

1050/2014-S

SMLOUVA

o spolupráci

Účastníci smlouvy

Mělnická zdravotní, a.s.

se sídlem Pražská 528/29,
276 01 Mělník
IČ 279 58 639
bankovní spojení Česká spořitelna, a.s.
číslo účtu [redacted]
zastoupená Filipem Charvátém, BS MFin., předsedou představenstva a
Bc. Jitka Škařupovou DiS., členem představenstva
dále jen „NM“

a

Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha

se sídlem U vojenské nemocnice 1200, Praha 6 – Střešovice
IČO 61383082
bankovní spojení Česká národní banka Praha
číslo účtu [redacted]
zastoupená ředitelem plk.prof.MUDr.Miroslavem Zavoralem, Ph.D.
dále jen „ÚVN“

I.

Účastníci se dohodli na vzájemné spolupráci při odběrech dárců krve a zásobování transfuzními přípravky NM z Oddělení hematologie a krevní transfuze ÚVN.

II.

- 1) ÚVN se zavazuje svým jménem a na svůj účet provozovat v prostorách areálu Nemocnice Mělník, Bezručova 715, Mělník, odběrové středisko dárců krve.
- 2) NM se zavazuje za tímto účelem vytvářet podmínky pro provozování tohoto střediska poskytnutím odpovídajících nebytových prostor a dalších služeb, uvedených v nájemní smlouvě.
- 3) NM se zavazuje objednávat transfuzní přípravky primárně v krevním skladu ÚVN, kdy předpokládaný odběr činí min 1000 tu erytrocytů a 500 tu plazmy za rok. V případě, že ze strany ÚVN nebudou realizovány dodávky erytrocytů a plazmy, budou se započítávat tyto dodávky do minimálního odběru.
- 4) ÚVN se zavazuje zásobovat NM podle jejich potřeb na základě písemné objednávky transfuzními přípravky za ceny uvedené v příloze č. 1 této smlouvy, přičemž tyto přípravky nebudou mít dobu použitelnosti kratší 21 dnů, pokud v případě konkrétní objednávky se zodpovědní pracovníci NM a ÚVN nedohodnou jinak. Formulář „Objednávka“ je v příloze č.2 této smlouvy.
- 5) NM se zavazuje zaplatit ÚVN cenu dodaných transfuzních přípravků na základě faktury vydané ÚVN. Splatnost faktur se ujednává do 90 dnů od doručení faktury NM. V případě prodlení s plněním sjednaných úhrad má ÚVN právo požadovat úroky z prodlení (v zákonem stanovené výši) z dlužné částky za každý den prodlení, které se stanou přednostní součástí pohledávky. ÚVN je v průběhu spolupráce, vždy k 1. březnu příslušného roku, počínaje 1. březnem 2015, oprávněn jednostranně zvýšit cenu transfuzních přípravků o roční míru inflace vyjádřenou přírůstkem průměrného ročního indexu spotřebitelských cen za uplynulý kalendářní rok, vyhlášenou Českým statistickým úřadem.
- 6) Dopravu transfuzních přípravků bude za dodržení zásad správné výrobní praxe zajišťovat ÚVN nebo Oblastní spolek ČČK Mělník na základě zvláštní smlouvy. V odběrových dnech bude doprava přípravků zajištěna zdarma, v ostatních případech podle ceníku ÚVN, resp. OS ČČK Mělník.

2

7) ÚVN zajistí předmětné prostory úklidem a movitým vybavením.

III.

1) ÚVN se zavazuje pro NM k provádění konsiliárních laboratorních vyšetření a konzultací v oboru transfuzního lékařství. Současně ÚVN bude spolupracovat s NM při řešení potransfuzních reakcí, případně jejich vyšetření provede dle smluvní ceny, uvedené v příloze č. 1. Formuláře „Hlášení Nemocnice Mělník - potransfuzní reakce“ a „Zpráva o vyšetření potransfuzní reakce“ jsou v příloze č.3 a č.4 této smlouvy

2) ÚVN bude s NM spolupracovat při vzdělání v akreditovaném oboru hematologie a transfuzní služba a poskytne zdarma účast pracovníkům Nemocnice Mělník na školicích akcích v tomto oboru pořádaných ÚVN.

3) Odpovědné osoby:

MUDr. Sklenářová Eva, vedoucí lékař Krevní banky NM a pplk.MUDr.Miloš Bohoněk, Ph.D., primář Oddělení hematologie a krevní transfuze ÚVN.

IV.

1) Smluvní strany se dohodly, že budou vzájemně spolupracovat rovněž při získávání a oceňování dárců krve pro odběrové středisko Mělník

2) Smluvní strany se dohodly, že každá ze smluvních stran neprodleně projedná s druhou stranou skutečnosti, které by podstatným způsobem mohly ovlivnit plnění této smlouvy.

3) Tato smlouva je uzavřena na dobu neurčitou, platnosti nabývá dnem podpisu oběma smluvními stranami. Obě smluvní strany mohou tuto smluv vypovědět z jakéhokoliv důvodu, příp. bez jeho uvedení. Výpovědní lhůta činí tři měsíce a začne plynout prvního dne měsíce následujícího po doručení písemné výpovědi druhé smluvní straně.

4) Jakékoli změny a doplňky této smlouvy jsou možné pouze písemnými dodatky, odsouhlasenými a podepsanými oběma smluvními stranami.

5) Smluvní strany prohlašují, že si tuto smlouvu před jejím podpisem přečetly, že byla uzavřena po vzájemném projednání podle jejich pravé a svobodné vůle, určitě, vážně a srozumitelně. Autentičnost této smlouvy potvrzují svým podpisem.

6) Vztahy touto smlouvou výslovně neupravené se řídí obecně závaznými právními předpisy.

7) Dáno ve dvojnásobném vyhotovení, po jednom pro každého z účastníků.

V Praze dne 22. října 2014

V Mělníku dne

.....
plk.prof.MUDr.Miroslav Zavoral, Ph.D

V ZASTOUPENÍ

MUDr. Ivan Jeřábek
náměstek ředitele pro LPP ÚVN

.....
Filip Charvát BS MFin.

.....
Bc. Jitka Škařupová DiS.

Mělnická zdravotní, a.s.
Nemocnice Mělník
276 01 Mělník, Pražská 528
IČ: 27958639, DIČ: CZ27958639
(1)

(Handwritten mark)

**ÚVN**ÚSTŘEDNÍ VOJENSKÁ NEMOCNICE
Vojenská fakultní nemocnice Praha

Příloha č.1.

Ceník transfuzních přípravků, vybraných laboratorních služeb a dopravy ÚVN

Zkratka	Název	Kód VZP	Prodejní cena / T.U.
EBR	Erytrocyty bez buffy-coatu resuspendované	0007917	1620,00
EAR	Erytrocyty resuspendované z aferézy (vlastnosti a použití shodné jako EBR)	0007963	1620,00
ERD	Erytrocyty resuspendované deleukotizované	0007955	1860,00
EAD	Erytrocyty deleukotizované z aferézy (vlastnosti a použití shodné jako ERD)	0007964	1860,00
EP	Erytrocyty promyté	kód + 0407947	3650,00
P	Plazma čerstvě zmrazená	0207921	640,00
TBSD	Trombocyty z buffy-coatu směsné, deleukotizované, v náhradním roztoku (min.200 mld. TRC), pouze na objednávku předem	0107936	3960,00
TAD	Trombocyty z aferézy deleukotizované (min.200 mld. TRC), pouze na objednávku předem	0107959	7600,00
TADKZ	Trombocyty z aferézy kryokonzervované zmražené	není	8420,00
TADK	Trombocyty z aferézy kryokonzervované, resuspendované v plazmě	0107959	9720,00
	Erytrocyty kryokonzervované deleukotizované	není	9841,-
	Erytrocyty kryokonzervované deleukotizované pro autotransfuzi	není	9484,-
	Vyšetření potransfuzní reakce	--	2200,-
	Příplatek za mimořádné otypování a výběr transfuzního přípravku	--	690,-
	Doprava transfuzních přípravků (1 cesta ÚVN-Mělník a zpět, pouze ve všední dny v 07,00 – 19,00 hod)	--	2250,-Kč

2

ZPRÁVA O POTRANSFÚZNÍ REAKCI

Diagnóza	Pojišťovna:
Počet předchozích transfúzí	Reakce po transfúzi
Imunní protilátky <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> jiné	
Porody	Potraty
Indikace k transfúzi	
Doprovodná léčba:	

Aplikované transfúzní přípravky

Datum			
Druh přípravku			
Číslo přípravku			
Krevní skupina přípravku			
Krevní skupina pacienta			
Zajišťovací zkouška (KS u lůžka)			
Biologická zkouška			
Aplikované množství			
Čas od - do			
Teplota před po			
Krevní tlak před po			
Puls před po			
Transfúzi podával:			

Stupeň reakce	lehká	těžká
---------------	-------	-------

Klinické příznaky:	Klinické symptomy	Odeslané lab.vyšetření:
<input type="checkbox"/> zimnice, třesavka	<input type="checkbox"/> kopřivka / vyrážka	<input type="checkbox"/> hemoglobin <input type="checkbox"/> LDH
<input type="checkbox"/> svědění kůže	<input type="checkbox"/> bronchospasmus / tachypnoe	<input type="checkbox"/> bilirubin <input type="checkbox"/> hemokultura
<input type="checkbox"/> dušnost	<input type="checkbox"/> tachykardie / arytmie	<input type="checkbox"/> jiné
<input type="checkbox"/> pocit závratě	<input type="checkbox"/> kolaps / šok	
<input type="checkbox"/> pocení	<input type="checkbox"/> icterus	Typ reakce:
<input type="checkbox"/> nausea, zvracení	<input type="checkbox"/> purpura / krvácení	<input type="checkbox"/> hemolytická <input type="checkbox"/> anafylaktická
<input type="checkbox"/> bolest hlavy	<input type="checkbox"/> plicní infarkt	<input type="checkbox"/> febrilní <input type="checkbox"/> plicní
<input type="checkbox"/> bolest na hrudi	<input type="checkbox"/> ledvinné selhání	<input type="checkbox"/> alergická
<input type="checkbox"/> bolest zad	<input type="checkbox"/> jiné	<input type="checkbox"/> septická
<input type="checkbox"/> jiné		<input type="checkbox"/> jiná

Průběh, léčba reakce

Začátek reakce (datum/čas):	Konec reakce (datum/čas):
Výskyt reakce: <input type="checkbox"/> opakující se <input type="checkbox"/> neopakující se	<input type="checkbox"/> neznámý
Úmrtí <input type="checkbox"/> příčina úmrtí:	pitva <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Datum hlášení:	Podpis lékaře:
	Podpis primáře oddělení:

POUČENÍ

1) **Zprávu o potransfúzní reakci ve trojím provedení vyplní lékař, který prováděl transfúzi a zašle spolu s níže uvedeným materiálem do krevní banky:**

a) 1 zkumavka nesrážlivé krve (EDTA) po transfúzi

(vyšetření: krevní skupina, Rh faktor, křížová zkouška, protilátky, PAT)

b) zbytek transfúzního přípravku ve vaku s transfúzním setem

2) **Další fakultativně prováděná vyšetření:**

biochemie: bilirubin + nekonjugovaný bilirubin, urea, kreatinin, Na,

K, Cl, LDH

haptoglobin

KO + rtc

moč

koagulační vyšetření: v případě podezření na možný rozvoj

syndromu DIC

INR, APTT, D-Dimery, AT III, fibrinogen

hemokultury : u febrilní reakce, septického šoku

Kompletní imuno hematologické vyšetření

na vyšším pracovišti (HTO Mladá Boleslav)

Dle doporučení krevní banky: 2 zkumavky srážlivé krve po transfúzi

2 zkumavky nesrážlivé krve do EDTA

PROTOKOL O VYŠETŘENÍ POTRANSFUZNÍ REAKCE

Příjmení/jméno příjemce.....rodné číslo.....

Diagnóza.....pojišťovna.....

Klinické oddělení.....typ reakce.....dne.....

Datum/čas předání protokolu transf. oddělení.....

číslo protokolu hlášení reakce...../.....

Materiál předaný k vyšetření:

Vzorek před transfuzí ze dne.....správné označení vzorku: ano ne

Vzorek po transfuzi ze dne.....správné označení vzorku: ano ne

Krevní vak po transfuzi: typ TP.....číslo TP.....

Stav materiálu:.....

Datum a hodina převzetí.....podpis pracovníka.....

Protokol obsahuje/ neobsahuje předepsané náležitosti.....

Datum a podpis lékaře TO.....

1. Přítomnost hemolýzy po centrifugaci

Hemolýza

volný Hb

vzorek pacienta před TRF		
vzorek pacienta po TRF (z KO)		
segment		
vak		

2. Vyšetření krevní skupiny

Krevní skupina	ABO	Rh
vzorek pacienta před TRF		
vzorek pacienta po TRF		
segment		
vak		

2

3. Screening protilátek

Screening protilátek	NAT	Enzym
vzorek pacienta před TRF		
vzorek pacienta po TRF		

4. Vyšetření PAT

PAT	
vzorek pacienta před TRF	
vzorek pacienta po TRF	
segment	
vak	

5. Zkouška kompatibility

Křížový pokus			
Segment	x	vzorek pacienta před TRF	
Segment	x	vzorek pacienta po TRF	
Vak	x	vzorek pacienta před TRF	
Vak	x	vzorek pacienta po TRF	

6. Vyšetření sterility TP:

odesláno dne.....

Výsledek.....

Hodnotil/a dne:.....

Přílohy: Biochemické vyšetření, hematologické vyšetření, mikrobiologické vyšetření, imuno hematologické vyšetření (v případě nutnosti vyšetření typizace antigenů na vyšším pracovišti)

2