γενικό Νοσοκομείο Παιδων Πεντέλης προτίθεται να προβεί στην προμήθεια του κάτωθι εξωσυμβατικού είδους με τεχνικές προδιαγραφές, με τη διαδικασία της δημοσίευσης στο διαδίκτυο κατόπιν συλλογής προσφορών, για

**ΕΝΤΥΠΑ ΔΕΛΤΙΑ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗΣ,** (ως το συνημμένο υπόδειγμα του υπ. Υγείας  
( **ΑΔΑ ΩΗΒΘ465ΦΥΟ-6Τ6,** παράρτημα **I** )

- **ΒΙΒΛΙΑΡΙΑ ΤΥΠΟΥ ΜΠΛΟΚ,** που θα περιέχουν τα **ΕΝΤΥΠΑ ΔΕΛΤΙΑ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗΣ** (υπό περιορισμό προωθημένων αντιβιοτικών)
- **100 ΦΥΛΛΩΝ,**
- **ΚΑΡΜΠΟΝΙΖΕ, ΤΡΙΠΛΟΤΥΠΑ**
- **ΓΡΑΜΜΗ ΜΕ ΕΓΚΟΠΕΣ ΚΟΨΙΜΑΤΟΣ ΤΩΝ ΔΕΛΤΙΩΝ,**
- **ποσότητα προς προμήθεια 25μπλοκ**

**ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ: Δ/ΝΤΡΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ Κα ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ τηλ. 213 2052 532,539**

Οι τιμές των προσφερομένων υλικών, δεν θα υπερβαίνουν τις αντίστοιχες ανώτατες τιμές (αν υπάρχουν), του Παρατηρητηρίου Τιμών της Ε. Π. Υ. Οι οικονομικές προσφορές που είναι ανώτερες από τις κατά ανωτέρω παραδεκτές τιμές απορρίπτονται. (Εγκύκλιος ΕΠΥ 2269/19.3.2012 ΑΔΑ: Β445Θ-ΩΩΒ).

Οι προσφορές δύνανται να αποστέλλονται στο Γρ. Προμηθειών μέσω e-mail  
[promitheion@paidon-pentelis.gr](mailto:promitheion@paidon-pentelis.gr), έως **ΠΕΜΠΤΗ 11-07-2019 & ώρα 10:00.**

Η διαδικασία κατάθεσης των προσφορών ξεκινά με τη δημοσίευση του παρόντος.

**Ο ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ**

**ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ ΤΡΙΓΩΝΗΣ**

**\*ΣΥΝΗΜΜΕΝΟ ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ**

**. / .**

ΑΔΑ: ΩΗΒΘ465ΦΥΟ-6Τ6

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι**

**ΔΕΛΤΙΟ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗΣ ΥΠΟ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟ ΠΡΩΤΩΘΗΜΕΝΩΝ  
ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΩΝ**

Νοσοκομείο/Κλινική: \_\_\_\_\_ Ημερομηνία συνταγογράφησης: \_\_\_\_\_  
Όνομα ασθενούς: \_\_\_\_\_ Αριθμός Μητρώου ασθενούς: \_\_\_\_\_

**ΑΝΤΙΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗ ΑΓΩΓΗ**

	Αντιμικροβιακή ουσία	mg/πλάσματος	Οδός χορήγησης	Ημερήσια δόσολογία
1.				
2.				
3.				

Ευχολιγούμενα αντιβιοτικά			
1.		3.	
2.		4.	

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΛΟΙΜΩΣΗΣ**

Παθολόγος μικροοργανισμός:	Είδος λοίμωξης:
Βιολογικό δείγμα απομόνωσης:	Λοίμωξη κοινότητας <input type="checkbox"/>
Αντιβιογράμμα (να επισυνάπτεται όταν είναι διαθέσιμο)	ΝΑΙ ΟΧΙ
	Νοσοκομειακή λοίμωξη <input type="checkbox"/>

**ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

Στοχευμένη θεραπεία	<input type="checkbox"/>
Εμπειρική θεραπεία	<input type="checkbox"/>
Απεκασμός ή προηγηθείσα λοίμωξη από πολλαπλασιαστικό μικροοργανισμό	<input type="checkbox"/>
Προηγηθείσα λήψη καρβαπωνέμης	<input type="checkbox"/>
Προσπεφίτιδα νεφρίτιδα	<input type="checkbox"/>
ΜΕΘ το τελευταίο έτος	<input type="checkbox"/>
Άλλο	<input type="checkbox"/>
	Εξοβαρή νόσηση - Σηπτικό σοκ <input type="checkbox"/>
	Ουδετεροπενία <input type="checkbox"/>
	Ίσχυρο Χρόνιο Παράνοστο <input type="checkbox"/>
	Ανοσήματα..... <input type="checkbox"/>

ΘΕΡΑΠΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ	ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΙΑΤΡΟΣ ΟΕΚΟΧΑ	ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΣ ΟΕΚΟΧΑ
Υπογραφή-σφραγίδα	Υπογραφή-σφραγίδα	Υπογραφή-σφραγίδα