Załącznik nr 1

**Pakiet nr 1**

Znak sprawy: KJ.272/K/11/2022

Wykaz świadczeń medycznych – **formularz cenowy i wymagania – pakiet nr 1:**

Przedmiotem zamówienia jest świadczenie usług w zakresie realizacji świadczeń
pielęgniarskich w Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalu Chirurgii Urazowej
w Piekarach Śląskich w ilości i cenie:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Stanowisko | Liczba godzin | Cena jednostkowaw zł | Wartość brutto w zł |
| 1. | Pielęgniarka / pielęgniarz | Maksymalnie…………….… hz 8400 h |  |  |
|  | RAZEM |  |

Realizacja w okresie ……...… miesięcy (od 12 do 15 miesięcy), tj. od …………….……….. r.
do …………….……….. r.

Godziny pracy:

Wykonywanie świadczeń odbywać się będzie w dniach i godzinach zgodnie
z harmonogramem. W wyjątkowych sytuacjach po ustaleniu z Pielęgniarką Oddziałową / Koordynującą możliwość 24 – godzinnych dyżurów.

Ilość osób:
Zamawiający udzieli zamówienia maksymalnie 4 pielęgniarkom / pielęgniarzom w zakresie realizacji świadczeń pielęgniarskich zgodnie z przyjętymi kryteriami oceny.

**Wymagania dla pielęgniarek / pielęgniarzy realizujących świadczenia pielęgniarskie**
**w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii:**

1. Doświadczenie w pracy z pacjentami urazowo-ortopedycznymi w intensywnej terapii, anestezjologii.

2. Doświadczenie w pracy z systemem komputerowym szpitalnym Mediqus.

3. Znajomość standardów akredytacyjnych.

4. Znajomość obowiązujących standardów, procedur, w szczególności epidemiologicznych
 i z zakresu ochrony danych osobowych.

5. Przestrzeganie tajemnicy służbowej i zawodowej.

6. Przestrzeganie Praw Pacjenta.

7. Życzliwy i taktowny stosunek do chorych, jak również do współpracowników
 i bezpośrednich przełożonych.

**Zakres obowiązków pielęgniarki/pielęgniarza Oddziału Anestezjologii i Intensywnej**
**Terapii obejmuje:**

1. Zapewnienie kompleksowej i ciągłej opieki pielęgniarskiej, w tym podczas trwania znieczulenia.

2. Asystowanie lekarzowi anestezjologowi w czynnościach fachowych, wykonywanie zleconych czynności i zabiegów z zakresu anestezjologii w Sali Operacyjnej, Izbie Przyjęć
 i oddziałach szpitalnych oraz z zakresu intensywnej terapii i intensywnej terapii pooperacyjnej w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

3. Opiekę nad chorym w sali Znieczuleń Regionalnych oraz w Sali Nadzoru Poznieczuleniowego.

4. Prawidłowe wypełnianie dokumentacji pielęgniarskiej.

5. Dbanie o stan techniczny, epidemiologiczny powierzonego sprzętu i aparatury medycznej (dezynfekcja, sprawdzanie dat ważności leków i sprzętu jednorazowego).

6 Transport pacjentów w obrębie bloku operacyjnym oraz do pracowni diagnostycznych.

7. Uczestnictwo w resuscytacji krążeniowo – oddechowej.

8. Sprawowanie bezpośredniej opieki nad przydzielonymi chorymi zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, poszanowaniem podmiotowości i godności osobistej.

9. Informowanie lekarza i pielęgniarki oddziałowej o stanie zdrowia pacjentów i innych sprawach związanych z działalnością Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

10. Przygotowanie stanowiska pracy do każdego rodzaju znieczulenia.

11. Przygotowanie zestawów do badań diagnostycznych, leczniczych i asystowania w ich wykonaniu.

12. Przygotowanie chorych do znieczuleń.

13. Przygotowanie stanowiska monitorującego i sprzętu ratującego życie.

14. Monitorowanie przyrządowe i bezprzyrządowe, obserwacja stanu klinicznego pacjenta.

15. Czuwanie nad bezpieczeństwem chorych.

16. Wykonywanie opatrunków wysokospecjalistycznych.

17. Depozytowanie rzeczy wartościowych pacjenta.

18. Udzielenie pomocy w każdym przypadku niebezpieczeństwa utraty życia, poważnego uszczerbku na zdrowiu chorego, zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi.

19. Wykonywanie zleceń lekarskich odnotowanych w dokumentacji medycznej.

 Zapis, o którym mowa w tym ustępie nie dotyczy zleceń wykonywanych podczas zabiegów ratujących życie pacjenta i w sytuacjach grożących bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia lub poważnym uszczerbkiem na zdrowiu pacjenta.

20. Pracę zgodną ze standardami akredytacyjnymi.

21. Współpracę z pielęgniarką oddziałową, koordynatorem, lekarzem kierującym oddziałem w sprawach organizacyjnych, adaptacji zatrudnionych pielęgniarek, organizacji szkoleń
 i opracowywania standardów i procedur.

22. Udział w pracach, w projektach jakości, realizowanych w Szpitalu.

……………………………………………………

Podpis i pieczęć osoby/osób
uprawnionej/uprawnionych do reprezentowania Przyjmującego Zamówienie

Załącznik nr 1

**Pakiet nr 2**

Znak sprawy: KJ.272/K/11/2022

Wykaz świadczeń medycznych – **formularz cenowy i wymagania – pakiet nr 2:**

Przedmiotem zamówienia jest świadczenie usług medycznych w zakresie realizacji świadczeń ratownictwa medycznego na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii w ilości i cenie:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Stanowisko | Liczba godzin | Cena jednostkowaw zł | Wartość brutto w zł |
| 1. | Ratownik medyczny | Maksymalnie…………….… hz 2400 h |  |  |
|  | RAZEM |  |

Realizacja w okresie ……...… miesięcy (od 12 do 15 miesięcy), tj. od …………….……….. r.
do …………….……….. r.

Godziny pracy:

Wykonywanie świadczeń odbywać się będzie w dniach i godzinach zgodnie
z harmonogramem. W wyjątkowych sytuacjach po ustaleniu z Pielęgniarką Oddziałową / Koordynującą możliwość 24 – godzinnych dyżurów.

Ilość osób:
Zamawiający udzieli zamówienia 1 ratownikowi medycznemu w zakresie realizacji świadczeń ratownictwa medycznego zgodnie z przyjętymi kryteriami oceny.

**Wymagania dla ratownika medycznego realizującego świadczenia ratownictwa**
**medycznego w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii:**

1. Doświadczenie w pracy z pacjentami urazowo-ortopedycznymi w intensywnej terapii.

2. Doświadczenie w pracy z systemem komputerowym szpitalnym Mediqus.

3. Znajomość standardów akredytacyjnych.

4. Znajomość obowiązujących standardów, procedur, w szczególności epidemiologicznych
 i z zakresu ochrony danych osobowych.

5. Przestrzeganie tajemnicy służbowej i zawodowej.

6. Przestrzeganie Praw Pacjenta.

7. Życzliwy i taktowny stosunek do chorych, jak również do współpracowników
 i bezpośrednich przełożonych.

**Zakres obowiązków ratownika medycznego Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii obejmuje:**

1. Monitorowanie parametrów życiowych (przyrządowe i bezprzyrządowe), obserwacja stanu klinicznego pacjenta.

2. Przygotowywanie sprzętu do specjalistycznych badań diagnostycznych i leczniczych
 oraz asystowanie do:

* intubacji,
* wkłucia centralnego / dotętniczego,
* drenażu jamy opłucnej,
* wykonania trecheotomii.

3. Przygotowanie respiratorów do pracy.

4. Wykonywanie opatrunków wysokospecjalistycznych.

5. Wykonywania zleceń lekarskich odnotowanych w dokumentacji medycznej.
 Zapis, o którym mowa w tym ustępie nie dotyczy zleceń wykonywanych podczas zabiegów ratujących życie pacjenta i w sytuacjach grożących bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia lub poważnym uszczerbkiem na zdrowiu pacjenta.

6. Depozytowanie rzeczy wartościowych pacjenta.

7. Prawidłowe wypełnianie dokumentacji pielęgniarskiej.

8 Transport chorych w stanie zagrożenia życia do diagnostyki.

9. Podjęcie i prowadzenie podstawowej i zaawansowanej resuscytacji krążeniowo –
 oddechowej, podłączenie do respiratorów.

10. Czuwanie nad bezpieczeństwem chorych.

11. Bieżące informowanie pielęgniarki oddziałowej, kierownika, lekarza dyżurnego o stanie zdrowia pacjentów.

12. Bezzwłoczne powiadomienie pielęgniarki oddziałowej i właściwego lekarza o: popełnieniu pomyłki przy podawaniu lekarstw lub wykonywaniu zabiegów, niemożności wykonywania zabiegu, pogarszaniu się stanu chorego, śmierci chorego.

13. Udzielenie pomocy w każdym przypadku niebezpieczeństwa utraty życia, poważnego uszczerbku na zdrowiu chorego, zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi.

14. Dbanie o stan techniczny, epidemiologiczny powierzonego sprzętu i aparatury medycznej (dezynfekcja, sprawdzanie dat ważności leków i sprzętu jednorazowego).

15. Pracę zgodną ze standardami akredytacyjnymi.

16. Współpracę z pielęgniarką oddziałową, koordynatorem, lekarzem kierującym oddziałem w sprawach organizacyjnych, adaptacji zatrudnionych ratowników, organizacji szkoleń
 i opracowywania standardów i procedur.

17. Udział w pracach w projektach jakości realizowanych w szpitalu.

18. Zachowanie w tajemnicy danych osobowych oraz sposobów ich zabezpieczenia, zarówno w trakcie jak i po ustaniu zatrudnienia.

……………………………………………………

Podpis i pieczęć osoby/osób
uprawnionej/uprawnionych do reprezentowania Przyjmującego Zamówienie

Załącznik nr 2

Znak sprawy: KJ.272/K/11/2022

……………………………………………

*Pieczęć firmowa Oferenta*

*Miejscowość …………….............…. dnia ………………*

**FORMULARZ OFERTOWY**

Oferta

dla Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Chirurgii Urazowej
im. dr. Janusza Daaba w Piekarach Śląskich,
ul. Bytomska 62, 41-940 Piekary Śląskie

**I. DANE OFERENTA:**

Nazwa Oferenta ……….

Siedziba Oferenta ……….

NIP Regon ……….

Tel. e-mail: ……….

Nazwa banku i nr rachunku bankowego:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**II. TERMIN REALIZACJI:**

Od daty zawarcia na okres ……...… miesięcy (od 12 do 15 miesięcy).

**III. CENA:**

W nawiązaniu do ogłoszenia o konkursie oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia
na warunkach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu KJ.272/K/11/2022
na zabezpieczenie świadczenia usług medycznych w zakresie świadczeń pielęgniarskich
i ratownictwa medycznego **w zakresie pakietu nr …...\*** za cenę łączną (zgodnie z sumą
z załącznika nr 1 do SWK):

…........................................… (słownie) ….
w okresie obowiązywania umowy.

\* Proszę uzupełnić numerem pakietu, do którego Oferent przystępuje.

Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że cena brutto oferty stanowi wartość pomocniczą do porównania ofert, maksymalną wartość umowy określa Zamawiający w treści umowy, ceny jednostkowe przyjęte do wyliczenia ceny brutto oferty stanowią podstawę rozliczeń między Stronami.

**IV. JAKOŚĆ:**

Dane personelu odpowiedzialnego za realizację zadania będącego przedmiotem konkursu:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L. p. | Imię, nazwisko osoby biorącej udział w realizacji zamówienia | Doświadczenie zawodowe – ilość lat pracy w zakresie objętym umową | Rola w realizacji zamówienia |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| ... |  |  |  |

Minimalna liczba osób udzielających świadczenie zdrowotne ………………… .

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium jakość **(pakiet nr 1, 2)**:

* Doświadczenie min. 5 lat pracy w zawodzie – 100 pkt.
* Doświadczenie 4 lata lub mniej pracy w zawodzie – 0 pkt.

**V. KOMPLEKSOWOŚĆ:**

a) **PAKIET nr 1**

|  |  |
| --- | --- |
| **Kwalifikacje zawodowe potwierdzone złożoną wraz z ofertą kserokopią dokumentu** | **Należy postawić znak X w odpowiedniej rubryce.** |
| Certyfikat ukończenia kursu kwalifikacyjnego podstawowego z anestezjologii. |  |
| Certyfikat ukończenia kursu specjalistycznegow dziedzinie anestezjologii i intensywnej opieki |  |
| Rozpoczęty kurs specjalistyczny w dziedzinie anestezjologii i intensywnej opieki. |  |
| Brak certyfikatu ukończenia ww. kursów lub rozpoczęcia kursu specjalistycznego. |  |

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium kompleksowość **w pakiecie
nr 1**:

* Certyfikat ukończenia kursu kwalifikacyjnego podstawowego z anestezjologii lub kursu specjalistycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej opieki lub w trakcie kursu specjalistycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej opieki potwierdzony złożoną wraz z ofertą kserokopią ww. certyfikatu lub zaświadczeniem o rozpoczęciu kursu
 z podmiotu organizującego kurs – 100 pkt.
* Brak certyfikatu ukończenia ww. kursów lub rozpoczęcia kursu specjalistycznego potwierdzonego kserokopią ww. certyfikatu lub zaświadczeniem o rozpoczęciu kursu
 z podmiotu organizującego kurs – 0 pkt.

b) **PAKIET nr 2**

|  |  |
| --- | --- |
| **Kwalifikacje zawodowe potwierdzone złożoną wraz z ofertą kserokopią dokumentu** | **Należy postawić znak X w odpowiedniej rubryce.** |
| Dyplom licencjata lub magistra na kierunku ratownictwo medyczne. |  |
| Dyplom ukończenia szkoły policealnej na kierunku ratownictwo medyczne. |  |

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium kompleksowość **w pakiecie
nr 2**:

* Dyplom licencjata lub magistra na kierunku ratownictwo medyczne potwierdzony złożoną wraz z ofertą kserokopią dyplomu – 100 pkt.
* Dyplom ukończenia szkoły policealnej na kierunku ratownictwo medyczne potwierdzony złożoną wraz z ofertą kserokopią dyplomu – 0 pkt.

**VI. DOSTĘPNOŚĆ:**

Odległość siedziby Oferenta od siedziby Zamawiającego (w km) wynosi ………… .

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium dostępność **(pakiet nr 1, 2)**:

* Siedziba Wykonawcy do 30 km od siedziby Zamawiającego: Piekary Śląskie ul. Bytomska 62 – 100 pkt.
* Siedziba Wykonawcy powyżej 30 km od siedziby Zamawiającego: Piekary Śląskie,
ul. Bytomska 62 – 0 pkt.

**VII. CIĄGŁOŚĆ:**

a) **PAKIET nr 1**

|  |  |
| --- | --- |
| **Posiadanie aktualnego zaświadczenia uprawniającego do przetaczania krwi i jej składników wyrażone złożoną wraz z ofertą kserokopią ww. zaświadczenia.** | **Należy postawić znak X w odpowiedniej rubryce.** |
| Złożone zaświadczenie w ofercie. |  |
| Brak zaświadczenia w ofercie. |  |

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium ciągłość **w pakiecie nr 1**:

* Posiadanie aktualnego zaświadczenia uprawniającego do przetaczania krwi i jej składników wyrażone złożoną wraz z ofertą kserokopią ww. zaświadczenia – 100 pkt.
* Brak złożonej krerokopii ww. zaświadczenia w ofercie – 0 pkt.

b) **PAKIET nr 2**

|  |  |
| --- | --- |
| **Posiadanie umiejętności: zakładania wkłuć obwodowych, pobierania krwi żylnej, tętniczej, włośniczkowej, monitoringu pacjenta, resuscytacji, intubacji, podłączenia chorych do respiratora wynikające z dostarczonego zaświadczenia.** | **Należy postawić znak X w odpowiedniej rubryce.** |
| Złożone zaświadczenie w ofercie. |  |
| Brak zaświadczenia w ofercie. |  |

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium ciągłość **w pakiecie nr 2**:

* Posiadanie umiejętności: zakładania wkłuć obwodowych, pobierania krwi żylnej, tętniczej, włośniczkowej, monitoringu pacjenta, resuscytacji, intubacji, podłączenia chorych do respiratora wynikające z dostarczonego zaświadczenia stanowiącego załącznik nr 5 do SWK – 100 pkt.

 Zaświadczenie winno być dostarczone z podmiotu leczniczego posiadającego umowę
 o świadczenie usług zdrowotnych z Narodowym Funduszem Zdrowia, w którym to Oferent był zatrudniony w przeciągu ostatnich 12 miesięcy.

* Brak powyższego zaświadczenia – 0 pkt.

**VIII. DANE UZUPEŁNIAJĄCE:**

1. Sposób przyjmowania zgłoszeń: ……………………………………………………………..

2. Dni i godziny udzielania świadczeń zdrowotnych:

 Sposób świadczenia usług będzie ustalany w miesięcznych harmonogramach, jednak zgodnie z załącznikiem nr 1 do SWK.

3. Świadczenie usług medycznych zawartych w ofercie będzie się odbywało w siedzibie Zamawiającego, przy użyciu jego pomieszczeń, sprzętu i aparatury.

4. Osoby odpowiedzialne za realizację zamówienia oraz nr telefonu kontaktowego:

 …………………………………………………………………………………………………………………………………………...

 *Pkt. III – VIII należy wypełnić w razie potrzeby według wzoru powyższej – powielić tyle razy, do ilu pakietów Oferent przystępuje.*

……………………………………………………

Podpis i pieczęć osoby/osób
uprawnionej/uprawnionych do reprezentowania Przyjmującego Zamówienie