|  |  |
| --- | --- |
| **T.C.****SAĞLIK BAKANLIĞI**TIBBİ CİHAZ DAİMİ ÖZEL İHTİSAS KOMİSYONU**TIBBİ CİHAZ BAŞVURU FORMU** | İletişim kurulacak yetkili personel bilgileriAdı Soyadı : Tel : Fax : e-posta :  |

1. **TALEP EDİLEN CİHAZI KULLANACAK KURUM VE BÖLGE BİLGİLERİ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| İli |  | İlçesi |  |
| İldeki Benzer Cihaz Sayısı |  | İlçedeki Benzer Cihaz Sayısı |  |
| İstenen Cihaz İle İlgili Hastaların Sevk Edildiği Merkez |  |
| Cihazın Kurulacağı Kurum |  |
| Cihazın Kurulacağı Bölüm/Klinik |  |
| Hastanenin Yatak Sayısı |  | Bölüm/Klinik Yatak Sayısı |  |
| Yıllık Acil Dâhil Toplam Poliklinik Sayısı |  | Bölümdeki Yıllık Poliklinik Sayısı |  |
| 1. **İSTENİLEN CİHAZA/SİSTEME AİT BİLGİLER**
 |
| Cihazın/Sistemin Adı: |  |
| Cihazın/Sistemin Teknik Kapasitesi: |  |
| Cihazın/Sistemin Tahmini Bedeli: |  |
| Cihaz/Sistemin Tanımı: |  |
| Bu Cihaz İçin Yıllık Test/İşlem Sayısı: |  |
| Cihaz İçin Altyapı Gerekiyor mu? |  |
|  Gerekiyorsa Hazır mı?  |  |
|  Yok, İse Nasıl Hazırlanacak? |  |
| Teknik Şartnamedeki Talepler (Yıl Olarak) | Garanti : Yedek Parça :Kalibrasyon : Bakım/Onarım : |
| Satın Almada Kullanılacak Mali Kaynak |  Kurum Geliri  Proje Bölgesel İmkânlar  Genel Bütçe Kredi  Diğer |
| Yıllık Beklenen Sarf Malzemesi Giderinin Cihaz Bedeline Oranı |  |

|  |
| --- |
| 1. **CİHAZI TALEP EDEN KURUM/KURULUŞUN SAĞLIK/TEKNİK PERSONEL SAYISI**
 |
| **HASTANEDEKİ**Uzm. : Asistan : Dr. :Hemşire :Sağlık Teknikeri/Teknisyeni: Teknik Eleman:Diğerleri : | **BÖLÜMDEKİ**Uzm. :Asistan :Dr. :Hemşire :Sağlık Teknikeri/Teknisyeni: Teknik Eleman:Diğerleri : |  Dev. Hast. Özel Dal Eğitim/Araştırma Tıp Fak.  Sağlık Mer. Askeri Hast. Diğer |
| 1. **TALEP EDİLEN CİHAZI KULLANACAK PERSONEL BİLGİLERİ**
 |
| **Adı Soyadı** | **Mesleği / Ünvanı** | **Aldığı Diğer Eğitimler** |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| 7 |  |  |
| 8 |  |  |
| 9 |  |  |
| 1. **VARSA KURUMDA AYNI İŞİ GÖREN CİHAZA AİT BİLGİLER**
 |
| **Markası** | **Modeli/Yaşı** | **Performans/****Verimlilik Durumu** | **Kullanıldığı Servis**  | **Temin Şekli** | **Durumu** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| Satın Alınması Düşünülen Cihazın Var Olanlardan (İşletme, Bakım Onarım, Verimlik, Performans, Kapasite, Teknoloji, Kalite, v.b.) Farkı |  |
| **GEREKÇE RAPORU**  |
| Tıbbi Nedenler, Klinik Gerekçe, Hizmet Sunumu, Araştırma, Hasta Yoğunluğu v.b. ne bağlı olarak ihtiyaç gerekçesi |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| FORMU DOLDURAN UZMAN | BİR DİĞER UZMANLIĞI İLGİLENDİRİYOR İSE | ONAYLAYAN YETKİLİ PERSONEL |
| ADI SOYADI | ADI SOYADI | ADI SOYADI |
| GÖREVİ | GÖREVİ | GÖREVİ |
| İMZA | İMZA | İMZA |

TARİH

TIBBİ CİHAZ DAİMİ ÖZEL İHTİSAS KOMİSYONU

TIBBİ CİHAZ BAŞVURU FORMU DOLDURMA KLAVUZU

**A)** TALEP EDİLEN CİHAZI KULLANACAK KURUM VE BÖLGE BİLGİLERİ

İLİ: Cihazın tesis edileceği il adı.

İLÇESİ: Cihazın tesis edileceği ilçenin adı.

İLDEKİ BENZER CİHAZ SAYISI: Teşhis ve tedavide benzer görevi yerine getiren ildeki toplam cihaz sayısı.

İLÇEDEKİ BENZER CİHAZ SAYISI: Teşhis ve tedavide benzer görevi yerine getiren ilçedeki toplam cihaz sayısı.

İSTENEN CİHAZ İLE İLGİLİ HASTALARIN SEVK EDİLDİĞİ MERKEZ: Sevk edilen hastaların sevki sırasında tercih edilen il ve ilçesi ile merkez adı yazılacaktır.

CİHAZIN KURULACAĞI KURUM: Kurum ve/veya kuruluşun tam adı (Merkezi toplu alım sonrası cihazlar kurumlara dağıtım yapılacaksa ayrıca bu kurumların adları belirtilecektir).

CİHAZIN KURULACAĞI BÖLÜM/KLİNİK: Kurum ve/veya kuruluştaki klinik veya servis.

HASTANENİN YATAK SAYISI

BÖLÜM/KLİNİK YATAK SAYISI

YILLIK ACİLE DÂHİL TOPLAM POLİKLİNİK SAYISI

BÖLÜMDEKİ YILLIK POLİKLİNİK SAYISI

**B)** İSTENİLEN CİHAZA/SİSTEME AİT BİLGİLER:

CİHAZIN/SİSTEMİN ADI: Talep edilen cihaz veya sistemin tıbbi ve teknik olarak açık anlaşılır adı.

CİHAZIN/SİSTEMİN TEKNİK KAPASİTESİ: Cihaz/Sistemin tıbbi ve teknik özelliğini tanımlayıcı ve kapasitesini açıklayıcı bilgi (Örneğin 500 mA tek masa, tek tüp röntgen cihazı veya 3 problu renkli doppler ultrasonografi cihazı).

CİHAZIN/SİSTEMİN TAHMİNİ BEDELİ: **TL** olarak.

CİHAZ/SİSTEMİN TANIMI: Cihazın yaptığı işle ilgili fonksiyonel açıklama.

BU CİHAZ İÇİN YILLIK TEST/İŞLEM SAYISI: Talep edilen cihaz için mevcut veya planlanan test veya ortalama işlem sayısı.

CİHAZ İÇİN ALTYAPI GEREKİYOR MU ? Eğer mevcut durumun dışında ayrıca inşaat, tadilat, tesisat, elektrik, su, kurşunlama, vb. gibi **iç ve dış işlemler** gerekiyorsa bunlar belirtilecektir.

 GEREKİYORSA HAZIR MI ? Yukarıda belirtilen işlemler önceden yapılmışsa ya da yapımı sürüyorsa **son durum** açıklanacaktır.

 YOK İSE NASIL HAZIRLANACAK ? Eğer mevcut değilse bunun **nasıl yapılacağı** belirtilecektir(Örneğin hastane idaresince alt yapı işleri ayrıca yaptırılacak veya cihazı/sistemi kuracak firma tarafından yapılacaktır).

TEKNİK ŞARTNAMEDEKİ TALEPLER (YIL OLARAK)

GARANTİ: Teknik şartname ile istenen **garanti süresi**.

KALİBRASYON: Teknik şartnamede kalibrasyonun **ne kadar süreli** yaptırılacağına dair koşul

YEDEK PARÇA: Teknik şartnamede yedek parçanın **ne kadar süreli** temin edileceğine dair koşul

BAKIM/ONARIM: Bakım onarım konusunda **istenen süre**

SATIN ALMADA KULLANILACAK MALİ KAYNAK

 KURUM GELİRİ (Örneğin **döner sermaye** v.b.)

 PROJE (Örneğin **araştırma/geliştirme** v.b.)

 GENEL BÜTÇE

 BÖLGESEL İMKÂNLAR

 KREDİ (Örneğin **AB mali kredi** v.b.)

 DİĞER (Örneğin **Hibe** v.b.)

YILLIK BEKLENEN SARF MALZEMESİ GİDERİNİN CİHAZ BEDELİNE ORANI: hesaplanarak yazılacaktır.

**C)** CİHAZI TALEP EDEN KURUM/KURULUŞUN SAĞLIK/TEKNİK PERSONEL SAYISI

TOPLAM UZMAN HEKİM SAYISI: Talep edilen cihazın/sistemin kurulup çalıştırılacağı kurumdaki toplam personel durumu (sayısı) hakkında bilgi verilecektir.

UZMAN, ASİSTAN DOKTOR, HEMŞİRE, SAĞLIK TEKNİKERİ/TEKNİSYENİ, TEKNİK ELEMAN ve DİĞERLERİ

BÖLÜMDEKİ: Talep edilen cihazın/sistemin kurulup çalıştırılacağı bölümdeki/klinikdeki/servisteki sağlık ve teknik personel durumu

UZMAN, ASİSTAN DOKTOR, HEMŞİRE, SAĞLIK TEKNİKERİ/TEKNİSYENİ, TEKNİK ELEMAN ve DİĞERLERİ

**D)** TALEP EDİLEN CİHAZI KULLANACAK PERSONEL BİLGİLERİ

Cihazı/sistemi kullanacak uzman hekim, hekim, teknik eleman (mühendis, tekniker, teknisyen), sağlık teknisyeni, hemşire v.b. personelin isimleri, meslekleri, unvanları, görevleri ve ayrıca aldıkları diğer eğitimlerde verilen sertifikaların fotokopileri gönderilerek belirtilmelidir.

**E)** VARSA KURUMDA AYNI İŞİ GÖREN CİHAZA AİT ALTYAPI BİLGİLERİ

MARKASI: Cihazın markası

MODELİ/YAŞI: Cihazın modeli ve yıl olarak yaşı

PERFORMANS/VERİMLİLİK DURUMU: **% olarak** belirtilecektir.

KULLANILDIĞI SERVİS: Kullanıldığı servis

TEMİN ŞEKLİ: Ne şekilde temin edildiği (**satın alma**, **hibe**, **kiralama**, v.b.)

DURUMU: Cihazın halen **çalıştığı** ya da **arızalı** olduğu

SATIN ALINMASI DÜŞÜNÜLEN CİHAZIN VAR OLANLARDAN (İŞLETME, BAKIM ONARIM, VERİMLİK, PERFORMANS, KAPASİTE, TEKNOLOJİ, KALİTE, VB.) FARKI

**F)** GEREKÇE RAPORU

Mevcut cihazın/sitemin ihtiyacı karşılamadığı, iş kapasitesinin artırma veya yeni bir ünite kurma gibi gerekçeler; ayrıntılı tıbbi ve teknik bilgiler de içerecek şekilde **mutlaka ilgili dal uzmanı** tarafından doldurulmalıdır. Bu alan yetersiz olduğunda ek yapılabilir.

TIBBİ NEDENLER, KLİNİK GEREKÇE, HİZMET SUNUMU, ARAŞTIRMA, HASTA YOĞUNLUĞU V.B. NE BAĞLI OLARAK İHTİYAÇ GEREKÇESİ:

NOTLAR

* Cihaz/Sistem, özelliği dolayısıyla bir diğer uzmanlık alanını ilgilendiriyorsa (örneğin ESWL cihazı içerdiği skopi cihazı nedeniyle üroloji uzmanının yanı sıra radyoloji uzmanı, renkli doppler USG cihazı kullanılacak bölüm/klinik yanı sıra radyoloji uzmanı) bu ilgili uzmanlık alanları birim sorumluları tarafından FORMU DOLDURAN UZMAN haneleri ile BİR DİĞER UZMANLIĞI İLGİLENDİRİYOR İSE hanelerinin özellikle doldurulması gerekmektedir.
* Tıbbi cihaz izin talepleri, kurumlar tarafından gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra kurumların hiyerarşik yapıları göz önüne alınarak aşağıdaki adrese gönderilir. Örneğin üniversitelere ait taleplerin YÖK aracılığı ile gönderilmesi, devlet hastaneleri taleplerinin il sağlık müdürlükleri aracılığıyla gönderilmesi gibi.

 Sağlık Bakanlığı

 Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü

 (Tıbbi Cihaz Daimi Özel İhtisas Komisyonu Başkanlığı)

 Mithatpaşa cd. No.1, Sıhhiye 06420 ANKARA

* Gerektiğinde kurum ile hızlı iletişim sağlanması için cihaz talep eden kurumun telefon, fax ve özellikle aktif kullanılan e-posta iletişim adresleri başvuru formu sağ üst köşesinde belirtilmelidir.
* Formda belirtilen bilgilerin, gerçek durumu yansıtmasına dikkat edilecektir. Bu hususta yanlış bilgilendirmelerden kurum yetkilileri sorumludur.
* Formla birlikte gönderilmesi gereken tüm bilgiler/evraklar eksiksiz olmalıdır ve gereksiz yazışmalara ve gecikmelere meydan vermemek için hassas davranılmalıdır. Komisyona incelenmek üzere ulaştırılmayan evraklardan dolayı meydana gelecek gecikmelerden kurum yetkilileri sorumludur.