TEKNİK ŞARTNAME

Mantar Pano

Pano yüzeyi 1-2mm mantar, 4mm mdf arkalık ve ortası 6-8mm dopel kartondan oluşmalıdır. Pano etrafı 2.5cm genişliğinde 1.3cm derinliğinde alüminyum çerçeveli olmalıdır.

Alüminyum çerçevenin köşeleri montaj için pastik delikli takozlardan oluşmalıdır.

Ürünlerle beraber (vida,dubel,plastik tıpa) montaj ekipmanları ambalaj içersinde bulunmalıdır. Makam Bayrağı

* Çift kat saten kumaştan imal edilmelidir.
* 100x150 cm bayrak ölçüsüne sahip olmalıdır.
* Bayrağın sol tarafında uçkurluk bulunmalıdır.
* uçkurluğun iki ucunda bayrak direğine asılabilmesi için ip bulunmalıdır
* Bayrak kumaşında leke, solma veya iz bulunmamalıdır.

Masa Bayrağı

15x22,5 cm ölçülerinde olmalıdır.

Çift kat saten kumaştan imal edilmelidir.

Dijital baskı olmalıdır, kenarlar sıcak kesim ile kesilmiş olmalıdır.

Bayrak kumaşında leke, solma veya iz bulunmamalıdır.

Masa Bayrağı Direği Paslanmaz kromdan olmalıdır 2 adet v şeklinde direk girişi olmalıdır direklerin boyu 30 cm olmalıdır alt tabakası düz zeminde eğrilik yapmamalıdır Ayarlanabilir Menü Panosu 1 gövde ve 1 çerçeveden olmalıdır Paslanmaz kromdan olmalıdır

çerçeve yatay ve dikey kullanım için oynar başlı olmalıdır

kullanılan kağıdın düşmemesi için açılır kapanır kapaklı olmalıdır.

ürünün dengede durması için taban sacı ağır olmalıdır

Pleksiglass dosya klasörü

Ürün sert plastik Pleksiglass dan üretilmelidir.

ürünün iç yüzeyinde “Numune Alanı” ibaresi yer almalıdır

I ŞAHin

t'\Aet Hastanesi İVrMadur imcisi

ürünün ön dış yüzenyinde sağ ve sol olmak üzere 2 adet Sağlık bakanlığı logosu yer almalıdır. \ jOzcJÜ

fTD

X?

Doküman No Yayın Tarihi

HE-FR-001

04.01.2016

Revizyon No

00

Revizyon Tarihi

00

TC.

SAĞLIK BAKANLIĞI TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU Ankara ili 3. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği POLATLI DEVLET HASTANESİ

1YI

Sayfa No

C:\Users\SATNAL~1\AppData\Local\Temp\FineReader11.00\media\image1.png

|  |  |
| --- | --- |
| Hastanın Adı soyadı | Tarih |
| Hastanın Kurumu | Dr.Dip. No Adı Soyadı (Varsa Kaşesi) |
| Tabip Kururmu POLATLI DUATEPE DEVLET HASTANESİ |

İLAÇLAR

TUTARI

ACİL SERVİS HASTA GÖZLEM FORMU TEKNİK ŞARTNAMESİ

1. Acil servis hasta gözlem formu A4boyutunda basılmalıdır.
2. Ekteki formlar arkalı önlü tek sayfa halinde basılmalıdır.



SE 7Eh

l- inesi Hitnietter ısı

C:\Users\SATNAL~1\AppData\Local\Temp\FineReader11.00\media\image3.png

**Ankara i**

T.C.

SAĞLIK BAKANLIĞI TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU i 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği POLATLI DUATEPE İLÇE DEVLET HASTANESİ

|  |  |
| --- | --- |
| Doküman No | AS-FR-005 |
| Yayın Tarihi | 04.01.2016 |
| Revizyon No | 00 |
| Revizyon Tarihi | 00 |
| Sayfa No | 1 / 2 |

ACİL SERVİS HASTA GÖZLEM FORMU

**Adı Soyadı:**

**Yaşı/Cinsiyeti:**

**Kimlik No:**

**Şikayeti:**

**Tarih:**

**Protokol No:**

**Doktoru:**

**Öntanı:**

**İSTEMLER:**

**Hormon ( ) Hemogram ( ) Biyokimya ( ) TİT ( )**

CT ( ).

Sedimantasyon ( )

Radyoloji ( ).

USG ( ).

UYGULANACAK TEDAVİ:

Doktor İmza Kaşe

**KONSÜLTASYON:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Bölüm | İstem Saati | Tamamlanma  Saati |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

KONSÜLTASYON

Konsültasyon Notu Bölümü Arka Sayfadadır.

**Taburcu ( )**

**Ex( )**

**Haliyle ( )**

**Sevk( )**

**Yatış ( )**

|  |  |
| --- | --- |
| Doküman No | AS-FR-005 |
| Yayın Tarihi | 04.01.2016 \* |
| Revizyon No | 00 |
| Revizyon Tarihi | 00 |
| Sayfa No | 2/2 |

C:\Users\SATNAL~1\AppData\Local\Temp\FineReader11.00\media\image4.png

T.C.

SAĞLIK BAKANLIĞI TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU Ankara İli 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği POLATLI DUATEPE İLÇE DEVLET HASTANESİ

HASTA TABELASI

**Kabul Tarihi:**

Kabul Saati: Uygulamayı Yapan:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| SAAT | ATEŞ | NABIZ | KB | UYGULANAN TEDAVİ | |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| SONUÇ: | | | | | |
| 1. KONSÜLTASYON | | | | | |
|  | | | | | |
| 2. KONSÜLTASYON | | | | | |
|  | | | | | |
| 3. KONSÜLTASYON | | | | | |
|  | | | | | |
| Tedavi Onay ve Tedavi Sonrası Hasta Bilgilendirme:  Nöbetçi hekim ve sağlık personeli tarafından yapılan tedaviyi kabul ediyorum. Tedavi hakkında gerekli riskler, öneriler ve bilgiler tarafıma bildirilmiştir.  Hasta / Hasta Yakını Adı Soyadı ve İmzası | | | | | |

ACİL NÖBET DEFTERİ TEKNİK ŞARTNAMESİ

1. Arkalı önlü olacak şekilde sayfa sayısı 370 olmalıdır.
2. Ekteki örnek gibi basılmalıdır.

3.Siyah ciltli üzerinde acil nöbet defteri yazmalıdır.

4Defter basımı yatay olmalıdır.

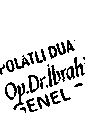
fiky Qphr

REÇETE TEKNİK ŞARTNAMESİ

1. Reçete ekteki bilgileri içermelidir.
2. Boyutu A5 boyutunda 80 gr. olmalıdır.
3. 100 lük ciltler halinde olmalıdır.



Ctdc^r



f\sO