



## ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ



6<sup>η</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ  
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ, ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ  
ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ  
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΣΠΑΡΤΗΣ

Ημερομηνία : 07-08-2014

Αρ. Πρωτοκ. : 9637

### ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

Υποδιεύθυνση Τεχνικού, Τμήμα Τεχνικού

Πληροφορίες : Η. Πλειώτας, Τηλ. 27310 : 93195 , Φαξ : 27310 - 93195 , email : texnikh@hospspa.gr

**ΠΡΟΣ** : ΚΑΘΕ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΕΝΟ

*Κοινοποίηση* : ΣΤΗΝ ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΤΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

### ΟΡΘΗ ΕΠΑΝΑΛΗΨΗ

**ΘΕΜΑ** : «ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ»

Η υπηρεσία μας προτίθεται να προβεί σε ενέργειες όσον αφορά την εφαρμογή για την Μυοκτονία - Απολύμανση - Απεντόμωση στους χώρους **α)** του Γενικού Νοσοκομείου Λακωνίας (Ν.Μ Σπάρτης) και **β)** των Κέντρων Υγείας : Αρεόπολης, Γυθείου, Βλαχιώτη και Καστορείου εφόσον πληρούνται οι παρακάτω προϋποθέσεις με ποινή αποκλεισμού :

1. Η εταιρία θα πρέπει να είναι κάτοχος της Νόμιμης Άδειας για καταπολέμηση Εντόμων και Τρωκτικών σε Κατοικημένους Χώρους. Να προσκομιστεί επικυρωμένη φωτοτυπία.
2. Η εταιρία θα πρέπει να φέρει πιστοποίηση κατά ISO : 9001/2008 (Αναγνωρισμένου Διεθνούς ή Ελληνικού Οργανισμού). Να προσκομιστεί επικυρωμένη φωτοτυπία.
3. Λόγω της ανάγκης άμεσης ανταπόκρισης σε τυχόντα - (εντός 60' min στη Ν.Μ Σπάρτης & εντός 120' min στα ανωτέρω Κέντρα Υγείας) - έκτακτα προβλήματα λόγω παλαιότερου ιστορικού σε διάφορα σημεία της Νοσηλευτικής Μονάδας Σπάρτης καθώς και των ανωτέρω Κέντρων Υγείας, κατά το ίδιο χρονικό διάστημα η ανάδοχος εταιρία θα πρέπει να έχει έδρα ή παράρτημα κατά προτίμηση στην Σπάρτη ή πλησίον

αυτής και να απασχολεί με μόνιμη σχέση εργασίας τουλάχιστον τρία (3) έμπειρα και εκπαιδευμένα άτομα ως τεχνικό προσωπικό. Προς απόδειξη των ανωτέρω θα προσκομίζεται η ανάλογη βεβαίωση από την επιθεώρηση εργασίας.

4. Η ανάδοχος εταιρεία θα πρέπει να έχει την ανάλογη εμπειρία σε χώρους ανάλογους των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ και να εκτελεί τα δύο (2) τελευταία χρόνια εφαρμογές σε αντίστοιχα τουλάχιστον δυο (2) Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. Να προσκομιστούν οι συμβάσεις αυτών. Η έμπρακτη εμπειρία του αναδόχου θα φαίνεται με την κατάθεση των εγγράφων των εφαρμογών με τις καταναλώσεις, κατόψεις και των Υγειονομικών εκθέσεων.
5. Η ανάδοχος εταιρεία να διαθέτει βεβαίωση ασφάλισης για την κάλυψη γενικής αστικής ευθύνης έργου προς τρίτους αξίας τουλάχιστον εκατό χιλιάδων ευρώ **100.000,00 €**.
6. Η ανάδοχος εταιρεία θα πρέπει να παραδίδει «Φάκελο Ελέγχου Παρασίτων» και να έχει την ευθύνη ενημέρωσης αυτού, κατά τέτοιο τρόπο ώστε να υπερκαλύπτονται οι απαιτήσεις που θέτει το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και ο Ε.Φ.Ε.Τ.
7. Για τη συμμετοχή σε διαγωνισμό που αφορά την Μικροβιοκτονία - Απολύμανση στους χώρους της Νοσηλευτικής Μονάδας Σπάρτης, θα πρέπει η απολύμανση των επιφανειών να γίνει δι' αεριοποίησης απολυμαντικού υγρού. Να υπάρξει γραπτή δήλωση του προσφέροντος.

- Η συσκευή που θα χρησιμοποιηθεί, να έχει τα παρακάτω χαρακτηριστικά :

Η συσκευή να μην είναι ψεκαστήρας και να μη ψεκάξει. Πρόκειται για αερογεννήτρια, και να λειτουργεί δι' αναρρόφησης και όχι δι' έκχυσης όπως οι ψεκαστήρες. Να αεριοποιεί το αναλώσιμο απολυμαντικό υγρό σε μικροσωματίδια διαμέτρου 0,1 μm - 0,3 μm σε αντίθεση με τις συσκευές ψεκασμού που παράγουν μικροσωματίδια διαμέτρου 10 μm - 30 μm.

Η συσκευή να αποβάλλει τα απολυμαντικά σκευάσματα υπό μορφή νέφους στην τελική φάση ώστε να μη δημιουργούνται βλάβες των ευρισκόμενων μηχανημάτων, να μην διαταράσσεται η σχέση θερμοκρασίας-υγρασίας του χώρου ενώ το απολυμαντικό να κατανέμεται ομοιόμορφα σε όλο το χώρο.

Η μέθοδος να εγγυάται ότι δεν θα υπάρξουν φθορές ή ζημιές στον εξοπλισμό ή στις εγκαταστάσεις που τα υλικά κατασκευής τους είναι μέταλλο, πλαστικό, γυαλί, λάστιχο ή οποιαδήποτε άλλο υλικό που βρίσκεται στο χώρο ενώ η λειτουργία τους να μη βασίζεται σε

έκλυση θερμότητας. Επίσης, να είναι ασφαλής για την αποφυγή κινδύνων έκρηξης, πυρκαγιάς ή ατυχημάτων.

Τα απολυμαντικά προϊόντα που θα χρησιμοποιηθούν να είναι εγκεκριμένα από τις αρμόδιες υπηρεσίες και να έχουν αποκλειστικά απολυμαντική - αντισηπτική δράση. Να είναι σε δοχεία ερμητικά σφραγισμένα με ταινία ασφαλείας, να φέρουν ετικέτες που να αναγράφουν το εμπορικό όνομα του προϊόντος, τους αριθμούς έγκρισης, τα δραστικά συστατικά και την περιεκτικότητα αυτών, τις οδηγίες χρήσης και τις οδηγίες προφύλαξης. Η αποσφράγιση να γίνεται μπροστά στην επιτροπή ελέγχου απολυμάνσεων του Νοσοκομείου. Επίσης να έχουν χαμηλό επίπεδο τοξικότητας και δεν θα πρέπει να επηρεάζεται η δράση τους από οργανικές ύλες και βιολογικά υγρά. Να είναι βακτηριοκτόνα και να καλύπτουν όλο το ευρύ φάσμα των σύγχρονων απολυμαντικών-αντισηπτικών. Τα προϊόντα να μη χρειάζονται πρόσμιξη ή διάλυση με διάφορους διαλύτες και να αλλάζουν ανά τακτά χρονικά διαστήματα.

**A)** Για την εφαρμογή **Μυοκτονιών - Απολυμάνσεων - Απεντομώσεων** στους χώρους του Γενικού Νοσοκομείου Λακωνίας (Ν.Μ Σπάρτης) προβλέπονται οι κάτωθι τεχνικές προδιαγραφές :

### **1) ΜΥΟΚΤΟΝΙΑ**

Σε εναρμόνιση με την Κ.Υ.Α. 487/ 04-10-2000 η εφαρμογή της μυοκτονίας πρέπει να γίνεται με την τοποθέτηση μυοκτόνων σκευασμάτων, εντός δολωματικών σταθμών. Ο αριθμός των θέσεων δόλωσης και η ακριβής ποσότητα του δολώματος κατά θέση εξαρτάται από την σοβαρότητα της προσβολής και το είδος του τρωκτικού (*Rattus norvegicus* και *Rattus rattus*). Η επιλογή των κατάλληλων σημείων τοποθέτησης των δολωματικών σταθμών και η επιλογή σταθμών κλειστού τύπου ασφαλείας ή Φ 75 θα γίνεται με επιθεώρηση των χώρων της Νοσηλευτικής Μονάδας Σπάρτης από τον επιστημονικό υπεύθυνο της Εταιρίας και τον αρμόδιο υπάλληλο (κατάλληλο σε θέματα μυοκτονίας - απολύμανσης - απεντόμωσης). Όλοι οι σταθμοί που θα χρησιμοποιηθούν στους χώρους της Ν.Μ Σπάρτης θα τοποθετηθούν σε μόνιμες σταθερές θέσεις, σε σημεία που δεν θα δημιουργούν πρόβλημα στο προσωπικό της Νοσηλευτικής Μονάδας. Θα πρέπει:

**1)** Να υπάρχει επαρκής αριθμός δολωματικών σταθμών [τουλάχιστον εβδομήντα (**70**)]

στους εξωτερικούς και εσωτερικούς χώρους της Νοσηλευτικής Μονάδας.

**2)** Να γίνεται αρίθμηση όλων των δολωματικών σταθμών μυοκτονίας και υπόδειξη της θέσης και του αριθμού δόλωσης με καρτελάκι τοποθετημένο πλησίον του σταθμού σε εμφανές σημείο.

**3)** Να γίνεται χαρτογράφηση και αποτύπωση όλων των δολωματικών σταθμών (ορισμός και αρίθμηση όλων των δολωματικών σταθμών) για όλους τους χώρους του της Νοσηλευτικής Μονάδας σε σχέδια κάτοψης, όπου δεν υπάρχουν σχέδια θα τα φτιάχνει ο ανάδοχος.

**4)** Κάθε **μήνα** - τριάντα (**30**) ημέρες σε χρονικό διάστημα του ενός (**1**) έτους ή των δυο (**2**) ετών, να πραγματοποιείται επίσκεψη του συνεργείου κατά την οποία να εκτιμάται ο υγειονομικός κίνδυνος και να ελέγχεται η υγειονομική πορεία ανά χώρο εφαρμογής, να γίνεται αντικατάσταση του μυοκτόνου σκευάσματος και καταγραφή του ποσοστού κατανάλωσης αυτού ανά θέση δόλωσης.

**5)** Όλα τα ανωτέρω θα πρέπει να κοινοποιούνται στον αρμόδιο υπάλληλο του Νοσοκομείου μέσω έκθεσης υγειονομικής πορείας, η σύνταξη της οποίας θα έχει αποτέλεσμα την ανά πάσα στιγμή αναγνώριση του προβλήματος της προσβολής και της επιλογής, της αποτελεσματικότερης μεθόδου αντιμετώπισής του.

**6)** Η έκθεση υγειονομικής πορείας θα πρέπει να περιέχει τα είδη των χρησιμοποιούμενων σκευασμάτων με αναφορά στην δραστική ουσία, τα υλικά, τις προδιαγραφές, τις οδηγίες χρήσης, συγκεντρώσεις, θέσεις εφαρμογής, καταναλώσεις, μεθόδους εφαρμογής, ονόματα υπευθύνων για την καταπολέμηση και συστάσεις για διορθωτικές ενέργειες που πρέπει να κάνει το Νοσοκομείο.

**7)** Όλα τα μυοκτόνα σκευάσματα που θα χρησιμοποιηθούν κατά την εκτέλεση της μυοκτονίας πρέπει να έχουν άδεια έγκρισης από το *Υπουργείο Αγροτικής Ανάπτυξης & Τροφίμων* και να συνοδεύονται από τα απαραίτητα δελτία ασφαλείας.

**8)** Τονίζεται η απαιτούμενη δυνατότητα άμεσης ανταπόκρισης από την ανάδοχο Εταιρεία σε περίπτωση έκτακτων αναγκών (εμφάνιση ποντικών και λοιπών μυοκτονικών κρουσμάτων), εντός μιας (**1**) ώρας, όπου και όσες φορές χρειαστεί.

Συγκεκριμένα απαιτούνται δώδεκα (**12**) τουλάχιστον εφαρμογές των ανωτέρω μια (**1**) φορά

το **μήνα** - τριάντα (**30**) ημέρες σε χρονικό διάστημα του ενός (**1**) έτους ή εικοσιτέσσερις (**24**) τουλάχιστον εφαρμογές των ανωτέρω μια (**1**) φορά το **μήνα** - τριάντα (**30**) ημέρες σε χρονικό διάστημα των δυο (**2**) ετών.

## **2) ΑΠΟΛΥΜΑΝΣΗ**

Για την αποφυγή υγειονομικών προβλημάτων ιδιαίτερα σε χώρους μαζικής χρήσεως π.χ τουαλέτες, αποδυτήρια, αλλά και σε χώρους μαζικής σίτισης μαγειρεία - κουζίνες συγκέντρωσης και διανομής φαγητού, κρίνεται απαραίτητη η χρήση απολυμαντικών μικροβιοκτόνων σκευασμάτων. Ενδεικνύονται η εφαρμογή αυτών με την χρήση της μεθόδου ψυχρής εκνέφωσης ή μέσω ψεκασμού χαμηλής πίεσης ανάλογα με τον χώρο εφαρμογής. Απαιτείται η ομοιόμορφη κάλυψη όλου του όγκου του προς απολύμανση χώρου και των αντικειμένων που περιέχονται σε αυτόν με το συγκεκριμένο σκεύασμα. Η απολύμανση στους ανωτέρω χώρους (χειρουργεία - μαγειρεία κ.λ.π.) θα πραγματοποιείται σε καταστάσεις **έκτακτης** ανάγκης όταν προκύψει κάποιο πρόβλημα. Με το πέρας της απολύμανσης θα προσκομίζεται βεβαίωση απολύμανσης στην οποία θα αναγράφεται ημερομηνία, χώρος εφαρμογής, μέθοδος εφαρμογής, είδος σκευάσματος και δόση αυτού. Το χρησιμοποιούμενο σκεύασμα θα πρέπει να είναι εγκεκριμένο από τον Ε.Ο.Φ με ευρύ φάσμα δράσης κατά ιών (ιός ηπατίτιδας, AIDS, ΗΙΥ), βακτηρίων, μυκήτων και σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει να φέρει υπολειμματική δράση. Τονίζεται η απαιτούμενη δυνατότητα άμεσης ανταπόκρισης από την ανάδοχο Εταιρεία σε περίπτωση έκτακτων αναγκών (μόλυνση κάποιον χώρων από νέους ιούς, βακτήρια, μύκητες κ.λ.π), εντός μιας (**1**) ώρας, όπου και όσες φορές χρειαστεί.

## **3) ΑΠΕΝΤΟΜΩΣΗ**

Για την αποτελεσματική απεντόμωση στους χώρους της Νοσηλευτικής Μονάδας, για την αντιμετώπιση δηλ. των βαδιστικών εντόμων όπως κατσαρίδες (*Periplaneta Americana* και *Blatella germanica*), αράχνες, μυρμήγκια, ψύλλους, σφήκες κ.λ.π κρίνεται απαραίτητη η εφαρμογή ενός ολοκληρωμένου προγράμματος εργασιών που μεταξύ άλλων, περιλαμβάνει τους κατασταλτικούς τρόπους αντιμετώπισης εντόμων (μέτρα καταστολής του υπολειμματικού ψεκασμού και της μεθόδου εφαρμογής τροφοελκυστικού δολώματος).

Η εφαρμογή της μεθόδου υπολειμματικού ψεκασμού θα γίνεται σε φρεάτια, υπόγεια, λεβητοστάσια, μηχανοστάσια, τουαλέτες, αντλιοστάσια, κ.λ.π.

Η εφαρμογή τροφοελκυστικού δολώματος GEL, θα γίνεται στα μαγειρεία, αποδυτήρια,

χώρους ανάπαυσης προσωπικού και στα τμήματα συγκέντρωσης και διανομής φαγητού. Απαιτείται η χρήση οικολογικών παγίδων εντόμων σε χώρους ιδιαίτερα ευαίσθητους για ανάπτυξη εντόμων π.χ. αποθήκες τροφίμων.

Κατά την διάρκεια της εφαρμογής θα ελέγχονται όλες οι πηγές ελέγχου, θα γίνεται καταγραφή αποτελεσμάτων ανά θέση παγίδα και με τον τρόπο αυτό θα γίνεται η εξαγωγή συμπερασμάτων για το μέγεθος του προβλήματος και θα προτείνονται τρόποι νέοι παρακολούθησης και αντιμετώπισης του.

Απαιτείται η κοινοποίηση στο αρμόδιο υπάλληλο του Νοσοκομείου, έκθεσης υγειονομικής πορείας ανά χώρο εφαρμογής καθώς και σύνταξη πινάκων χρησιμοποιούμενων σκευασμάτων δραστικών ουσιών , δόσεων κατά χώρο εφαρμογής και με τον τρόπο αυτό θα εκτιμάται ο υγειονομικός κίνδυνος που αντιμετωπίστηκε και θα γίνεται η σύσταση για διορθωτικές ενέργειες που θα πρέπει να κάνει το Νοσοκομείο. Όλα τα εντομοκτόνα και GEL που θα χρησιμοποιηθούν πρέπει να είναι άοσμα, εγκεκριμένα από το *Υπουργείο Αγροτικής Ανάπτυξης & Τροφίμων* και να συνοδεύονται από τα απαραίτητα δελτία ασφαλείας και να έχουν την χαμηλότερη υπολειμματική δράση. Τονίζεται η απαιτούμενη δυνατότητα άμεσης ανταπόκρισης από την ανάδοχο Εταιρεία σε περίπτωση έκτακτων αναγκών (εμφάνιση εντομολογικών και λοιπών μiasματικών κρουσμάτων, ψύλλων, κ.λ.π), εντός μιας **(1)** ώρας, όπου και όσες φορές χρειαστεί.

Οι ανωτέρω εφαρμογές θα γίνονται μία **(1)** φορά το μήνα - τριάντα **(30)** ημέρες κατά την διάρκεια του ενός **(1)** έτους ή των δυο **(2)** ετών.

Συγκεκριμένα απαιτούνται δώδεκα **(12)** τουλάχιστον εφαρμογές των ανωτέρω (για Μυοκτονία & Απεντόμωση) μία **(1)** φορά το **μήνα** - τριάντα **(30)** ημέρες σε χρονικό διάστημα του ενός **(1)** έτους ή εικοσιτέσσερις **(24)** τουλάχιστον εφαρμογές των ανωτέρω μία **(1)** φορά το **μήνα** - τριάντα **(30)** ημέρες σε χρονικό διάστημα των δυο **(2)** ετών.

**Β)** Για την εφαρμογή **Μυοκτονιών - Απολυμάνσεων - Απεντομών** στους χώρους των Κέντρων Υγείας : **Αρεόπολης, Γυθείου, Βλαχιώτη και Καστορείου** προβλέπονται οι κάτωθι τεχνικές προδιαγραφές :

### **1) ΜΥΟΚΤΟΝΙΑ**

Σε εναρμόνιση με την Κ.Υ.Α 487/04-10-2000 η εφαρμογή της μυοκτονίας πρέπει να γίνεται με την τοποθέτηση μυοκτόνων σκευασμάτων, εντός δολωματικών σταθμών. Ο

αριθμός των θέσεων δόλωσης και η ακριβής ποσότητα του δολώματος κατά θέση εξαρτάται από την σοβαρότητα της προσβολής και το είδος του τρωκτικού (*Rattus norvegicus* και *Rattus rattus*). Η επιλογή των κατάλληλων σημείων τοποθέτησης των δολωματικών σταθμών και η επιλογή σταθμών κλειστού τύπου ασφαλείας ή Φ 75 θα γίνεται με επιθεώρηση των χώρων του κάθε Κέντρου Υγείας : Αρεόπολης, Γυθείου, Βλαχιώτη και Καστορείου από τον επιστημονικό υπεύθυνο της Εταιρίας και τον αρμόδιο υπάλληλο (κατάλληλο σε θέματα μυοκτονίας - απολύμανσης - απεντόμωσης). Όλοι οι σταθμοί που θα χρησιμοποιηθούν στους χώρους των Κέντρων Υγείας : Αρεόπολης, Γυθείου, Βλαχιώτη και Καστορείου θα τοποθετηθούν σε μόνιμες σταθερές θέσεις, σε σημεία που δεν θα δημιουργούν πρόβλημα στο προσωπικό. Θα πρέπει:

**1)** Να υπάρχει επαρκής αριθμός δολωματικών σταθμών [τουλάχιστον είκοσι (**20**)] στους εξωτερικούς και εσωτερικούς χώρους των Κέντρων Υγείας : Αρεόπολης, Γυθείου, Βλαχιώτη και Καστορείου.

**2)** Να γίνεται αρίθμηση όλων των δολωματικών σταθμών μυοκτονίας και υπόδειξη της θέσης και του αριθμού δόλωσης με καρτελάκι τοποθετημένο πλησίον του σταθμού σε εμφανές σημείο.

**3)** Να γίνεται χαρτογράφηση και αποτύπωση όλων των δολωματικών σταθμών (ορισμός και αρίθμηση όλων των δολωματικών σταθμών) για όλους τους χώρους των Κέντρων Υγείας : Αρεόπολης, Γυθείου, Βλαχιώτη και Καστορείου σε σχέδια κάτοψης, όπου δεν υπάρχουν σχέδια θα τα φτιάχνει ο ανάδοχος.

**4)** Κάθε **δύμηνο** - εξήντα (**60**) ημέρες σε χρονικό διάστημα του ενός (**1**) έτους ή των δυο (**2**) ετών, να πραγματοποιείται επίσκεψη του συνεργείου κατά την οποία να εκτιμάται ο υγειονομικός κίνδυνος και να ελέγχεται η υγειονομική πορεία ανά χώρο εφαρμογής, να γίνεται αντικατάσταση του μυοκτόνου σκευάσματος και καταγραφή του ποσοστού κατανάλωσης αυτού ανά θέση δόλωσης.

**5)** Όλα τα ανωτέρω θα πρέπει να κοινοποιούνται στον αρμόδιο υπάλληλο του Νοσοκομείου Λακωνίας για το κάθε Κέντρου Υγείας : Αρεόπολης, Γυθείου, Βλαχιώτη και Καστορείου μέσω έκθεσης υγειονομικής πορείας, η σύνταξη της οποίας θα έχει αποτέλεσμα την ανά πάσα στιγμή αναγνώριση του προβλήματος της προσβολής και της επιλογής, της αποτελεσματικότερης μεθόδου αντιμετώπισής του.

**6)** Η έκθεση υγειονομικής πορείας θα πρέπει να περιέχει τα είδη των χρησιμοποιούμενων σκευασμάτων με αναφορά στην δραστική ουσία, τα υλικά, τις προδιαγραφές, τις οδηγίες χρήσης, συγκεντρώσεις, θέσεις εφαρμογής, καταναλώσεις, μεθόδους εφαρμογής, ονόματα υπευθύνων για την καταπολέμηση και συστάσεις για διορθωτικές ενέργειες που πρέπει να κάνει το κάθε Κέντρο Υγείας : Αρεόπολης, Γυθείου, Βλαχιώτη και Καστορείου.

**7)** Όλα τα μυοκτόνα σκευάσματα που θα χρησιμοποιηθούν κατά την εκτέλεση της μυοκτονίας πρέπει να έχουν άδεια έγκρισης από το *Υπουργείο Αγροτικής Ανάπτυξης & Τροφίμων* και να συνοδεύονται από τα απαραίτητα δελτία ασφαλείας.

**8)** Τονίζεται η απαιτούμενη δυνατότητα άμεσης ανταπόκρισης από την ανάδοχη Εταιρεία σε περίπτωση έκτακτων αναγκών (εμφάνιση ποντικών και λοιπών μυοκτονικών κρουσμάτων), εντός δυο (2) ωρών, όπου και όσες φορές χρειαστεί.

Συγκεκριμένα απαιτούνται έξι (6) τουλάχιστον εφαρμογές των ανωτέρω μια (1) φορά το **δύμηνο** - εξήντα (60) ημέρες σε χρονικό διάστημα του ενός (1) έτους ή δώδεκα (12) τουλάχιστον εφαρμογές των ανωτέρω μια (1) φορά το **δύμηνο** - εξήντα (60) ημέρες σε χρονικό διάστημα των δυο (2) ετών.

## **2) ΑΠΟΛΥΜΑΝΣΗ**

Για την αποφυγή υγειονομικών προβλημάτων ιδιαίτερα σε χώρους μαζικής χρήσεως π.χ τουαλέτες, αποδυτήρια, αλλά και σε χώρους μαζικής σίτισης μαγειρεία - κουζίνες συγκέντρωσης και διανομής φαγητού, κρίνεται απαραίτητη η χρήση απολυμαντικών μικροβιοκτόνων σκευασμάτων. Ενδείκνυται η εφαρμογή αυτών με την χρήση της μεθόδου ψυχρής εκνέφωσης ή μέσω ψεκασμού χαμηλής πίεσης ανάλογα με τον χώρο εφαρμογής. Απαιτείται η ομοιόμορφη κάλυψη όλου του όγκου του προς απολύμανση χώρου και των αντικειμένων που περιέχονται σε αυτόν με το συγκεκριμένο σκεύασμα. Η απολύμανση στους ανωτέρω χώρους (χειρουργεία - μαγειρεία κ.λ.π.) θα πραγματοποιείται σε καταστάσεις **έκτακτης** ανάγκης όταν προκύψει κάποιο πρόβλημα. Με το πέρας της απολύμανσης θα προσκομίζεται βεβαίωση απολύμανσης στην οποία θα αναγράφεται ημερομηνία, χώρος εφαρμογής, μέθοδος εφαρμογής, είδος σκευάσματος και δόση αυτού. Το χρησιμοποιούμενο σκεύασμα θα πρέπει να είναι εγκεκριμένο από τον Ε.Ο.Φ με ευρύ φάσμα δράσης κατά ιών (ιός ηπατίτιδας, AIDS, ΗΙΥ), βακτηρίων, μυκήτων και σε καμία



περίπτωση δεν θα πρέπει να φέρει υπολειμματική δράση. Τονίζεται η απαιτούμενη δυνατότητα άμεσης ανταπόκρισης από την ανάδοχο Εταιρεία σε περίπτωση έκτακτων αναγκών (μόλυνση κάποιων χώρων από νέους ιούς, βακτήρια, μύκητες κ.λ.π), εντός δυο (2) ωρών, όπου και όσες φορές χρειαστεί.

### **3) ΑΠΕΝΤΟΜΩΣΗ**

Για την αποτελεσματική απεντόμωση στους χώρους των Κέντρων Υγείας : Αρεόπολης, Γυθείου, Βλαχιώτη και Καστορείου για την αντιμετώπιση δηλ. των βαδιστικών εντόμων όπως κατσαρίδες (*Periplaneta Americana* και *Blatella germanica*), αράχνες, μυρμήγκια, ψύλλους, σφήκες κ.λ.π κρίνεται απαραίτητη η εφαρμογή ενός ολοκληρωμένου προγράμματος εργασιών που μεταξύ άλλων, περιλαμβάνει τους κατασταλτικούς τρόπους αντιμετώπισης εντόμων (μέτρα καταστολής του υπολειμματικού ψεκασμού και της μεθόδου εφαρμογής τροφοελκυστικού δολώματος).

Η εφαρμογή της μεθόδου υπολειμματικού ψεκασμού θα γίνεται σε φρεάτια, υπόγεια, λεβητοστάσια, μηχανοστάσια, τουαλέτες, αντλιοστάσια, κ.λ.π.

Η εφαρμογή τροφοελκυστικού δολώματος GEL, θα γίνεται στα μαγειρεία, αποδυτήρια, χώρους ανάπαυσης προσωπικού και στα τμήματα συγκέντρωσης και διανομής φαγητού. Απαιτείται η χρήση οικολογικών παγίδων εντόμων σε χώρους ιδιαίτερα ευαίσθητους για ανάπτυξη εντόμων π.χ. αποθήκες τροφίμων.

Κατά την διάρκεια της εφαρμογής θα ελέγχονται όλες οι πηγές ελέγχου, θα γίνεται καταγραφή αποτελεσμάτων ανά θέση παγίδα και με τον τρόπο αυτό θα γίνεται η εξαγωγή συμπερασμάτων για το μέγεθος του προβλήματος και θα προτείνονται τρόποι νέοι παρακολούθησης και αντιμετώπισης του.

Απαιτείται η κοινοποίηση στον αρμόδιο υπάλληλο του Νοσοκομείου Λακωνίας για το κάθε Κέντρο Υγείας : Αρεόπολης, Γυθείου, Βλαχιώτη και Καστορείου, έκθεση υγειονομικής πορείας ανά χώρο εφαρμογής καθώς και σύνταξη πινάκων χρησιμοποιούμενων οσκευασμάτων δραστικών ουσιών, δόσεων κατά χώρο εφαρμογής και με τον τρόπο αυτό θα εκτιμάται ο υγειονομικός κίνδυνος που αντιμετωπίστηκε και θα γίνεται η σύσταση για διορθωτικές ενέργειες που θα πρέπει να κάνει το κάθε Κέντρο Υγείας : Αρεόπολης, Γυθείου, Βλαχιώτη και Καστορείου. Όλα τα εντομοκτόνα και GEL που θα χρησιμοποιηθούν πρέπει να είναι άοσμα, εγκεκριμένα από το *Υπουργείο Αγροτικής Ανάπτυξης & Τροφίμων* και να συνοδεύονται από τα απαραίτητα δελτία ασφαλείας και να έχουν την χαμηλότερη υπολειμματική δράση. Τονίζεται η απαιτούμενη δυνατότητα άμεσης ανταπόκρισης από την

ανάδοχο σε περίπτωση έκτακτων αναγκών (εμφάνιση εντομολογικών και λοιπών μiasματικών κρουσμάτων, ψύλλων, κ.λ.π), εντός δυο (2) ωρών, όπου και όσες φορές χρειαστεί.

Οι ανωτέρω εφαρμογές θα πραγματοποιούνται μία (1) φορά ανά **δίμηνο** - εξήντα (60) ημέρες κατά την διάρκεια του ενός (1) έτους ή των δυο (2) ετών.

Συγκεκριμένα απαιτούνται έξι (6) τουλάχιστον εφαρμογές των ανωτέρω (για Μυοκτονία & Απεντόμωση) μια (1) φορά το **δίμηνο** - εξήντα (60) ημέρες σε χρονικό διάστημα ενός (1) έτους ή δώδεκα (12) τουλάχιστον εφαρμογές των ανωτέρω μια (1) φορά το **δίμηνο** - εξήντα (60) ημέρες σε χρονικό διάστημα των δυο (2) ετών.

Ως κριτήριο ανάθεσης του έργου - μεταξύ των προσφορών που θα υποβληθούν και οι οποίες τηρούν τις προϋποθέσεις που ζητούνται - είναι η χαμηλότερη προσφερόμενη τιμή.

Η ετήσια συνολική προϋπολογισθείσα δαπάνη ανέρχεται στο ποσό των δέκα χιλιάδων ευρώ (10.000,00 €) [N.M Σπάρτης : 6.500€ και Κέντρα Υγείας : 3.500€] συμπεριλαμβανομένου του αναλογούντος **Φ.Π.Α** 23 %.

Προσφορές μπορούν να κατατεθούν για ένα (1) έτος ή και για δυο (2) έτη εφόσον κριθεί συμφέρουσα για το Νοσοκομείο.

Με την επιφύλαξη μονομερούς διακοπής της σύμβασης εκ μέρους του Νοσοκομείου - η πρόσφορα να εξειδικεύεται για Κέντρα Υγείας : Αρεόπολης, Γυθείου, Βλαχιώτη και Καστορείου - λόγο πλήρους ένταξης ή υπαγωγής των Κέντρων Υγείας από 01.01.2015 στην 6<sup>η</sup> Υ.ΠΕ.

Οι ενδιαφερόμενοι καλούνται να υποβάλουν οικονομική προσφορά σε κλειστό φάκελο στην Γραμματεία του Νοσοκομείου με την ένδειξη “Εφαρμογή Μυοκτονίας Απεντόμωσης Απολύμανσης” μέχρι και 14-08-2014 ημέρα Πέμπτη και ώρα 12.00 μ.μ όπου θα αναφέρεται και η χρονική διάρκεια ισχύος της προσφοράς (τουλάχιστον 90 ημέρες).

Η Διοικήτρια του Νοσοκομείου Λακωνίας

Ευδοξία Παπαγεωργίου