



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Υπουργείο Υγείας
5η Υ.Πε. Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας

Άμφισσα : 22-Οκτ-18
Αρ. Πρωτ.: 6291

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΜΦΙΣΣΑΣ

Προς: **ΚΑΘΕ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΕΝΟ**

Διεύθυνση Διοικητικού
Οικονομικό Τμήμα

Ταχ. Δ/ση33100 Άμφισσα
Πληροφ. ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ
Γραφείο Προμηθειών: κα Μάνδρου
Τηλ. (22653) 50129
Fax (22650) 22086
E-maillog1@gnamfissas.gr

ΘΕΜΑ ► «ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΠΡΟΣΦΟΡΩΝ»

ΧΡΟΝΟΣ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΠΡΟΣΦΟΡΩΝ έως : 29-10-18

ΤΟΠΟΣ ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑΣ: Γ.Ν. Άμφισσας, Γραφείο Προμηθειών, Ταχ. Δ/ση: Οικισμός Δροσοχωρίου , 33100, ΑΜΦΙΣΣΑ

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΙΔΟΥΣ: ΕΝΤΥΠΟ ΥΛΙΚΟ

ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΘΕΙΣΑ ΔΑΠΑΝΗ: 0,00 πλέον Φ.Π.Α.

Το Γ.Ν. Άμφισσας προκειμένου να καλυφθούν οι ανάγκες των τμημάτων, προβαίνει σε πρόσκληση οικονομοτεχνικών προσφορών με την διαδικασία της πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος και με κριτήριο την χαμηλότερη τιμή προκειμένου να προμηθευτεί τα κάτωθι υλικά:

Α/Α	ΚΩΔΙΚΟΣ ΕΙΔΟΥΣ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΙΔΟΥΣ	ΤΕΜΑΧΙΑ	ΣΧΟΛΙΑ
1		ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΟΜΑΔΑΣ ΑΙΜΑΤΟΣ Διάσταση: 21 x 29 cm	20	ΜΠΛΟΚ βλ. δείγμα σελ.3
2		ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ- ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ Διάσταση: 20 x 29,50 cm	40	ΜΠΛΟΚ ΤΡΙΠΛΟΤΥΠΟ (λευκό-ρόζ-κίτρινο) βλ. δείγμα σελ.4
3		ΕΙΣΙΤΗΡΙΟ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Διάσταση: 20 x 29,50 cm	25	ΜΠΛΟΚ ΔΙΠΛΟΤΥΠΟ (λευκό -κίτρινο) βλ. δείγμα σελ.5
4		ΕΞΙΤΗΡΙΟ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Διάσταση: 20 x 29,50 cm	25	ΜΠΛΟΚ ΤΡΙΠΛΟΤΥΠΟ (λευκό-ρόζ-κίτρινο) βλ. δείγμα σελ.6
5		ΦΥΛΛΟ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	3.000	ΦΥΛΛΑ Α3 βλ. δείγμα σελ.7
6		ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΠΑΡΑΔΟΣΕΩΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ Διάσταση: 30 x 40 cm	20	ΜΠΛΟΚ βλ. δείγμα σελ.8
7		ΜΠΛΟΚ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ Διάσταση: 32 x 24 cm	50	ΜΠΛΟΚ βλ. δείγμα σελ.9
8		ΚΑΡΤΑ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ Διάσταση: 21,5 x 30,5 cm	500	ΧΑΡΤΟΝΑΚΙ ΓΑΛΛΑΖΙΟ βλ. δείγμα σελ.10-11

Α/Α	ΚΩΔΙΚΟΣ ΕΙΔΟΥΣ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΙΔΟΥΣ	ΤΕΜΑΧΙΑ	ΣΧΟΛΙΑ
9		“ΕΙΔΙΚΟ ΣΥΝΤΑΓΟΛΟΓΙΟ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ” Διάσταση: 17 x 22,50 cm	5	4/Πλότυπο μπλόκ (1 ^η σελίδα λευκό χρώμα 2 ^η ροζ, 3 ^η γαλάζιο, 4 ^η κίτρινο) βλ. δείγμα σελ.12

- Οι προσφορές πρέπει να είναι σύμφωνες με το Παρατηρητήριο Τιμών της Ε.Π.Υ. και να έχουν ισχύ τουλάχιστον πέντε (5) μηνών.
- Η υποβολή των προσφορών μπορεί να γίνεται είτε μέσω e-mail στο log1@gnamfissas.gr είτε μέσω τηλεομοιοτυπίας (fax) στο 22650-22086.
- Η σύμβαση θα μπορεί να διακόπτεται μονομερώς από την εντολοδόχο Υπηρεσία ή να αναπροσαρμόζεται με κοινή συμφωνία των δύο μερών αν υπογραφεί άλλη σύμβαση στα πλαίσια των Υπηρεσιών του Ελληνικού Δημοσίου με συμφερότερους όρους για όμοιο προϊόν, ή σε περίπτωση προσφοράς προβληματικών προϊόντων εκ μέρους των εταιρειών.
- **Η παράδοση των ειδών θα γίνεται στο τμήμα και στον χώρο που θα υποδεικνύεται από το Νοσοκομείο με έξοδα και ευθύνη του Προμηθευτή, ύστερα από αποστολή εγγράφου αιτήματός μας, το αργότερο τριών (3) εργάσιμων ημερών από τη λήψη του αιτήματος.**
- Παρακαλείσθε να συμμετάσχετε στην διαπραγμάτευση μόνο και εφόσον έχετε ετοιμοπαράδοτο υλικό και άμεση παράδοση.
- Ο προμηθευτής υπόκειται στις νόμιμες κρατήσεις. Ο Φ.Π.Α. βαρύνει το Νοσοκομείο. Για ότι δεν περιλαμβάνεται στην παρούσα ισχύουν οι περί προμηθειών «ΝΟΜΟΙ-ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ».
- Η παρούσα πρόσκληση αναρτήθηκε στην ιστοσελίδα του Υπουργείου Διοικητικής Μεταρρύθμισης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης – Πρόγραμμα Διαύγεια <http://et.diavgeia.gov.gr> και στην ιστοσελίδα του Γ.Ν. Άμφισσας <http://www.gnamfissas.gr>

- 0 -

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ

ΚΑΜΑΡΑΣ ΚΩΝ/ΝΟΣ



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
5η Υ. ΠΕ. ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ & ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΜΦΙΣΣΑΣ



A1
804

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ:

Ημ/νία:

Προς: ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ

Αρ. Μητρ. Ασθ.:

ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΟΜΑΔΑΣ ΑΙΜΑΤΟΣ ABO, Rh ΚΑΙ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΣΥΜΒΑΤΟΤΗΤΑΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Πατρώνυμο:	<input type="text"/>
Ηλικία:	<input type="text"/>	Κλινική:	<input type="text"/>	Ημ/νία εισόδου:	<input type="text"/>
Διάγνωση:	<input type="text"/>				

Εάν προβλέπεται μετάγγιση, να συμπληρωθούν τα κάτωθι:

Προηγήθηκαν άλλες μεταγγίσεις; ΟΧΙ: ΝΑΙ: Πότε;

Παρατηρήθηκαν αντιδράσεις; ΟΧΙ: ΝΑΙ: Ποιες;

Αναφέρεται σε γυναίκες: Αριθμός τοκετών:

Αναφέρεται στο αναμνηστικό γέννηση νεκρού εμβρύου, αυτόματες εκβολές, αιμολυτική νόσος του νεογνού;

Όνοματεπώνυμο διενεργήσαντος την αιμοληψία:

Σημειώστε την περίπτωση:

<input type="checkbox"/> Μετάγγιση εξαιρετικά επείγουσα Σημειώνεται ΜΟΝΟ σε περίπτωση απόλυτης ανάγκης και με ευθύνη του εντέλλοντος την μετάγγιση ιατρού, ο οποίος υποχρεούται να βεβαιώσει το επειγόν ενυπογράφως. Κάθε βεβαιωμένη εξέταση συμβατότητας δημιουργεί σοβαρότατους κινδύνους.	<input type="checkbox"/> Μετάγγιση κατά την εγχείρηση Ημερομηνία: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Μετάγγιση ευθύς ως γίνουν οι εξετάσεις συμβατότητας	<input type="checkbox"/> Προληπτική εξέταση συμβατότητας
<input type="checkbox"/> Μετάγγιση μη επείγουσα	<input type="checkbox"/> Καθορισμός ομάδας αίματος

Αιτούμενη ποσότητα: Ολικού αίματος, μονάδες: Πλάσματος, μονάδες:
(Μονάδα αίματος = 450ml) (Μονάδα αίματος = 450ml)

Συμπυκνωμένων ερυθρών, μονάδες: Πλυμένων ερυθρών, μονάδες:

Ημερομηνία:

Ο/Η υπεύθυνος ιατρός

Συμπληρώνεται από το Εργαστήριο της Αιμοδοσίας

Ομάδα ABO: Rh Φαινότυπος Rh

Αριθμοί Μονάδων	ABO και Rh	Σε φ.ο.	Σε λεύκωμα	Βρομελαΐνη	Coombs



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
5η Υ. ΠΕ. ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ & ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΜΦΙΣΣΑΣ

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ:

2

14

472

ΕΙΣΤΡΗΦΟΥΣ
ΛΕΥΚΟ-ΡΟΖ-ΣΤΕΛΕΧΟΣ

Ημ/νία:

Αρ. Πρωτ:

ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ - ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Πατρώνυμο:	<input type="text"/>
Διεύθυνση:	<input type="text"/>	Τ.Κ. - Πόλη:	<input type="text"/>	Τηλέφωνο:	<input type="text"/>
Ηλικία:	<input type="text"/>	Ασφαλ. Φορέας:	<input type="text"/>	Αρ. Μητρ. Ασφ.:	<input type="text"/>

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΟΥ

Ο/Η υπογεγραμμένος ιατρός βεβαιώνω ότι ο/η υπό τα ανωτέρω στοιχεία ασθενής

Εξετάσθηκε στα Ε.Ι. ή Τ.Ε.Π. την

Νοσηλεύθηκε στο νοσοκομείο μας,

- στην κλινική από έως
- στην κλινική από έως

ΒΕΒΑΙΩΝΕΤΑΙ ΟΤΙ:

Ο ανωτέρω ασθενής πάσχει από

Υπεβλήθη σε

Αγωγή - Οδηγίες

Η παρούσα χορηγείται σε απάντηση της από αίτησής του, για να χρησιμοποιηθεί:

Θεωρήθηκε για το γνήσιο της υπογραφής

Ο/Η Διοικητικός Διευθυντής

Ο/Η Ιατρός

ΛΕΥΚΟ-ΑΣΘΕΝΗΣ ΡΟΖ-ΣΤΕΛΕΧΟΣ



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
5η Υ. ΠΕ. ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ & ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΜΦΙΣΣΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΙΝΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

3

ΕΙΣ ΔΙΠΛΟΥΝ
ΛΕΥΚΟ-ΚΙΤΡΙΝΟ
Αρ. Μητρ. Ασθ.: []

Δ2
111

ΕΙΣΙΤΗΡΙΟ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:	[]	Όνομα:	[]	Πατρώνυμο:	[]
Όνομα μητέρας:	[]	Όνομα συζύγου:	[]		
Διεύθυνση κατοικίας:	[]	Τ.Κ. - Πόλη:	[]	Τηλ.:	[]
Ημ/νία γέννησης:	[]	Ηλικία:	[]	Τόπος γέννησης:	[]
Επάγγελμα:	[]	Α.Δ.Τ. / Αρ. Διαβατηρίου:	[]		
Στοιχεία πλησιέστερου Συγγενούς:	[]	Όνοματεπώνυμο	[]	Τηλ.	[]

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΦΟΡΕΑ

Τρόπος Ασφάλισης:	Άμεσα:	[]	Έμμεσα:	[]	Άμεσα Ασφαλισμένος:	[]	Όνοματεπώνυμο	[]
Ασφ. Φορέας:	[]	Αρ. Μητρ. Ασφ.:	[]	Αρ. Βιβλ.:	[]	Κωδ. Κοιν.:	[]	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

Εντολή εισαγωγής από τον ιατρό: [] Κωδικός Ιατρού: []

A. **Επείγουσα εισαγωγή:** Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών: Τμήμα Εξωτερικών Ιατρείων: Άλλο:

B. **Προγραμματισμένη εισαγωγή**

Αιτία εισαγωγής:	[]	Κωδ. ICD (ισχύουσα έκδοση):	[]
------------------	-----	-----------------------------	-----

Παρατηρήσεις εισόδου: []

Κλινική εισαγωγής: [] Κωδ. Κλινικής: []

Προβλεπόμενη διάρκεια νοσηλείας έως: []

Ημερομηνία εισαγωγής: []

Ο/Η Ιατρός

(υπογραφή-σφραγίδα)

ΕΓΚΡΙΣΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΦΟΡΕΑ *

ΒΕΒΑΙΩΝΕΤΑΙ ΟΤΙ:

Ο/η παραπάνω αναφερόμενος ασθενής εισήλθε στο Νοσοκομείο την []

...../...../200.....
Ο/Η Ελεγκτής Ιατρός

*Χρησιμοποιείται για την περίπτωση έγκρισης από τον Ασφαλιστικό Φορέα

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΜΦΙΣΣΑΣ • ΟΙΚΙΣΜΟΣ ΔΡΟΣΟΧΩΡΙΟΥ Τ.Κ. 33100 • ΤΗΛ.: 22650.28400 • FAX: 22650.22086



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
5η Υ. ΠΕ. ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ & ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΜΦΙΣΣΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΙΝΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

④

ΕΙΣ ΤΡΙΠΛΟΥΝ
ΛΕΥΚΟ - ΡΟΖ - ΚΙΤΡΙΝΟ

Αρ. Μητρ. Ασθ.: Δ2
132

ΕΞΙΤΗΡΙΟ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:	Όνομα:	Πατρώνυμο:	
Διεύθυνση κατοικίας:	Τ.Κ.-Πόλη:	Τηλ.:	
Ημ/νία γέννησης:	Τόπος γέννησης:	Επάγγελμα:	
A.Δ.Τ. / Αρ. Διαβατηρίου:		Ποσοστό συμμετοχής:	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΦΟΡΕΑ

Τρόπος Ασφάλισης:	Άμεσα:	Έμμεσα:	Άμεσα Ασφαλισμένος:	Ονοματεπώνυμο:
Ασφ. Φορέας:	Αρ. Μητρ. Ασφ.:	Αρ. Βιβλ.:	Κωδ. Κοιν.:	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Ημερομηνία εισόδου:		Αριθμ. Εισιτηρίου:	
Κλινική:		Κωδικός Κλινικής:	
Θέση Νοσηλείας:			
Διάγνωση:	Κωδ. ICD (ισχύουσα έκδοση):		
Θεραπεία:			

Έκβαση Νοσηλείας (συμπληρώνεται με x το αντίστοιχο κουτί):

ΙΑΣΗ
 ΒΕΛΤΙΩΣΗ
 ΣΤΑΣΙΜΟΤΗΤΑ
 ΕΠΙΔΕΙΝΩΣΗ
 ΘΑΝΑΤΟΣ

Διακομιδή κατά την έξοδο:

Προς:

Ημερομηνία εξόδου:

Ο/Η Διευθυντής της Κλινικής

Για το Τμήμα Κίνησης Ασθενών

(υπογραφή - σφραγίδα)

(υπογραφή - σφραγίδα)

ΕΓΚΡΙΣΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΦΟΡΕΑ*

ΒΕΒΑΙΩΝΕΤΑΙ ΟΤΙ:

Ο/η παραπάνω αναφερόμενος ασθενής εισήλθε στο Νοσοκομείο την

και εξήλθε την

...../...../201.....

Ο/Η Ελεγκτής Ιατρός

* Χρησιμοποιείται για την περίπτωση έγκρισης από τον Ασφαλιστικό Φορέα

(5)

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΑΜΦΙΣΣΑΣ

Αδ. αρ. Μητρώου (Γενικού)
(Ειδικού)

ΦΥΛΛΟ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

ΚΑΙΝΙΚΗ

Όνοματεπώνυμο Ονομα πατρός

Τόπος γεννήσεως Πατρίς

Τόπος διαμονής Πατρίς

Ηλικία Έτη/μήνα Άνδρας

Ημερομηνία Εισαγωγής Έξοδος

Διάγνωση Έκβαση

ΙΣΤΟΡΙΚΟ

ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ:

ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ:

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ:

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
 5^η ΥΠΕ. ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ & ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΜΦΙΣΣΑΣ

ΤΟΜΕΑΣ
 ΤΜΗΜΑ
 ΜΟΝΑΔΑ
 ΕΞΟΥ. ΙΑΤΡΕΙΟ

ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ

ΠΑΡΑΔΟΣΕΩΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΤΟΥ ΑΠΟΘΕΜΑΤΟΣ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
 (ΠΙΝΑΚΩΝ Β, Γ, ΒΙ, ΒΙΙ ΚΑΙ Δ ΤΟΥ Ν. 1729/87)
 ΜΕΦΑΞΕΥ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Για την αντιμετώπιση εκτάκτων περιστατικών σε ώρες κατ' τήσ οπολες δεν λειτουργεί το φαρμακείο του Νοσοκομείου

ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΟΤ/ΔΟΥ ΑΙΤΟΥ/ΤΟΣ ΣΥΝΤΑΓΗΣ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΩΡΑΡΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ		Ο Ν Ο Μ Α Σ Ι Α Κ Α Ι Ε Ι Δ Ο Σ Φ Α Ρ Μ Α Κ Ο Υ												ΥΠΟΓΡΑΦΕΣ		ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ		
		ΑΠΟ ΩΡΑ	ΕΩΣ ΩΡΑ													ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ-ΤΟΥ	ΠΑΡΑΛΑΒΩΝ			
				X	Π	X	Π	X	Π	X	Π	X	Π	X	Π	X	Π	ΠΑΡΑΔΟΥΣ	ΠΑΡΑΛΑΒΩΝ	
		ΑΠΟ ΜΕΤΑΦΟΡΑ																		
ΣΕ ΜΕΤΑΦΟΡΑ																				

Αυξ. Αριθ.



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΜΗΧΗΛΤΥΤΗΣ
Δ.Υ.Π.Ε.
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Handwritten signature and date: 21/2000

ΕΙΔΙΚΟ ΣΥΝΤΑΓΟΛΟΓΙΟ ΧΟΡΗΓΗΣΕΩΣ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ (ΠΙΝΑΚΑΣ Β & Γ)



Α/Α ΕΙΔΟΥΣ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΙΔΟΥΣ (ονοματολογία - μορφή)	ΠΟΣΟΤΗΤΑ		ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΡ. ΜΗΤΡ. ΑΣΘ.	ΚΛΙΝΙΚΗ/ ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	ΚΩΔ. ΤΜΗΜ.
		ΑΡΙΘ	ΟΛΟΓΡΑΦΩΣ					

Τα πιο πάνω φάρμακα παραδόθηκαν την
Ο/Η Διευθυντής Ιατρός

(Υπογραφή)

Ο/Η Φαρμακοποιός
που έδωσε

(Υπογραφή - σφραγίδα)

Ο/Η Φαρμακοποιός
που παρέδωσε

(Υπογραφή)

Ο/Η παραλαβών

(Ονοματεπώνυμο - υπογραφή)

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΣΙΑΣ (ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ - Τ.Κ. - ΠΟΛΗ - ΤΗΛ. - FAX)