Załącznik nr 1

**Pakiet nr 1**

Znak sprawy: KJ.272/K/1/2023

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

Przedmiotem zamówienia jest świadczenie usług w zakresie realizacji świadczeń
pielęgniarskich w Izbie Przyjęć i Całodobowym Ambulatorium Urazowo-Ortopedycznym
w ilości i cenie:

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

Realizacja w okresie ……...… miesięcy (od 21 do 24 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 możliwość 24 – godzinnych dyżurów.

Ilość osób:
Zamawiający udzieli zamówienia 1 pielęgniarce/pielęgniarzowi w zakresie realizacji świadczeń pielęgniarskich zgodnie z przyjętymi kryteriami oceny.

**Wymagania dla pielęgniarki / pielęgniarza realizujących świadczenia pielęgniarskie**
**w Izbie Przyjęć i Całodobowym Ambulatorium Urazowo-Ortopedycznym:**

1. Doświadczenie w pracy z pacjentami urazowo-ortopedycznymi w Izbie Przyjęć /
 Całodobowym Ambulatorium Urazowo-Ortopedycznym / Szpitalnym Oddziale
 Ratunkowym.

2. Doświadczenie w pracy z systemem komputerowym szpitalnym Mediqus.

3. Przestrzeganie tajemnicy służbowej i zawodowej.

4. Przestrzeganie Praw Pacjenta.

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

**Zakres obowiązków pielęgniarki / pielęgniarza w Izbie Przyjęć i Całodobowym
Ambulatorium Urazowo-Ortopedycznym obejmuje:**

1. Zapewnienie kompleksowej i ciągłej opieki pielęgniarskiej.

2. Prowadzenie oceny stanu zdrowia pacjentów wg systemu TRIAŻ.

3. Asystowanie podczas zakładania opatrunków gipsowych, repozycji złamań, zakładania wyciągów.

4. Asystowanie podczas opatrywania ran i wykonywanie zleconych opatrunków.

5. Prawidłowe wypełnianie dokumentacji pielęgniarskiej.

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

7. Transport pacjentów z Izby Przyjęć i Całodobowego Ambulatorium Urazowo- Ortopedycznego do pracowni diagnostycznych, oddziału i Zespołu Sal Operacyjnych.

8. Uczestnictwo w resuscytacji krążeniowo – oddechowej.

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

10. Wykonywanie zleconych szczepień przeciwtężcowych.

11. Pobieranie wymazów krwi na badania diagnostyczne.

12. Wykonywanie właściwych zabiegów higienicznych kierowanych w trybie nagłym do przyjęcia w oddział.

13. Przygotowanie chorych do badań diagnostycznych i znieczulenia miejscowego.

14. Przygotowanie stanowiska monitorującego i sprzętu ratującego życie.

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

16. Czuwanie nad bezpieczeństwem chorych.

17. Realizacja zadań opieki nocnej i świątecznej.

18. Edukacja pacjenta po wypisie.

19. Depozytowanie rzeczy wartościowych pacjenta.

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

21. 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.

22. Udział w transporcie pacjenta do domu lub innego ośrodka medycznego.

23. Pracę zgodną ze standardami akredytacyjnymi.

24. Współpracę z pielęgniarką oddziałową, kierownikiem Izby Przyjęć w sprawach organizacyjnych, adaptacji zatrudnionych pielęgniarek / pielęgniarzy, organizacji szkoleń
 i opracowywania standardów i procedur.

25. Udział w szkoleniach, konferencjach.

26. 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/1/2023

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

Przedmiotem zamówienia jest świadczenie usług medycznych w zakresie realizacji świadczeń ratownictwa medycznego w Izbie Przyjęć i Całodobowym Ambulatorium Urazowo-
Ortopedycznym w ilości i cenie:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Stanowisko | Liczba godzin | Cena jednostkowaw zł | Wartość brutto w zł |
| 1. | Ratownik medyczny | Maksymalnie…………….… hz 3600 h |  |  |
|  | RAZEM |  |

Realizacja w okresie ……...… miesięcy (od 21 do 24 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 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 Izbie Przyjęć i Całodobowym Ambulatorium Urazowo-Ortopedycznym:**

1. Doświadczenie w pracy z pacjentami urazowo-ortopedycznymi w Izbie Przyjęć /
 Całodobowym Ambulatorium Urazowo-Ortopedycznym / Szpitalnym Oddziale
 Ratunkowym.

2. Przestrzeganie tajemnicy służbowej i zawodowej.

3. Przestrzeganie Praw Pacjenta.

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

**Zakres obowiązków ratownika medycznego w Izbie Przyjęć i Całodobowym Ambulatorium
Urazowo-Ortopedycznym obejmuje:**

1. Prowadzenie oceny stanu zdrowia pacjentów wg systemu TRIAŻ.

2. Asystowanie podczas zakładania opatrunków gipsowych, repozycji złamań, zakładania wyciągów.

3. Asystowanie podczas opatrywania ran i wykonywanie zleconych opatrunków.

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 z Izby Przyjęć i Całodobowego Ambulatorium Urazowo- Ortopedycznego do pracowni diagnostycznych, oddziału i Zespołu Sal Operacyjnych.

7. Uczestnictwo w resuscytacji krążeniowo – oddechowej.

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

9. Pobieranie wymazów krwi na badania diagnostyczne.

10. Wykonywanie właściwych zabiegów higienicznych kierowanych w trybie nagłym do przyjęcia w oddział.

11. Przygotowanie chorych do badań diagnostycznych i znieczulenia miejscowego.

12. Przygotowanie stanowiska monitorującego i sprzętu ratującego życie.

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

14. Czuwanie nad bezpieczeństwem chorych.

15. Edukacja pacjenta po wypisie.

16. Transport pacjenta do domu lub innego ośrodka medycznego karetką szpitalną.

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, kierownikiem Izby Przyjęć w sprawach organizacyjnych, adaptacji zatrudnionych ratowników medycznych, organizacji szkoleń
 i opracowywania standardów i procedur.

22. Udział w szkoleniach, konferencjach.

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

……………………………………………………

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

Załącznik nr 2

Znak sprawy: KJ.272/K/1/2023

……………………………………………

*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 21 do 24 miesięcy).

**III. CENA:**

W nawiązaniu do ogłoszenia o konkursie oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia
na warunkach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu KJ.272/K/1/2023
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.** |
| Dyplom licencjata lub magistra na kierunku pielęgniarstwo. |  |
| Dyplom ukończenia szkoły policealnej na kierunku pielęgniarstwo. |  |

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Posiadanie umiejętności: pobierania krwi żylnej, tętniczej, włośniczkowej, resuscytacji 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 1, 2**:

* Posiadanie umiejętności: pobierania krwi żylnej, tętniczej, włośniczkowej, resuscytacji 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