



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
6^η ΥΠΕ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΕΦΑΛΛΗΝΙΑΣ

Τμήμα :Οικονομικό
Γραφείο:Προμηθειών
Ταχ. Δνση : Οδός Σουηδίας-
Αργοστόλι 28100
Τηλέφωνο :2671361123
Email: **prosklisis@1699.syzefxis.gov.gr**

ΠΡΟΣ: ΚΑΘΕ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΕΝΟ

ΘΕΜΑ:ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΓΙΑ ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΕΝΤΥΠΟΥ ΥΛΙΚΟΥ -ΟΔΙΠΥ- ΓΙΑ ΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΕΦΑΛΛΗΝΙΑΣ

ΣΧΕΤ: α.Ν.4412/2016, (ΦΕΚ τ. Α' 147/8-8-2016) περί Δημοσίων Συμβάσεων Έργων, Προμηθειών και Υπηρεσιών - Προσαρμογή στις οδηγίες 2014/24/ΕΕ και 2014/25/ΕΕ,όπως τροποποιήθηκε και ισχύει σήμερα

β. Ν.4782/2021

γ.Το Ν.4270/2014 (Α' 143) «Αρχές δημοσιονομικής διαχείρισης και εποπτείας (ενσωμάτωση της Οδηγίας 2011/85/ΕΕ) – δημόσιο λογιστικό και άλλες διατάξεις»,

δ. Το Ν.4250/2014 (Α' 74) «Διοικητικές Απλουστεύσεις-Καταργήσεις, Συγχωνεύσεις Νομικών Προσώπων και Υπηρεσιών του Δημοσίου Τομέα-Τροποποίηση Διατάξεων του π.δ.318/1992 (Α' 161) και λοιπές ρυθμίσεις» & ειδικότερα τις διατάξεις του άρθρου 1,

ε. Το Ν.4013/2011 (Α' 204) «Σύσταση ενιαίας Ανεξάρτητης Αρχής Δημοσίων Συμβάσεων και Κεντρικού Ηλεκτρονικού Μητρώου Δημοσίων Συμβάσεων»,

ζ. Το Ν.3861/2010 (Α' 112) «Ενίσχυση της διαφάνειας με την υποχρεωτική ανάρτηση νόμων και πράξεων των κυβερνητικών, διοικητικών και αυτοδιοικητικών οργάνων στο διαδίκτυο "Πρόγραμμα Διαύγεια" και άλλες διατάξεις»,

η. Το Π.Δ.28/2015 (Α' 34) "Κωδικοποίηση διατάξεων για την πρόσβαση σε δημόσια έγγραφα και στοιχεία",

θ. Το Π.Δ.80/2016 (Α' 145) "Ανάληψη υποχρεώσεων από τους Διατάκτες".

Το Γενικό Νοσοκομείο Κεφαλληνίας λαμβάνοντας υπόψη τα ανωτέρω σχετικά , γνωστοποιεί σε κάθε ενδιαφερόμενο ότι προβαίνει σε πρόσκληση υποβολής προσφοράς για προμήθεια έντυπου υλικού όπως περιγράφονται στο Παράρτημα Α και με κριτήριο κατακύρωσης τη χαμηλότερη τιμή.Οι προσφορές που θα κατατεθούν θα πρέπει να περιέχουν τιμές κατώτερες ή τουλάχιστον ίσες του παρατηρητηρίου τιμών της ΕΠΥ, για όσα υλικά υπάρχουν καταχωρημένα σε αυτό και να έχουν διάρκεια ισχύος προσφοράς για (3) μήνες.Τα είδη να φέρουν σήμανση CE MARK.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α.

* Ευρίμετρο Κινδύνου Πτώσης Μήλου	Μήλου	10
Ασπίδα (Morse Fall scale)		
* Ευρίμετρο Ευφάντων Πτώσης	Μήλου	10
* Βασική Αφίσχηση Ασπίδα	Μήλου	30
* Πρωτεύοντα Παραταξία	Μήλου	5
Τυλιγών 6' γωνιατών ασπίδα		
* Καταγραφή Έκλειν Νέους	Μήλου	20



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Υπουργείο Υγείας



ΚΩΔ.Ν009

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΑΡ.ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ:

ΑΡ.ΘΑΛΑΜΟΥ: ΚΛΙΝΗ:

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΠΤΩΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ (MORSE FALL SCALE)

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ		
Επώνυμο:	Όνομα:	Πατρώνυμο:
Ημερομηνία Γέννησης (ηλικία):		
Ημερομηνία εκτίμησης:		
Ημερομηνία επανεκτίμησης:		
ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ		SCORE
ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΠΤΩΣΗΣ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ (βαθμολογία με 0) <input type="checkbox"/> ΝΑΙ (βαθμολογία με 25)	
ΣΥΝΟΔΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ/ ΔΕΥΤΕΡΕΟΥΣΑ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ (βαθμολογία με 0) <input type="checkbox"/> ΝΑΙ (βαθμολογία με 15)	
ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗ ΕΝΙΣΧΥΣΗ	<input type="checkbox"/> καμία ή με βοήθεια από τον επαγγελματία υγείας (βαθμολογία με 0) <input type="checkbox"/> κάνει χρήση βοηθήματος (κηδομένες, πατερίτσες, κα) (βαθμολογία με 15) <input type="checkbox"/> σε πλήρη εξάρτηση από βοηθήματα (βαθμολογία με 30)	
ΕΝΔΟΑΓΓΕΙΑΚΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΥΓΡΩΝ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ (βαθμολογία με 0) <input type="checkbox"/> ΝΑΙ (βαθμολογία με 20) ΓΡΑΜΜΗ: <input type="checkbox"/> ΚΕΝΤΡΙΚΗ <input type="checkbox"/> ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ	
ΒΑΔΙΣΗ	<input type="checkbox"/> κανονική/ακινήσια (βαθμολογία με 0) <input type="checkbox"/> αδύναμη/ασταθής (βαθμολογία με 10) <input type="checkbox"/> αναπηρία (βαθμολογία με 20)	
ΨΥΧΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	<input type="checkbox"/> γνωρίζει την κατάσταση του (βαθμολογία με 0) <input type="checkbox"/> υπερεκτιμά ή ξεχνά την κατάσταση του (βαθμολογία με 15)	
		ΣΥΝΟΛΙΚΟ SCORE
ΕΠΙΠΕΔΟ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	MORSE FALL SCALE SCORE	ΔΡΑΣΗ
<input type="checkbox"/> Χωρίς κίνδυνο	0-24	Βασική νοσηλευτική φροντίδα
<input type="checkbox"/> Χαμηλός κίνδυνος	25-45	Ασθενής σε κίνδυνο για πτώση. Ασθενής υπο επιτήρηση. Εβδομαδιαία επαναξιολόγηση.
<input type="checkbox"/> Υψηλός κίνδυνος	≥46	Ασθενής σε μεγάλο κίνδυνο για πτώση. Να ληφθούν τα απαραίτητα μέτρα και να βρίσκεται σε συνεχή επιτήρηση.
ΟΝΟΜ/ΜΟ & ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ:		



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Υπουργείο Υγείας



ΚΩΔ.Ν001

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ:

ΑΡ.ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ:

ΑΡ.ΘΑΛΑΜΟΥ:

ΚΛΙΝΗ:

ΒΑΣΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ				
Επώνυμο:	Όνομα:		Πατρώνυμο:	
Διεύθυνση:	Τ.Κ.-Πόλη:		Τηλέφωνο:	
Ημερομηνία Γέννησης:	Ηλικία:	Επάγγελμα		
Υψηκότητα:	Ασφαλιστικός Φορέας:		Αρ. Μητρ. Ασφάλισης:	
Στοιχεία πλησιέστερου ατόμου σε περίπτωση ανάγκης:	Επώνυμο:	Όνομα:		
	Διεύθυνση:	Τηλέφωνο:		
ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ				
Ημερομηνία Εισόδου:	Ώρα Εισαγωγής:			
Είδος εισαγωγής	Προγραμματισμένη: <input type="checkbox"/>	Επείγουσα: <input type="checkbox"/>		
Τρόπος Μεταφοράς	Περιπατητικός: <input type="checkbox"/>	Τροχήλατη καρέκλα: <input type="checkbox"/>	Φορείο: <input type="checkbox"/>	
Συνοδεύεται	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>		
Πληροφορίες δίνει:	Ο ασθενής: <input type="checkbox"/>	Άλλο άτομο: <input type="checkbox"/>		
Αυτοεξυπηρέτηση:	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>			
Επικοινωνία:	Συνεργάσιμος: <input type="checkbox"/>	Επιθετικός: <input type="checkbox"/>	Απαθής: <input type="checkbox"/>	
ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ				
ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ:				
Λοιμώδη Νοσήματα:				
Προηγούμενη Εισαγωγή σε Νοσοκομείο - Αιτία Εισαγωγής:				
ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ				
Ημερομηνία:				
Πιθανή Διάγνωση Εισόδου:				
Κύρια συμπτώματα κατά την εισαγωγή:				
Ζωτικά σημεία:	Αρτ. Πίεση (mmHg):	Σφίξεις (/min):	Θερμ/σία (οc):	Αναπνοές (/min):
Κορεσμός O ₂ :				
Σωματομετρικά Στοιχεία:	Ύψος (cm):	Βάρος(kg):		
Ομιλία :	Καλή: <input type="checkbox"/> Βράγχος: <input type="checkbox"/> Δεν μπορεί να μιλήσει: <input type="checkbox"/>	Ομιλεί ξένη γλώσσα: <input type="checkbox"/>		
Ακοή:	Κανονική: <input type="checkbox"/>	Βαρηκοία: <input type="checkbox"/>	Κώφωση: <input type="checkbox"/>	
Όραση:	Κανονική: <input type="checkbox"/>	Υποβοηθούμενη: <input type="checkbox"/>	Τύφλωση: <input type="checkbox"/>	
Βάδιση:	Κανονική: <input type="checkbox"/>	Υποβοηθούμενη: <input type="checkbox"/>		
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:				

ΔΕΡΜΑ										
Χρώμα :	Φυσιολογικό: <input type="checkbox"/>									
	Κυανωτικό: <input type="checkbox"/>									
	Ικτερικό: <input type="checkbox"/>									
	Ωχρό: <input type="checkbox"/>									
Εξανθήματα: <input type="checkbox"/>										
Έλκη: <input type="checkbox"/>										
Εκδορές: <input type="checkbox"/>										
Κατακλίσεις: <input type="checkbox"/>										
Παρατηρήσεις:										
ΠΟΝΟΣ										
Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>									
Εάν ναι, χρήση της Κλίμακας NRS:										
Πως περιγράφει ο ασθενής τη βαρύτητα του πόνου;										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Απουσία πόνου	Ήπιος πόνος			Μέτριος πόνος			Σοβαρός Πόνος			
Παρατηρήσεις:										
ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ										
Χωρίς συμπτώματα: <input type="checkbox"/>										
Καρδιακός ρυθμός:	Ρυθμικός: <input type="checkbox"/>									
Υπέρταση:	Ναι <input type="checkbox"/>									
	Άρρυθμος: <input type="checkbox"/>									
	Όχι <input type="checkbox"/>									
Παρατηρήσεις:										
ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ										
Χωρίς συμπτώματα: <input type="checkbox"/>										
Αναπνοή:	Κανονική: <input type="checkbox"/>									
Βήχας:	Ναι <input type="checkbox"/>									
	Όχι <input type="checkbox"/>									
	Εργώδης: <input type="checkbox"/>									
	Με απόχρεμψη: <input type="checkbox"/>									
	Χωρίς απόχρεμψη: <input type="checkbox"/>									
	Δύσπνοια: <input type="checkbox"/>									
Παρατηρήσεις:										
ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ										
Χωρίς συμπτώματα: <input type="checkbox"/>										
Ναυτία:	Ναι <input type="checkbox"/>									
Έμετος :	Ναι <input type="checkbox"/>									
Διάταση κοιλίας:	Ναι <input type="checkbox"/>									
	Όχι <input type="checkbox"/>									
Παχύ έντερο:	Κένωση: <input type="checkbox"/> Φυσιολογική, <input type="checkbox"/> Δυσκοιλιότητα, <input type="checkbox"/> Διάρροια, <input type="checkbox"/> Μέλαινα Κένωση, <input type="checkbox"/> Αιμμοροίδες, <input type="checkbox"/> Διάταση κοιλιάς, <input type="checkbox"/> Κολοστομία									
Παρατηρήσεις:										
ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ										
Χωρίς συμπτώματα: <input type="checkbox"/>										
Συχνουρία:	Ναι <input type="checkbox"/>									
Δυσουρία:	Ναι <input type="checkbox"/>									
Αιματουρία:	Ναι <input type="checkbox"/>									
Ολιγουρία:	Ναι <input type="checkbox"/>									
Ανουρία:	Ναι <input type="checkbox"/>									
	Όχι <input type="checkbox"/>									
	Όχι <input type="checkbox"/>									
	Όχι <input type="checkbox"/>									
	Όχι <input type="checkbox"/>									
	Όχι <input type="checkbox"/>									

Παρατηρήσεις:		
ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ		
Χωρίς συμπτώματα: <input type="checkbox"/>		
Σακχαρώδης Διαβήτης:	Τύπου 1 (Μη Ινσουλινοεξαρτώμενος): <input type="checkbox"/>	
	Τύπου 2 (Ινσουλινοεξαρτώμενος): <input type="checkbox"/>	
Διαταραχές θυρεοειδούς:	Υπερθυρεοειδισμός: <input type="checkbox"/>	Υποθυρεοειδισμός: <input type="checkbox"/>
Παρατηρήσεις:		
ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ		
Χωρίς συμπτώματα: <input type="checkbox"/>		
Επίπεδο συνείδησης:	Προσανατολισμένος (σε τόπο-χρόνο-πρόσωπα): <input type="checkbox"/>	
	Σύγχυση ή Λήθαργος: <input type="checkbox"/>	
	Κώμα: <input type="checkbox"/>	
Κορικές Ενδείξεις οφθαλμών:	Διεσταλμένες κόρες: <input type="checkbox"/>	Ανισκορία: <input type="checkbox"/>
Επιληπτικές κρίσεις:	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	
Παρατηρήσεις:		
ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ		
Α/Α	Είδος	Δόση

Ο/Η Νοσηλεύτής/τρια

(ονοματεπώνυμο-υπογραφή)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Υπουργείο Υγείας



ΚΩΔ.Ν011

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΑΡ.ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:/...../.....

ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΤΙΜΑΛΦΩΝ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:	Όνομα:	Πατρώνυμο:
Διεύθυνση:	Τ.Κ.-Πόλη:	Τηλέφωνο:
Ηλικία:	Αρ. Αστυνομικής Ταυτότητας:	
Στοιχεία πλησιέστερου ατόμου σε περίπτωση ανάγκης:	Επώνυμο:	Όνομα:
	Διεύθυνση:	Τηλέφωνο:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΠΟΥ ΥΠΟΔΕΧΟΝΤΕ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ

Τμήμα/Κλινική:	Ώρα:	Ημερομηνία παραλαβής:
----------------	------	-----------------------

ΠΑΡΕΛΗΦΘΕΝΤΑ ΕΙΔΗ

Α. ΧΡΗΜΑΤΑ:

Β. ΕΓΓΡΑΦΑ:

Γ. ΤΙΜΑΛΦΗ (πολύτιμα αντικείμενα π.χ. κοσμήματα, ρολόγια):

Δ. ΙΜΑΤΙΣΜΟΣ:

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ

	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1.			
2.			

ΠΑΡΑΔΟΣΗ ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ/ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ Ή ΣΕ ΑΣΤ ΥΝΟΜΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ

Παραδόθηκε στ...ν με ΑΔΑΤ:.....
 από τ...ν με ΑΔΑΤ:.....
 στις/...../..... τα παραπάνω είδη προς φύλαξη.

ΠΑΡΑΛΑΒΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟ/ ΣΥΓΓΕΝΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΟ/ ΑΛΛΟ

Τα παραπάνω είδη παραλήφθηκαν από τ...ν
 του....., με ΑΔΑΤ:....., τηλ.:..... στις/...../.....
 από τ...ν με ΑΔΑΤ:.....
 Και δηλώνεται ότι δεν υπάρχει καμία απώλεια. Σχέση με τον δικαιούχο:.....

Ο ΠΑΡΑΔΙΔΩΝ (Όνοματεπώνυμο – Υπογραφή)

Ο ΠΑΡΑΛΑΒΩΝ (Όνοματεπώνυμο – Υπογραφή):

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Υπουργείο Υγείας

ΚΩΔ. Ν008

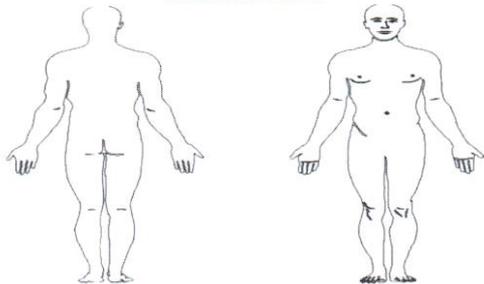
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΑΡ.ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ:

ΑΡ.ΘΑΛΑΜΟΥ: ΚΛΙΝΗ:

ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΕΛΚΩΝ ΠΙΕΣΗΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ					
Επώνυμο:		Όνομα:		Πατρώνυμο:	
Ημερομηνία Γέννησης:		Ηλικία:			
Διάγνωση:		Συνοδός Παθήσεων:			
Ημερομηνία εισαγωγής:	Εξόδου:	Ημερομηνία Εκτίμησης:		Επανεκτίμησης:	
ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΑΤΑΚΛΙΣΗΣ					
ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΔΕΡΜΑ:		ΑΠΩΛΕΙΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ 	
		ΧΡΩΜΑ:	<input type="checkbox"/> ΕΡΥΘΡΟ		
			<input type="checkbox"/> ΚΥΑΝΟ		
			<input type="checkbox"/> ΑΛΛΟ		
		ΣΤΕΓΝΟ:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ		
		ΥΓΡΟ:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ		
		ΟΙΔΗΜΑΤΩΔΕΣ:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ		
		ΣΚΛΗΡΟ:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ		
		ΘΕΡΜΟ:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ		
		ΨΥΧΡΟ:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ		
ΝΕΚΡΩΜΕΝΟΙ ΙΣΤΟΙ:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	ΕΣΧΑΡΑ:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ		
ΕΞΙΔΡΩΜΑ:	<input type="checkbox"/> ΟΡΩΔΕΣ <input type="checkbox"/> ΟΡΟΑΙΜΑΤΗΡΟ <input type="checkbox"/> ΠΥΩΔΕΣ				
ΟΣΜΗ:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ				
ΠΟΝΟΣ:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ				
ΣΤΑΔΙΑ ΕΛΚΩΝ ΠΙΕΣΗΣ (ΔΙΕΘΝΗΣ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΕΡΥΑΡ)					
ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ					
ΣΤΑΔΙΟ	ΟΡΙΣΜΟΣ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ	1ο έλκος	2ο έλκος	3ο έλκος
1	Ερύθημα χωρίς επαναφορά σε δέρμα που δεν έχει λύση της συνέχειας	Δυσχρωμία δέρματος, θερμότητα, οίδημα και σκληρία ειδικότερα σε άτομα με πιο σκούρο δέρμα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Μερικού πάχους απώλεια δέρματος	Επηρεάζει την επιδερμίδα, το δέρμα ή και τα δύο. Το έλκος είναι επιφανειακό και εμφανίζεται κλινικά σαν κδορά ή σαν φλύκταινα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Ολικού πάχους απώλεια δέρματος	Περιλαμβάνει επίσης καταστροφή του υποδόριου ιστού που μπορεί να επεκταθεί προς τα κάτω αλλά όχι διαμέσου της υποκείμενης περιτονίας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Εκτεταμένη βλάβη	Νέκρωση ιστών, βλάβη στο μυ, στα οστά ή στις υποστηρικτικές δομές με ή χωρίς ολικού πάχους απώλεια δέρματος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Ασταδιοποίητο	Ολικού πάχους απώλεια ιστού ή δέρματος αγνώστου βάθους. Το έλκος είναι πλήρως καλυμμένο με εσχάρα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Υποψία βλάβης εν τω βάθει ιστών	Μωβ ή κυανέρυθρη εντοπισμένη περιοχή δυσχρωματισμού του επιτολούς δέρματος ή φυσαλίδα γεμάτη με αίμα εξαιτίας βλάβης των υποκείμενων μαλακών μοριών. Οι παρακείμενοι ιστοί μπορεί να είναι σφικτοί, μαλακοί, εύθρυπτοι, ψυκτοί ή θερμοί	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Στην προσφορά να αναφέρεται ο αριθμός των φύλλων του είδους.

Οι προσφορές θα αποστέλλονται μέχρι Πέμπτη 20-03-2025 και ώρα 14:00 στο email: **prosklisis@1699.syzefxis.gov.gr** Στο **θέμα** του μηνύματος να αναγράφουν τον **αρ.πρωτ.** της ανάρτησης, την επωνυμία της εταιρίας **και το email των παραγγελιών.**

Η Διευθύντρια Διοικητικού-Οικονομικού

Μαριάννα Σαφή