



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ & ΑΙΓΑΙΟΥ  
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ «ΤΖΑΝΕΙΟ»  
ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΜΗΘΕΙΩΝ  
ΓΡΑΦΕΙΟ ΠΡΟΜΗΘΕΙΩΝ  
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ: ΚΑΡΛΑΣΗ ΧΡΙΣΤΙΝΑ  
ΤΗΛ: 210 - 4592158  
Email: mprom1@tzaneio.gov.gr

Αριθμ. Πρωτ. 4763/20-03-2026

Πειραιάς: 23/03/2026

Πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος  
(ΕΤΙΚΕΤΕΣ, ΜΠΛΟΚ, ΒΙΒΛΙΑ)

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΤΟΥ ΔΙΑΓΩΝΙΣΜΟΥ - ΣΥΝΟΠΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΕΙΔΟΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ	Ανοικτή
ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΚΑΤΑΚΥΡΩΣΗΣ	Η χαμηλότερη τιμή
ΧΡΟΝΟΣ ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑΣ	27/03/2026
ΩΡΑ:	12:00 μ.μ.,
ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΙΔΩΝ	Όπως αναλυτικά αναφέρεται στα Παραρτήματα Α – Δ

## **ΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ «ΤΖΑΝΕΙΟ»**

### **Έχοντας υπόψη:**

**1.** Τις διατάξεις, όπως ισχύουν:

**1.1.** Του Ν. 4412/2016 «Δημόσιες Συμβάσεις Έργων, Προμηθειών και Υπηρεσιών»

( ΦΕΚ 147 / 08-08-2016)

**1.2.** Του Ν. 3580/2007 «Προμήθειες Φορέων εποπτευόμενων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και άλλες διατάξεις» (Φ.Ε.Κ. Α΄ 134 / 18-6-2007).

**1.3.** Του Ν. 2955/2001 «Προμήθειες Νοσοκομείων και λοιπών μονάδων υγείας των Πε.Σ.Υ. και άλλες διατάξεις» (Φ.Ε.Κ. Α΄ 256 / 2-11-2001), όπως τροποποιημένος ισχύει.

**1.4.** Του Ν. 2362/1995 «Περί Δημοσίου Λογιστικού, ελέγχου των δαπανών του Κράτους και άλλες διατάξεις» (Φ.Ε.Κ. Α΄ 247 / 27-11-1995), όπως ισχύει.

**1.5.** Του Ν. 4152 / 2013 ( Φ.Ε.Κ. 107 Α΄ / 9-5-2013 ), Παράγραφος Ζ : Προσαρμογή της Ελληνικής Νομοθεσίας στην οδηγία 2011 / 7 της 16-2-2011 για την καταπολέμηση των καθυστερήσεων πληρωμών στις εμπορικές συναλλαγές.

**1.6.** Του Ν. 4605 / 01-04-2019 άρθρο 43, Παράγραφος 7 αγ.

## **ΠΡΟΣΚΑΛΕΙ**

- 1.** Κάθε ενδιαφερόμενο, να καταθέσει προσφορά για προμήθεια υλικών με κριτήριο κατακύρωσης **τη χαμηλότερη τιμή η οποία θα είναι ίση ή μικρότερη του τελευταίου παρατηρητηρίου τιμών**, όπως αυτό αναρτάται στην ιστοσελίδα της Επιτροπής Προμηθειών Υγείας.
- 2.** Δικαίωμα Συμμετοχής στη διαδικασία έχουν οι αναφερόμενοι κατωτέρω, εφόσον ασκούν εμπορική ή βιομηχανική ή βιοτεχνική δραστηριότητα συναφή με το αντικείμενο της προμήθειας: α) Όλα τα φυσικά ή νομικά πρόσωπα, ημεδαπά ή αλλοδαπά. β) Ενώσεις προμηθευτών που υποβάλλουν κοινή προσφορά. γ) Συνεταιρισμοί.
- 3.** Περιγραφή των ζητούμενων κατηγοριών ειδών γίνεται στο **παράρτημα Α** της παρούσας και στο **παράρτημα Δ ( Τεχνικές προδιαγραφές )**.
- 4.** Οι προσφορές μπορούν να κατατίθενται μέχρι και την ημερομηνία και ώρα της διαδικασίας **στο mail της Υπηρεσίας [mprom1@tzaneio.gov.gr](mailto:mprom1@tzaneio.gov.gr)**  
*Σε περίπτωση που ο όγκος των δικαιολογητικών είναι μεγάλος , παρακαλείστε όπως κατατεθούν σε φάκελο στο Γραφείο Πρωτοκόλλου του Νοσοκομείου (με επισήμανση του αριθμού πρωτοκόλλου της ανάρτησης).*

Κατά τα λοιπά, η διαδικασία θα διενεργηθεί και η προμήθεια θα υλοποιηθεί σύμφωνα με τα παρακάτω **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ** που επισυνάπτονται στην παρούσα και αποτελούν αναπόσπαστο μέρος αυτής.

<b>1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΖΗΤΟΥΜΕΝΩΝ ΚΑΤΗΓΟΡΙΩΝ ΕΙΔΩΝ</b>	<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α΄</b>
<b>2. ΟΡΟΙ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ</b>	<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β΄</b>
<b>3. ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ ΠΙΝΑΚΑ</b>	<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ΄</b>
<b>4. ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΕΣ</b>	<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ΄</b>

Οι ενδιαφερόμενοι θα έχουν δυνατότητα ελεύθερης πρόσβασης στο πλήρες κείμενο αυτής (συμπεριλαμβανομένων όλων των παραρτημάτων της), σε ηλεκτρονική μορφή, στην ιστοσελίδα του Νοσοκομείου στο διαδίκτυο (ηλεκτρονική διεύθυνση: [www.tzaneio.gov.gr](http://www.tzaneio.gov.gr)).

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α΄**

Α/Ε	ΑΔΑ	ΕΙΔΟΣ	ΤΕΜΑΧΙΑ	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΧΩΡΙΣ ΦΠΑ	ΤΜΗΜΑ	ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ
732/17-02-2026, ΔΣ 5/4-2-2026, Θ.12	90ΜΔ46906Κ-Ρ0Χ	14403124 - ΕΤΙΚΕΤΕΣ BAR-COD ΔΙΑΣΤ. 4,5Χ3CM ΚΕΝΟ ΚΥΛΙΝΔΡΟΥ ΥΠΟΔΟΧΗΣ 4cm ΣΕ ΡΟΛΛΑ ΤΩΝ 1000 ΕΤΙΚΕΤΩΝ ΘΕΡΜΙΚΕΣ	1000	1.800 €	ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΛΙΚΟΥ	Κα. ΜΙΧΑΛΕΤΤΟΥ ΤΗΛ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ 2104592350
931/10-03-2026, ΔΣ 7/18-2-2026, Θ.45	988846906Κ-ΜΡΚ	13308100 - ΜΠΛΟΚ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΟΔΗΓΙΩΝ ΨΑΡΟΚΟΛΛΗΤΑ 100/Φ (ΟΔΙΠΥ) (ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΕΣ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ) (ΔΕΙΓΜΑ ΣΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΟΥ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΟΣ Δ)	500	2.500 €		
847/24-02-2026, ΔΣ 5/4-2-2026, Θ.12	6ΝΓ146906Κ-Ψ87	14403108 - ΑΥΤΟΚΟΛΛΗΤΕΣ ΘΕΡΜΙΚΕΣ ΕΤΙΚΕΤΕΣ ΛΕΥΚΕΣ ΣΕ ΡΟΛΛΑ ΜΕ ΚΟΛΛΑ ΜΟΝΙΜΗΣ ΕΠΙΚΟΛΛΗΣΗΣ, ΓΙΑ ΧΡΗΣΗ ΣΕ ΘΕΡΜΙΚΟΥΣ ΕΚΤΥΠΩΤΕΣ, ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ 70mm x 60mm, ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΣΩΤΕΡ. ΧΑΡΤΙΝΟΥ ΡΟΛΛΟΥ ΥΠΟΔΟΧΗΣ ΔΙΑΜΕΤΡΟΣ 2,5cm, ΜΗΚΟΣ ΧΑΡΤΙΝΟΥ ΡΟΛΛΟΥ 7cm	60000	1.080 €	ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ	Κα ΑΝΕΨΙΟΥ ΤΗΛ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ 2104592751
848/24-02-2026, ΔΣ 5/4-2-2026, Θ.12		13316013 - ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΙΜΟΔΟΤΗ (ΣΕ ΜΠΛΟΚ 100 ΣΕΛΙΔ.). ΕΚΤΥΠΩΣΗ ΔΙΠΛΗΣ ΟΨΗΣ ΕΓΧΡΩΜΗ (10.000 ΤΕΜ/100G/m <sup>2</sup> ή 100 ΜΠΛΟΚ). (ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΕΣ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ) (ΔΕΙΓΜΑ ΣΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΟΥ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΟΣ Δ)	100	350 €		
930/10-03-2026, ΔΣ 7/18-02-2026, Θ.45	988846906Κ-ΜΡΚ	13305009 - ΒΙΒΛΙΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ (200 ΦΥΛΛ) ΜΙΚΡΟ ΜΕΓΕΘΟΣ Α4 (ΔΕΙΓΜΑ ΣΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΟΥ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΟΣ Δ)	4	96 €	ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ	Κος ΣΠΥΡΑΚΟΣ ΤΗΛ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ 2104592150

**\* ΟΙ ΠΡΟΣΦΟΡΕΣ ΔΕΝ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΞΕΠΕΡΝΟΥΝ ΤΑ ΤΕΣΣΕΡΑ ΔΕΚΑΔΙΚΑ ΨΗΦΙΑ.**

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β΄

(Αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα τους διακήρυξης)

### ΟΡΟΙ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

1. Η προσφορά θα πρέπει να έχει τη μορφή του πίνακα που επισυνάπτεται στο Παράρτημα Γ.
2. Υποχρεωτικά να δηλώνονται κωδικός Παρατηρητηρίου Τιμών, GMDN και κωδικός ΕΟΦ.
3. Η οικονομική προσφορά θα κατατίθεται αποκλειστικά σε **EURO**.
4. Γλώσσα: **Ελληνική**
5. Σε περίπτωση κατακύρωσης : α) η παράδοση θα γίνεται εντός τριών (3) εργασίμων ημερών από τη λήψη τους παραγγελίας , εκτός αν ορίζεται διαφορετικά κατ'εξαίρεση, β) η παράδοση των ειδών θα γίνεται με φροντίδα και δαπάνες του Προμηθευτή, τους Αποθήκες τους Υπηρεσίας τους.
6. Πληρωμή: Η πληρωμή θα γίνεται σε ευρώ, μετά από προηγούμενη θεώρηση των χρηματικών ενταλμάτων πληρωμής.  
Οι υποψήφιοι υποβάλλουν επί ποινή απόρριψης την προσφορά τους ηλεκτρονικά.
7. Σύμφωνα με την υπ' αριθ. 52445 ΕΞ 2023/4.4.2023 ΚΥΑ (Β' 2385) οι οικονομικοί φορείς υποχρεούνται να εκδίδουν ηλεκτρονικά τιμολόγια με υποχρεωτική ανάρτηση στην ΕΔΗΤ.

Σε περίπτωση μη υποβολής ή μη προσήκουσας υποβολής των αναφερόμενων πιο πάνω, η προσφορά απορρίπτεται ως απαράδεκτη.

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ΄  
ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ ΠΙΝΑΚΑ**

<b>ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΝΤΟΛΗΣ</b>	<b>ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΙΔΟΥΣ</b>	<b>ΤΙΜΗ ΠΡΟΣΦΟΡΑΣ ΑΝΑ ΤΕΜΑΧΙΟ ΧΩΡΙΣ ΦΠΑ</b>	<b>ΚΩΔΙΚΟΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΤΗΡΙΟΥ</b>	<b>ΤΙΜΗ ΠΑΡΑΤΗΡΗΤΗΡΙΟΥ</b>	<b>ΚΩΔΙΚΟΣ ΕΜΠΟΡΙΟΥ</b>	<b>GMDN</b>	<b>ΚΩΔ. Ε.Ο.Φ .</b>

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ´**

**ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΕΣ**

**ΕΝΤΟΛΗ 931/10-03-2026**

**13308100 - ΜΠΛΟΚ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΟΔΗΓΙΩΝ ΨΑΡΟΚΟΛΛΗΤΑ 100/Φ (ΟΔΗΓΥ)**

ΟΙ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΦΥΛΛΩΝ ΕΙΝΑΙ ΜΕΓΕΘΟΥΣ Α4

ΕΓΧΡΩΜΟ ΜΕ ΕΚΤΥΠΩΣΗ ΠΡΟΣΘΙΑ ΚΑΙ ΟΠΙΣΘΙΑ

**ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΕΤΑΙ ΔΕΙΓΜΑ ΣΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΟΥ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΟΣ Δ**

**ΕΝΤΟΛΗ 848/24-02-2026**

**13316013 - ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΙΜΟΔΟΤΗ (ΣΕ ΜΠΛΟΚ 100 ΣΕΛΙΔ.). ΕΚΤΥΠΩΣΗ ΔΙΠΛΗΣ ΟΨΗΣ ΕΓΧΡΩΜΗ (10.000 ΤΕΜ/100G/m<sup>2</sup> ή 100 ΜΠΛΟΚ).**

ΜΕΓΕΘΟΣ ΣΕΛΙΔΑΣ Α4- ΕΚΤΥΠΩΣΗ ΕΜΠΡΟΣ ΚΑΙ ΠΙΣΩ

**ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΕΤΑΙ ΔΕΙΓΜΑ ΣΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΟΥ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΟΣ Δ**

**ΕΝΤΟΛΗ 930/10-03-2026**

**13305009 - ΒΙΒΛΙΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ (200 ΦΥΛΛ) ΜΙΚΡΟ ΜΕΓΕΘΟΣ Α4**

**ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΕΤΑΙ ΔΕΙΓΜΑ ΣΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΟΥ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΟΣ Δ**

**ΤΑ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΘΑ ΕΙΝΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΣΕΙΡΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΣΤΟΝ ΠΙΝΑΚΑ Α´**







# ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ

ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΙΑΤΡΟΣ ΑΙΜΟΛΗΨΙΑΣ

Ημερομηνία:

Barcode	

## ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΙΜΟΔΟΤΗ

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ ΑΙΜΟΔΟΤΗ (Συμπληρώνεται από τον αιμοδότη)

Επώνυμο:		Όνομα:	
Πατρώνυμο:		Μητρώνυμο:	
Ημερομηνία γέννησης:	____/____/____	Φύλο:	Ο Άρρεν / Ο Θήλυ
Τόπος γέννησης (Χώρα - Περιφέρεια):		Μορφωτικό επίπεδο:	
Διεύθυνση (οδός - αρ.):		Τ.Κ. - Πόλη:	
Τηλ.:		Κιν.:	
		Email:	
Αρ. Εθνικού Μητρώου Αιμοδότη:		ΑΜΚΑ:	

### Δίνω αίμα: (Συμπληρώνεται από τον αιμοδότη)

<input type="checkbox"/> 1. Εθελοντικά	
<input type="checkbox"/> 2. Για Σύλλογο Εθελοντών Αιμοδοτών	Αρ. Μητρώου Συλλόγου/Ομάδας Εθελοντών Αιμοδοτών: .....
<input type="checkbox"/> 3. Για Ομάδα Εθελοντών Αιμοδοτών	Σύλλογος/Ομάδα Εθελοντών Αιμοδοτών: .....
<input type="checkbox"/> 4. Για Ασθενή	Όνοματεπώνυμο ασθενή: ..... Νοσοκομείο νοσηλείας: .....
<input type="checkbox"/> 5. Για Ένοπλες Δυνάμεις	Στρατόπεδο αιμοληψίας: .....

Δηλώνω ότι επιθυμώ να εκδοθεί στο όνομά μου ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΕΘΕΛΟΝΤΗ ΑΙΜΟΔΟΤΗ (δεν ισχύει για όσους προσφέρουν αίμα για συγγενικό περιβάλλον)

### ΠΡΟΣΟΧΗ! - ΠΟΙΟΣ ΔΕΝ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΔΩΣΕΙ ΑΙΜΑ

- Όποιος ή όποια είχε πολλούς ερωτικούς συντρόφους χωρίς τη συστηματική χρήση προφυλακτικού τους τελευταίους 12 μήνες.
- Όποιος άνδρας έχει έστω και μια σεξουαλική επαφή με άνδρα τους τελευταίους 12 μήνες.
- Όποια γυναίκα έχει έστω και μια σεξουαλική επαφή με άνδρα που έχει σεξουαλική επαφή με άνδρα τους τελευταίους 12 μήνες.
- Όποιος ή όποια έχει κάνει ενδοφλέβια ή εισπνεόμενη χρήση ναρκωτικών τους τελευταίους 12 μήνες.
- Όποιος ή όποια έχει τους τελευταίους 12 μήνες σεξουαλική επαφή με σύντροφο που πληρωνόταν με χρήματα ή με ναρκωτικά για να κάνει σεξ.
- Όποιος ή όποια είχε πάρει PrEP/Truvada ή PEP για πρόληψη HIV προ ή μετά τη σεξουαλική επαφή αντίστοιχα.
- Όποιος ή όποια έχει κάνει χρήση ψυχοδραστικών ουσιών πριν και κατά τη διάρκεια σεξουαλικής επαφής (chemsex).
- Όποιος ή όποια έχει τους τελευταίους 12 μήνες σεξουαλική επαφή με σύντροφο θετικό για σύφιλη, HIV, ηπατίτιδα Β, ηπατίτιδα C.
- Ερωτικοί, ερωτικές σύντροφοι πολυμεταγχιζόμενοι ατόμων.
- Γενικά όποιος ή όποια νομίζει ότι υπάρχει πιθανότητα να έχει εκτεθεί στον ιό που προκαλεί AIDS ή κίνδυνο για άλλο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα.

Αν κάτι από τα παραπάνω σας απασχολεί, μπορείτε να το συζητήσετε με τον ιατρό της Αιμοδοσίας.

**ΜΗ ΓΙΝΕΤΕ ΟΜΩΣ ΑΙΜΟΔΟΤΗΣ**

### Τα στοιχεία ταυτότητας αιμοδότη επιβεβαιώθηκαν από: (Συμπληρώνεται από την υπηρεσία αιμοδοσίας)

<input type="checkbox"/> 1. Ταυτότητα Εθελοντή Αιμοδότη	<input type="checkbox"/> 2. Αστυνομική Ταυτότητα	<input type="checkbox"/> 3. Ταυτότητα Ε.Δ./Σ.Α.
<input type="checkbox"/> 4. Διαβατήριο	<input type="checkbox"/> 5. Βιβλιάριο Υγείας	<input type="checkbox"/> 6. Άδεια Οδήγησης
<input type="checkbox"/> 7. Άδεια Παραμονής		
Αρ. δημοσίου εγγράφου:		

**ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΙΜΟΔΟΤΗ (Συμπληρώνεται από τον αιμοδότη)**

Έχετε δώσει άλλη φορά;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Πότε δώσατε τελευταία φορά;	<input type="text"/>
	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΟΧΙ</b>		
Έχετε ποτέ αποκλειστεί από αιμοδοσία;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μεταδοτικό νόσημα στο περιβάλλον σας;	<input type="checkbox"/>
Είχατε προβλήματα υγείας παλαιότερα;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Λήψη φαρμάκων;	<input type="checkbox"/>
<b>Είχατε ποτέ;</b>			Τις τελευταίες 5 ημέρες ήπιατε ασπιρίνη;	<input type="checkbox"/>
Ίκτερο ή Ηπατίτιδα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Γεννηθήκατε ή ζήσατε ή ταξιδέψατε στο εξωτερικό;	<input type="checkbox"/>
Σύφιλη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Χάσατε βάρος - έχετε πυρετό ή αδένες διογκωμένους;	<input type="checkbox"/>
Ελονοσία/Φυματίωση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Έχετε υποστεί ποτέ μεταμόσχευση κερατοειδούς ή σκληρού χιτώνα στο μάτι σας;	<input type="checkbox"/>
Αναιμία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Έχετε ακούσει ότι στην οικογένεια σας υπάρχει κίνδυνος εμφάνισης της νόσου Creutzfeldt - Jakob (νόσος τρελών αγελάδων);	<input type="checkbox"/>
Έλλειψη G-6PD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Λήψη εκκυλισμάτων αυξητικής ορμόνης	<input type="checkbox"/>
Σπασμούς (ως ενήλικας)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>ΚΑΝΑΤΕ:</b>	
Λιποθυμίες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Εξαγωγή ή θεραπεία δοντιού την τελευταία εβδομάδα;	<input type="checkbox"/>
Καρδιοπάθεια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Εμβόλια την τελευταία εβδομάδα;	<input type="checkbox"/>
Προκάρδιους πόνους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Εγχείρηση ή ιατρικές εξετάσεις το χρόνο που πέρασε;	<input type="checkbox"/>
Υπέρταση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μετάγγιση αίματος ή παραγώγων αίματος τον τελευταίο χρόνο;	<input type="checkbox"/>
Διαβήτη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Τατουάζ ή τρύπημα αυτιών ή βελονισμό;	<input type="checkbox"/>
Ρευματοειδή αρθρίτιδα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Τρυπηθήκατε από βελόνα σύριγγας;	<input type="checkbox"/>
Αλλεργία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Κάποια πληγή ή αμυχή του δέρματός σας ή βλεννογόνο του στόματός σας ήρθε σε επαφή με ξένο αίμα;	<input type="checkbox"/>
Παθήσεις στομάχου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μήπως μέσα στο χρόνο που πέρασε ήσαστε έγκυος;	<input type="checkbox"/>
Έλκος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Κάνετε επικίνδυνο επάγγελμα ή χόμπι;	<input type="checkbox"/>
Χειρουργικές επεμβάσεις	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Παθήσεις των νεφρών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Άλλα νοσήματα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

- Δηλώνω ότι διάβασα και κατανόησα το εκπαιδευτικό υλικό που μου δόθηκε, μου δόθηκε η δυνατότητα να υποβάλλω ερωτήσεις, έλαβα ικανοποιητικές απαντήσεις και συγκατατίθεμαι εν επιγνώσει να προβώ στη διαδικασία αιμοδοσίας.
- Βεβαιώνω ότι το αίμα μου, είναι στη διάθεση της Υπηρεσίας Αιμοδοσίας για κάθε ασθενή που θα το χρειάζεται.
- Βεβαιώνω ότι όλες οι πληροφορίες που παρέχω είναι ακριβείς βάσει όσων γνωρίζω.
- Δηλώνω ότι έλαβα γνώση της τήρησης ηλεκτρονικού αρχείου (Εθνικό Μητρώο Αιμοδοτών), το οποίο περιέχει τα δεδομένα που απαιτεί νόμος και συνδέονται με την αιμοδοσία και το ιατρικό ιστορικό μου.
- Παρέχω ρητά με το παρόν τη συγκατάθεση μου για τη συλλογή, την αρχική και κάθε περαιτέρω επεξεργασία, απλών και ευαίσθητων δεδομένων μου προσωπικού χαρακτήρα που θα καταχωρούνται στην ως άνω ηλεκτρονική βάση δεδομένων (Εθνικό Μητρώο Αιμοδοτών), σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 28 και 7 του ν. 2472/1997 όπως τροποποιηθείς ισχύει και στη τήρηση του σχετικού αρχείου για το διάστημα και για τους σκοπούς που προβλέπει ο νόμος για την αιμοδοσία, την ασφάλεια του αίματος και την προστασία της δημόσιας υγείας, με την επιφύλαξη των δικαιωμάτων μου που προβλέπονται στα άρθρα 11-14 του ν. 2472/1997 για ενημέρωση πρόσβαση αντίρρηση και προσωρινή δικαστική προστασία.

**Ο/Η Αιμοδότης****ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΤΗΤΑΣ ΑΙΜΟΔΟΤΗ (Συμπληρώνεται από τον ενεργούντα την επιλογή)**

Αρτηριακή Πίεση (συστ./διαστο):  mm/Hg Σφύξεις:  /min Θερμοκρασία:  °C Βάρος:  Kg  
 Αιματοκρίτης:  % Αιμοσφαιρίνη:  gr/dl Ύψος:  m

**Δότης:**  Ολικού αίματος /  Αιμοπεταλίων  
**Γενική Εντύπωση:**  
  
  
 Ο αιμοδότης είναι κατάλληλος για αιμοδοσία:  ΝΑΙ /  ΟΧΙ

**Ο/Η ενεργήσας την επιλογή****ΑΙΤΙΕΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ ΑΙΜΟΔΟΤΗ (Συμπληρώνεται από τον ενεργούντα την επιλογή)**

Αιτίες αποκλεισμού:  
  
  
 Χρονικό διάστημα αποκλεισμού:

**ΑΙΜΟΛΗΨΙΑ (Συμπληρώνεται από τον ενεργούντα την αιμοληψία)**

Τύπος χρησιμοποιηθέντος ασκού αιμοληψίας:  Διπλός  Παιδιατρικός  
 Τριπλός  Λευκαφαιρεμένος  
 Τετραπλός  
 Η αιμοληψία ολοκληρώθηκε:  ΝΑΙ  ΟΧΙ

**Ο/Η ενεργήσας την αιμοληψία**



