



T.C.  
KİLİS VALİLİĞİ  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
Kilis Devlet Hastanesi

KİLİS DEVLET HASTANESİ - KİLİS DH 22 D SATINALMA  
BİRİMİ  
14/02/2022 08:54 - E-52446582 - 949 - 99  
00158877492

Sayı : 35277066-949

Konu : 1 KALEM TIBBİ SARF ALIMI KAN GAZI TEST KİTİ

TEKLİF MEKTUBU

Hastanemizin ihtiyacı olan aşağıda cins ve miktarı belirtilen malzemelerin/işin alımı 4734 sayılı kamu ihaleleri kanununun 22. maddesinin(d) bendi hükmüne göre yapılacaktır.

Aşağıda cins ve miktarı belirtilen malzemeleri ne kadar bedelle verebileceğiniz hususundaki teklif mektubunuzu en geç 15/02/2022 günü saat 10:00'a kadar Kilis Devlet Hastanesi, doğrudan temin birimine gönderilmesini rica ederim.

1. Satın almadan doğan tüm masraflar satıcıya aittir. KDV ise Müdürlüğümüze aittir.
2. Adı geçen iş için ayrıca nakliye, kargo, montaj vb. hiçbir ücret ödenmeyecektir.
3. Firma uhdesinde kalan malzemeleri siparişi takiben 5 iş günü içerisinde saat 08:30 ile 16:00 arası Kilis Devlet Hastanesi Muayene Komisyonu Birimine teslim edecektir.
4. Mal/hizmet bedeli, teslimatın bitirilip muayene komisyonunca kabul edildiği tarihten itibaren İl Sağlık Müdürlüğü Muhasebe Birimince 2022 mali yılı Döner Sermaye Bütçesinden bütçe imkânları doğrultusunda en geç 15/02 (Yüzübirinci) gün içerisinde ödenecektir.
5. Teklifiniz kaşeli ve imzalı olarak kurumumuza ibraz edilmelidir. Aksi halde teklifiniz dikkate alınmayacaktır.
6. Teklifler genel yekün/kısmi teklif üzerinden değerlendirilecektir.
7. Teklif mektubunun yukarıda belirtilen tarih ve saatten önce Satın Alma Birimimize kapalı zarf içerisinde teslim edilmesi, edilememesi halinde 0 348 814 10 15 no lu telefona faks edilmesi veya [kilisdexlethastanesi@gmail.com](mailto:kilisdexlethastanesi@gmail.com) adresine mail gönderilmesi ve daha sonra teklif mektubunun aslının gönderilmesini rica ederim.
8. Teklif veren firma bütün bu şartları aynen kabul etmiş sayılacaktır.
9. Söz konusu Teklif mektubuna ve Teknik Şartnamesine <http://kilisism.saglik.gov.tr> web sitemizden de ulaşabilirsiniz.
10. Teknik şartname ektedir.

e-imzalıdır.  
Havva YÜKSEK  
İdari ve Mali İşler Müdür Yrd.

TEKLİFLER					
Sıra	Cinsi	Miktar	Birim	Birim Fiyat	Toplam Tutar
1	KAN GAZI TEST KİTİ (ENJEKTÖRLÜ)	3.600	ADET		
				<b>TOPLAM(KDV HARİÇ)</b>	

Kilis Devlet Hastanesi

Tel:0348 822 11 11-10 10 Dahili : 1872 Faks:0348 814 10 15

İrt : HATİCE KIRICI

Kilis Kazım Karabekir Mahallesi Abdullah GÜL Bulvarı No:2/1  
e-posta : [kilisdevlethastanesi@gmail.com](mailto:kilisdevlethastanesi@gmail.com)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: 689c156b-f834-4529-af41-b3a8d247c71a

Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>





## KAN GAZI CİHAZI (ENJEKTÖRLÜ) TEKNİK ŞARTNAMESİ

1. Cihazın test kapasitesi en az 20 Test / saat olmalı ve cihaz sürekli çalışır durumda bulundurulmalıdır. Bir hastanın tüm sonuçlarını en fazla 2 dakikada verebilmelidir. Tüm parametrelerin çalışılması için enjektörden en fazla 200 µl numune gerektirmelidir.
2. Cihaz için kapsam tanımı (Ana cihaz, kesintisiz güç kaynağı, regülatör vb.). Ana cihaz tek parçadan oluşmalıdır. İhalede belirtilen karşılığında bir tanesi acil laboratuvar, bir tanesi doğumhane, 2 tanesi de genel yoğun bakım ve koroner yoğun bakım servisi olmak üzere toplam 4 adet kan gazı cihazı kurulmalıdır.
3. Cihaza numune ve reaktifler yerleştirildikten sonra sonuçlar çıkana kadar bir müdahaleye gerek duyulmamalıdır.
4. Gerekli durumlarda cihaz, hata mesajları vererek kullanıcıyı uyarmalıdır.
5. Teklif edilen cihaz tam otomatik olmalı ve kurulacak cihazlar için barkod okuyucusu ve bilgisayar sistemi gerekmektedir.
6.
  - a) Kurulacak cihazlar şu parametreleri ölçebilmelidir: Glukoz, Sodyum (Na), Potasyum (K), iyonize kalsiyum (iCa), pH, pCO<sub>2</sub>, pO<sub>2</sub>, laktat. Ölçülen parametreler kullanılarak cihaz şu parametreleri de kendisi hesaplayabilmelidir: Total CO<sub>2</sub> (TCO<sub>2</sub>), HCO<sub>3</sub>, BEecf. Hemoglobin ve/veya hematokrit parametreleri ise ölçülebilmeli ya da hesaplanabilmelidir. Ayrıca O<sub>2</sub> Saturasyonu (SO<sub>2</sub>) ölçülebilmeli ya da hesaplanabilmelidir.
  - b) Cihazlardan en az biri (acil laboratuvarına kurulacak olan cihaz) yukarıda belirtilen parametrelere ek olarak COHb düzeyini de ölçebilmelidir. Verilecek kitlerin miadları teslim tarihinden itibaren en az 3 ay miadlı olmalıdır. Kitler hastanenin talebi doğrultusunda parti parti teslim edilecektir. Kitler son kullanma tarihinden bir ay öncesine kadar firmaya haber vermek kaydıyla miktarı ne olursa olsun firma tarafından uzun miadlılarla değiştirilecektir. Kitlerin ve kitlerle ilgili standart ve kontrollerin hatalı sonuç vermesi ve bu durumun giderilememesi durumunda laboratuvarın isteği doğrultusunda bu kitler firma tarafından yenileri ile değiştirilmelidir.
7. Ayrıca bir adaptör gerektirmeksizin kapiller tüp ve enjektörden otomatik olarak aspirasyon yapabilmeli veya numune manuel olarak verilebilmelidir. Cihaza numuneler tek bir yerden verilmeli, ilave parametreler için ayrı ayrı yerlerden numune verilmesine gerek olmamalıdır.
8. Hava kabarcığı, yetersiz örnek gibi kullanıcı hatalarına karşı uyarıcı sistem olmalıdır.
9. Cihaz analiz yapılmadığı dönemde "stand by" modunda kalabilmelidir.
10. Tek veya iki noktalı kalibrasyonlar cihaz tarafından otomatik olarak yapılabilir.
11. Cihaz otomatik veya manuel olarak farklı en az 2 seviyede iç kalite kontrol çalışması yapmalıdır. Manuel olarak iç kalite kontrol çalışan cihazlar günde en az 2 seviye iç kalite kontrol çalışmak için hastanenin ayniyat deposuna 1 yıllık iç kalite kontrol teslim edecektir.
12. Cihazın kullanımı kolay olmalı ve her adımda kullanıcıyı bilgilendiren ekrana sahip olmalıdır.
13. Her türlü arızaya en geç 24 saat içinde ücretsiz olarak müdahale edilecektir. Cihaz arızası 48 saat içinde giderilemeyecek ise cihaz yenisi ile değiştirilecektir. Teklif veren firma arıza durumlarında müdahale edecek personele ait bilgileri teklifinde belirtecektir.
14. Önerilen cihazlar LBYS' e çift yönlü olarak bağlanabilmelidir. Bu bağlanma ile ilgili her türlü destek firma tarafından sağlanacaktır.
15. Cihaz taşınabilir ise portatif özel batarya (en az 1 saat batarya ömrü olmalıdır) veya şehir şebeke cereyanı ile çalışan hasta başı kullanımına uygun olmalıdır. Bataryası olmayan cihazlar için ise cihazla birlikte kesintisiz güç kaynağı ücretsiz olarak verilmeli ve montaj edilmelidir.
16. Sonuçların çıktısı cihazın kendisiyle veya harici bir yazıcı ile alınabilmelidir. Bunun için gerekli her türlü sarf malzemeleri firma tarafından ücretsiz olarak karşılanacaktır.

Dr. Tamer OLOĞLU  
Nispetiye  
Nispetiye Uzmanı  
12.12.12

17. Cihazda çalışılan testlere yönelik dış kalite kontrol çalışmaları, ilgili uzmanın uygun göreceği sıklıkta firma tarafından yapılmalıdır.
18. TITUBB'na kayıtlı ve Sağlık Bakanlığından onaylı olmalıdır.
19. Kalibrasyon, kontrol ve testlerin kaybına yönelik sarf firma tarafından ücretsiz karşılanmalıdır.
20. Kit talebi halinde en geç 24 saat içinde ilgili birime temini sağlanmalıdır. Zamanında temin edilememesi durumunda ilgili birimce tutanak düzenlenecektir. Bu durumun 3 defa tekrarlaması halinde cezai müeyyideleri uygulanacaktır.
21. Cihaz için hastanemizde demo çalışması yapılacak ve bu çalışmada sonuçları uygun bulunmayan cihazlar kabul edilmeyecektir. Cihaz demonstrasyonu istendiğinde; firma, cihazı 5 (beş) gün içerisinde hastanemize kurarak demonstrasyonunu gerçekleştirmeyi taahhüt etmelidir
22. Cihazın hafızasında en az 150 hastanın bilgileri ve ölçüm sonuçları saklanabilmeli ve bu bilgiler istendiğinde yazdırılabilmelidir.
23. Kitler buzdolabında (2 - 8°C) son kullanma tarihine kadar veya 16 - 30°C oda ısısında ambalajı üzerinde yazan son kullanma tarihine kadar saklanabilmelidir. Ambalajında seri numarası, son kullanma tarihi, saklama koşulları vs. bulunmalıdır.
24. Kan gazı kitleri ile birlikte cihazla uyumlu lityum heparinli enjektörler verilecek olup en az 2 cc olmalıdır. Test sayısının % 5'i oranında fazla enjektör istenebilir.

Uzm. Dr. Mustafa K. KOLU  
Eriřimci Uzman  
D.Ş. Tes. 125112