



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
 5<sup>η</sup> Υ.ΠΕ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ ΚΑΙ ΣΤΕΡΕΑΣ  
 ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΡΠΕΝΗΣΙΟΥ  
 ΠΑΥΛΟΥ ΜΠΑΚΟΓΙΑΝΝΗ 2  
 ΤΚ 36100  
 ΤΗΛ 2237350168  
 EMAIL: [maparoutsa@1140.syzefxis.gov.gr](mailto:maparoutsa@1140.syzefxis.gov.gr)

Αριθ. Πρωτ: 4085/22-05-2026

ΠΡΟΣ: Ν. ΚΟΛΥΤΟΣ & ΣΙΑ Ε.Ε.

**ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΠΡΟΣΦΟΡΑΣ**

Το Γ.Ν. Καρπενησίου έχοντας υπόψη:

- Την με αρ. πρωτ.: 237/20-05-2026 (ΑΔΑ: 95ΠΕ4690ΒΘ-7ΕΗ) απόφαση Δ.Σ. με την οποία εγκρίνεται η αποστολή πρόσκλησης (απευθείας ανάθεσης άρθρο 118 του Ν. 4412/2016 και άρθρο 50 του Ν.4782/2021), το προσχέδιο της εν λόγω πρόσκλησης με τους κάτωθι όρους συμμετοχής, ενδιαφέρεται να σας αναθέσει την προμήθεια «Εντύπων», εκτιμώμενου ενδεικτικού προϋπολογισμού με Φ.Π.Α. 4.545,66€ και αναλυτικά :

**ΠΙΝΑΚΑΣ ΖΗΤΟΥΜΕΝΩΝ ΕΙΔΩΝ**

| A/A | ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΙΔΟΥΣ   | ΜΟΝ. ΜΕΤΡ. | ΠΟΣΟΤΗΤΑ | ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΤΙΜΗ ΤΕΜΑΧΙΟΥ ΧΩΡΙΣ ΦΠΑ | ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΧΩΡΙΣ ΦΠΑ | ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΜΕ ΦΠΑ |
|-----|--|------------|----------|------------------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| 1   | Βιβλίο ακτινολογικού (300 φύλλων με χοντρό εξώφυλλο, διαστάσεις εξώφυλλου 34,5 x 25 cm, διαστάσεις φύλλων 33,5 x 24 cm, 2 σελίδες ανά φύλλο) | τμχ        | 2        | 65,00€                             | 130,00€                     | 161,20€                  |
| 2   | Βιβλίο τοκετών (300 φύλλων με χοντρό εξώφυλλο, διαστάσεις εξώφυλλου 25 x 34,5 cm, διαστάσεις φύλλων 24 x 33,5 cm, 2 σελίδες ανά φύλλο)       | τμχ        | 1        | 80,00€                             | 80,00€                      | 99,20€                   |
| 3   | Κάρτα καταγραφής ομάδας αίματος (διαστάσεις 8,5 x 11,5 cm)   | τμχ        | 1000     | 0,09€                              | 90,00€                      | 111,60€                  |
| 4   | I-Y Μπλοκ συνταγών (μπλοκ 100 φύλλων, διαστάσεις 15 x 21 cm)   | τμχ        | 300      | 0,59€                              | 177,00€                     | 219,48€                  |
| 5   | Μπλοκ εργαστηριακών εξετάσεων (μπλοκ 100 φύλλων, διαστάσεων Α4)  | τμχ        | 100      | 1,68€                              | 168,00€                     | 208,32€                  |
| 6   | Μπλοκ ακτινολογικής εξέτασης (μπλοκ 100 φύλλων, διαστάσεων Α4)   | τμχ        | 100      | 1,73€                              | 173,00€                     | 214,52€                  |
| 7   | Φάκελοι ασθενών (49 x 39cm χαρτόνι με αυτιά και με λογότυπο του Νοσοκομείου)   | τμχ        | 500      | 0,96€                              | 480,00€                     | 595,20€                  |

|  |  |       |      |         |         |                  |
|--|--|-------|------|---------|---------|------------------|
| 8  | Χαρτί μηχανογραφικό με καρμπόν ενταλάτων (τριπλότυπο: λευκό-ροζ-κίτρινο, διαστάσεων 24 x 28 cm)  | κουτί | 2    | 190,00€ | 380,00€ | 471,20€          |
| 9  | Φάκελοι αλληλογραφίας αυτοκόλλητοι 11 x 23cm   | τμχ   | 2000 | 0,061€  | 122,00€ | 151,28€          |
| 10   | Παραπεμπτικό υπερηχοτομογραφικής εξέτασης (μπλοκ διπλότυπο: λευκό-κίτρινο, διαστάσεων 13 x 21cm, 100 φύλλων)                                   | τμχ   | 50   | 2,80€   | 140,00€ | 173,60€          |
| 11   | Βιβλίο πρωτόκολλο (200 φύλλων με χοντρό εξώφυλλο, διαστάσεις εξώφυλλου 33 x 24 cm, διαστάσεις φύλλων 31 x 22 cm, 2 σελίδες ανά φύλλο)          | τμχ   | 5    | 30,00€  | 150,00€ | 186,00€          |
| 12   | Βιβλίο εξωτερικών ιατρείων (200 φύλλων με χοντρό εξώφυλλο, διαστάσεις εξώφυλλου 43 x 30 cm, διαστάσεις φύλλων 42 x 29 cm, 2 σελίδες ανά φύλλο) | τμχ   | 20   | 35,00€  | 700,00€ | 868,00€          |
| 13   | Έντυπο διακομιδής ασθενούς εκτός νομού (μπλοκ 100 φύλλων, διαστάσεων 21 x 29 cm)   | τμχ   | 10   | 5,35€   | 53,50€  | 66,34€           |
| 14   | I-Y ιατρική γνωμάτευση-βεβαίωση (μπλοκ 100 φύλλων, διαστάσεων A4)  | τμχ   | 20   | 4,03€   | 80,60€  | 99,94€           |
| 15   | Γνωμάτευση διακομιδής ασθενών (μπλοκ 100 φύλλων, διαστάσεις 21 x 15 cm)  | τμχ   | 20   | 3,188€  | 63,76€  | 79,06€           |
| 16   | Συνταγολόγιο ειδικό χορήγησης ναρκωτικών [β-γ] (μπλοκ τριπλότυπο: λευκό-ροζ-κίτρινο, διαστάσεων A4, 50 φύλλων με αρίθμηση από τον αριθμό 1)    | τμχ   | 10   | 12,00€  | 120,00€ | 148,80€          |
| 17   | Φάκελοι αλληλογραφίας αυτοκόλλητοι 25 x 31cm   | τμχ   | 1000 | 0,123€  | 123,00€ | 152,52€          |
| 18   | Ετικέτες αυτοκόλλητες αναισθησιολογικού τμήματος (διαστάσεων 3cm x 1,2cm, 10 ετικέτες x 150 τεμάχια)   | τμχ   | 1500 | 0,195€  | 292,50€ | 362,70€          |
| <b>ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΧΩΡΙΣ ΦΠΑ</b>  |  |       |      |         |         | <b>3.665,85€</b> |
| <b>ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΜΕ ΦΠΑ 24%</b> |  |       |      |         |         | <b>4.545,66€</b> |

**Επισυναπτόμενα θα βρείτε και τα σχετικά δείγματα**

Η ανωτέρω δαπάνη θα βαρύνει τον ΑΛΕ 24101030000001 και έχει εκδοθεί απόφαση ανάληψης υποχρέωσης με αρ. πρωτ. : 454/23-04-2026 (ΑΔΑ: ΨΓΧΓ4690ΒΘ-9ΧΙ), CPV 22820000-4 (Έντυπα).

Η προμήθεια θα ανατεθεί σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 4412/2016, Π.Δ. 80/2016 και του Ν. 4782/2021.

Οι κρατήσεις για την εν λόγω προμήθεια είναι οι εξής:

|                     |       |
|---------------------|-------|
| ΕΑΔΗΣΥ 0,1%         | 0,10% |
| ΥΠΕΡ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ | 2%    |

|       |    |
|-------|----|
| Φ.Ε % | 4% |
|-------|----|

**Παρακαλούμε όπως μας αποστείλετε σχετικά :**

α) Οικονομική προσφορά: Η προσφορά θα αναγράφει την τιμή χωρίς Φ.Π.Α και με Φ.Π.Α. και την ισχύ της η οποία θα πρέπει να είναι τουλάχιστον τεσσάρων (4) μηνών.

β) Δικαιολογητικά συμμετοχής :

- **Γενικό πιστοποιητικό μεταβολών του ΓΕΜΗ** εφόσον υποχρεούται κατά την κείμενη νομοθεσία, να δηλώνει την εκπροσώπηση και τις μεταβολές στο ΓΕΜΗ: το πιστοποιητικό θα πρέπει να έχει εκδοθεί έως τρεις (3) μήνες πριν από την υποβολή του.
- **Αναλυτικό πιστοποιητικό ισχύουσας εκπροσώπησης του ΓΕΜΗ** εφόσον υποχρεούται κατά την κείμενη νομοθεσία , να δηλώνει την εκπροσώπηση και τις μεταβολές στο ΓΕΜΗ: το πιστοποιητικό θα πρέπει να έχει εκδοθεί έως τριάντα (30) εργάσιμες ημέρες πριν από την υποβολή του.
- **Απόσπασμα ποινικού μητρώου.** Εκδίδεται έως τρεις (3) μήνες πριν από την υποβολή του. Η υποχρέωση αφορά ιδίως : α) στις περιπτώσεις εταιρειών περιορισμένης ευθύνης (Ε.Π.Ε) και προσωπικών εταιρειών (Ο.Ε. και Ε.Ε), τους διαχειριστές , β) τον διευθύνοντα σύμβουλο, τα μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου, καθώς και τα πρόσωπα στα οποία με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου έχει ανατεθεί το σύνολο της διαχείρισης και εκπροσώπησης της εταιρείας για Α.Ε γ) τα μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου για συνεταιρισμούς και δ) τον κατά περίπτωση νομικό εκπρόσωπο για τις υπόλοιπες περιπτώσεις νομικών προσώπων.
- **Φορολογική ενημερότητα** του νομικού προσώπου : η οποία θα πρέπει α) να φέρει ως αιτιολογία χορήγησης «για κάθε νόμιμη χρήση (εκτός είσπραξης χρημάτων και μεταβίβασης ακινήτων)» και β) να είναι σε ισχύ κατά το χρόνο υποβολής.
- **Ασφαλιστική ενημερότητα** του νομικού προσώπου (από οποιοδήποτε ασφαλιστικό φορέα στον οποίο τυχόν υπάγεται ο οικονομικός φορέας θα πρέπει α) εάν έχει εκδοθεί από τον e- ΕΦΚΑ να φέρει ως αιτιολογία χορήγησης « για συμμετοχή σε διαγωνισμούς ανάληψης δημοσίων έργων ή προμηθειών του Δημοσίου και των ΝΠΔΔ» και β) να είναι εν ισχύ κατά το χρόνο υποβολής.
- **Υπεύθυνη Δήλωση** (με βάση τις διατάξεις της παρ. 9 του άρθρου 80 του ν. 4412/2016) του νομικού προσώπου/οντότητα, το οποίο εκπροσωπεί νόμιμα, στην οποία να δηλώνει ότι δεν έχει καταδικαστεί αμετάκλητα για κανένα από τα αδικήματα δωροδοκίας του άρθρου 73 παρ. 1 του ν. 4412/2016, κατ' εφαρμογή των διατάξεων των άρθρων 134-135 του ν. 5090/2024.

Ο ανάδοχος υποχρεούται, για την πληρωμή της, να υποβάλλει ηλεκτρονικό τιμολόγιο σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 148 έως 154 του ν. 4601/2019 ( ΦΕΚ 44/2019 τεύχος Α'), της ΚΥΑ 98979 ΕΞ 2021/10.08.2021 (ΦΕΚ 3766/2021 τεύχος Β'), της ΚΥΑ 63446/31.05.2021 (ΦΕΚ 2338/2021 τεύχος Β') και της ΚΥΑ 52445 ΕΞ 2023/2023 (ΦΕΚ 2385/2023 τεύχος Β').

**Ο κωδικός του φορέα μας για την Ηλεκτρονική Τιμολόγηση, στο Μητρώο Αναθετούσων Αρχών Ηλεκτρονικής Τιμολόγησης είναι : 1015.Ε00205.0001**

**έως και την Παρασκευή 29-05-2026 και ώρα 14:30 μμ**

Σύνολο δαπάνης με Φ.Π.Α. : 4.545,66€

Η αξιολόγηση των δικαιολογητικών συμμετοχής και τεχνικοοικονομικών προσφορών θα γίνει την Τρίτη 02-06-05-2026 και ώρα 10:00 π.μ. από το Γραφείο Προμηθειών σε συνεργασία με το αντίστοιχο τμήμα που αιτήθηκε την προμήθεια.

Η προσφορά σας θα αποσταλεί με ηλεκτρονικό ταχυδρομείο (mararoutsa@1140.syzefxis.gov.gr) με την υπογραφή και σφραγίδα σας.

**Η Διοικήτρια του Γ.Ν. Καρπενησίου**

**Κοντοπάνου Ουρανία**





ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΡΠΕΝΗΣΙΟΥ  
ΤΜΗΜΑ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ

ΕΠΩΝΥΜΟ.....

ΟΝΟΜΑ.....

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ.....

ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ.....

ΟΜΑΔΑ ΑΙΜΑΤΟΣ ..... Rh.....

Καρπενήσι..... 20 .....

Ο Δ/ντης





ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ:

Αρ. Μητρ. Ασθ:

Θάλαμος:  Κλίνη:

### ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟ ΒΙΟΧΗΜΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ

#### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

|          |                      |              |                      |                |                      |
|----------|----------------------|--------------|----------------------|----------------|----------------------|
| Επώνυμο: | <input type="text"/> | Όνομα:       | <input type="text"/> | Πατρώνυμο:     | <input type="text"/> |
| Ηλικία:  | <input type="text"/> | Ασφ. Φορέας: | <input type="text"/> | Αρ. Μητρ. Ασφ: | <input type="text"/> |

#### ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

|                      |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |

#### ΔΕΙΓΜΑ

|                               |                                 |                                     |                               |                                     |
|-------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| Ορός <input type="checkbox"/> | Πλάσμα <input type="checkbox"/> | Ολικό αίμα <input type="checkbox"/> | Ούρα <input type="checkbox"/> | Άλλο ..... <input type="checkbox"/> |
|-------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|

#### ΑΙΤΟΥΜΕΝΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

| ΚΩΔ. | ✓ | ΕΞΕΤΑΣΗ            | ΧΡΕΩΣΗ* | ΚΩΔ. | ✓ | ΕΞΕΤΑΣΗ           | ΧΡΕΩΣΗ* | ΚΩΔ. | ✓ | ΕΞΕΤΑΣΗ          | ΧΡΕΩΣΗ* |
|------|---|--------------------|---------|------|---|-------------------|---------|------|---|------------------|---------|
|      |   | Γλυκόζη            |         |      |   | HDL               |         |      |   | E2               |         |
|      |   | Ουρία              |         |      |   | LDL               |         |      |   | Προγεστερόνη     |         |
|      |   | Κρεατινίνη         |         |      |   | VLDL              |         |      |   | Τεστοστερόνη     |         |
|      |   | Κάλιο              |         |      |   | Ολικά Λευκώματα   |         |      |   | Ινσουλίνη        |         |
|      |   | Νάτριο             |         |      |   | Αλβουμίνη         |         |      |   | Κορτιζόλη        |         |
|      |   | Χλώριο             |         |      |   | Σφαιρίνες         |         |      |   | T3               |         |
|      |   | Ασβέστιο           |         |      |   | Σίδηρος           |         |      |   | T4               |         |
|      |   | Φωσφόρος           |         |      |   | TIBC              |         |      |   | TSH              |         |
|      |   | Μαγνήσιο           |         |      |   | Φερριτίνη         |         |      |   | fT3              |         |
|      |   | Χολερυθρίνη ολική  |         |      |   | B12               |         |      |   | fT4              |         |
|      |   | Χολερυθρίνη άμεση  |         |      |   | Φυλλικό Οξύ       |         |      |   | Anti-TPO         |         |
|      |   | AST / SGOT         |         |      |   | Γλυκοζυλιωμ.Hb    |         |      |   | Anti-TG          |         |
|      |   | ALT / SGPT         |         |      |   | Ηλεκτρ. πρωτεϊνών |         |      |   | CEA              |         |
|      |   | γGT                |         |      |   | Τροπονίνη         |         |      |   | aFP              |         |
|      |   | Αλκαλ. Φωσφατάση   |         |      |   | Μυοσφαιρίνη       |         |      |   | PSA              |         |
|      |   | LDH                |         |      |   | CK-MB (Mass)      |         |      |   | fPSA             |         |
|      |   | CPK                |         |      |   | BNP               |         |      |   | Ca 19-9          |         |
|      |   | CK-MB              |         |      |   | Ομοκυστεΐνη       |         |      |   | Ca 125           |         |
|      |   | Αμυλάση            |         |      |   | β-hCG             |         |      |   | Ca 15-3          |         |
|      |   | Ψευδοχολινεστεράση |         |      |   | FSH               |         |      |   | β2 Μικροσφαιρίνη |         |
|      |   | Τριγλυκερίδια      |         |      |   | LH                |         |      |   |                  |         |
|      |   | Χοληστερόλη        |         |      |   | PRL               |         |      |   |                  |         |

| ΚΩΔ. | ✓ | ΕΞΕΤΑΣΗ       | ΧΡΕΩΣΗ* | ΚΩΔ. | ✓ | ΕΞΕΤΑΣΗ        | ΧΡΕΩΣΗ* | ΚΩΔ. | ✓ | ΕΞΕΤΑΣΗ         | ΧΡΕΩΣΗ* |
|------|---|---------------|---------|------|---|----------------|---------|------|---|-----------------|---------|
|      |   | Λιθίου        |         |      |   | Φαινοτοΐνη     |         |      |   | Κοκαΐνη         |         |
|      |   | Τομπραμικίνη  |         |      |   | Φαινοβαρβιτάλη |         |      |   | Βαρβιτουρικά    |         |
|      |   | Γενταμικίνη   |         |      |   | Διγοξίνη       |         |      |   | Βενζοδιαζεπίνες |         |
|      |   | Βανκομικίνη   |         |      |   | Θεοφυλλίνη     |         |      |   | Αμφεταμίνες     |         |
|      |   | Βαλπροϊκό οξύ |         |      |   | Κανναβινοειδή  |         |      |   |                 |         |
|      |   | Καρβαμαζεπίνη |         |      |   | Οπιοειδή       |         |      |   |                 |         |

#### ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΧΡΕΩΣΗΣ\*

Γενικό Σύνολο\*

Ο/Η ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΓΙΑ ΤΗ ΧΡΕΩΣΗ

Ημ/νία:

Ο/Η ΙΑΤΡΟΣ

\* Συμπληρώνεται από τον υπεύθυνο για τη χρέωση



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

5η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ & ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

**ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΡΠΕΝΗΣΙΟΥ**

**ΑΤΟΜΙΚΟΣ ΦΑΚΕΛΟΣ**

Του .....

Κλινική .....

Αριθ. Μητρώου ..... Ασφαή. Ταμείο .....

ΕΙΣΟΔΟΣ .....

ΕΞΟΔΟΣ .....

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

5η Υ.ΠΕ. ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ & ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

**ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΡΠΕΝΗΣΙΟΥ**

Π. ΜΠΑΚΟΓΙΑΝΝΗ 2 - Τ.Κ. 361 00 ΚΑΡΠΕΝΗΣΙ

Αρ. Πρωτ. ....

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΗ

|                |  |          |  |
|----------------|--|----------|--|
| ΕΠΩΝΥΜΟ        |  |          |  |
| ΟΝΟΜΑ          |  |          |  |
| ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ   |  |          |  |
| ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ   |  |          |  |
| ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ |  | ΗΛΙΚΙΑ:  |  |
| ΑΣΦΑΛΕΙΑ       |  | ΑΜ. ΑΣΦ: |  |
| ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ |  |          |  |
| ΤΗΛΕΦΩΝΟ       |  |          |  |

ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

|   |  |
|---|--|
| <p>ΚΛΙΝΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ:</p><br><br><br><p>ΚΛΙΝΙΚΗ:</p> | <p>Ο ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ</p><br><br><br><p>ΗΜΕΡ/ΝΙΑ:</p> |
|---|--|

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

ECHO:

|    |
|----|
| 1. |
| 2. |

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΡΑΝΤΕΒΟΥ ΑΠΟ ΤΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ

|            |  |              |  |
|------------|--|--------------|--|
| ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ |  | Α/Α ΠΡΩΤ     |  |
| ΩΡΑ        |  | ΑΡ ΚΑΡΤΕΛΛΑΣ |  |

ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| 1. ΓΙΑ ECHO: ΑΝΩ ΚΟΙΛΙΑΣ        | ΤΕΛΕΙΩΣ ΝΗΣΤΙΚΟΣ                              |
| 2. ΓΙΑ ECHO: ΝΕΦΡΩΝ ή ΠΡΟΣΤΑΤΟΥ | ΛΗΨΗ 1 ΛΙΤΡΟΥ ΝΕΡΟΥ<br>1 ΩΡΑ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΞΕΤΑΣΗ |







**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






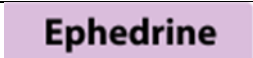








ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
5η Υ.ΠΕ. ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ & ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ  
**ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΡΠΕΝΗΣΙΟΥ**  
Π. ΜΠΑΚΟΓΙΑΝΝΗ 2, Τ.Κ. 361 00, ΚΑΡΠΕΝΗΣΙ

Αριθ. Πρωτ. ....

Αυτοκόλλητες ετικέτες αναισθησιολογικού

|               |  |
|---------------|--|
| Atropine      |    |
| Midazolam     |    |
| Morfine       |    |
| Pethidine     |    |
| Suxamethonium |    |
| Ephedrine     |    |
| Remifentonil  |  |
| Phenylephrine |  |
| Fentanyl      |  |
| ROCURONIUM    |  |