

DIPARTIMENTO/DISTRETTO/D.M.O.

DEI SERVIZI

Dott/Dott.ssa CAUITANO

RICHIESTA ACQUISTO APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE

U.O.: ANATOMIA PATOLOGICA

SEDE: ASL RIETI

PIANIFICAZIONE TRIENNALE

POTENZIAMENTO E/O IN URGENZA PER EMERGENZA COVID 19 DA UTILIZZARE IN CORSO DI ROSE DURANTE L'ESECUZIONE DI BRONCOSCOPIE.

1- DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELLA TECNOLOGIA ELETTROMEDICALE RICHIESTA

MICROSCOPIO OTICO CON ILLUMINAZIONE A LUCE LED, REVOLVER. PORTA-OBIETTIVI A 6 POSIZIONI, DISPOSITIVO DI MESSA A FUOCO A TRE VELOCITA', TAVOLINO TRASLATORE ERGONOMICO, TUBO BINOCOLARE ERGONOMICO, SET OBIETTIVI CON CORREZIONE PLANARE DA: 4X, 10X, 20X E 40X.

N.B.: nel caso di bene "esclusivo", ovvero il «prodotto o la tecnica è coperto da brevetto e/o privativa industriale» (Anac – Linee Guida Procedure negoziali n. 10.2015) o di bene "infungibile", ovvero «mancanza di una alternativa diagnostica e/o terapeutica» (Anac Linee Guida Servizi e forniture infungibili n. 8.2018) si chiede di predisporre la documentazione attestante la casistica e la denominazione del Fornitore.

2- INDICARE IL COSTO PRESUNTO: CIRCA 5000,00 EURO

3- SPECIFICARE SE NECESSITA DI MATERIALE DI CONSUMO SI NO

4- IN CASO AFFERMATIVO, ELENCARE LA TIPOLOGIA E I QUANTITATIVI ANNUI DEL MATERIALE DI CONSUMO

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....



5- NECESSITA' DI LAVORI EDILI/IMPIANTISTICI O INFORMATICI parere di massima

- SI
NO

6- MODALITÀ PROPOSTA PER L'ACQUISIZIONE

- Acquisto
Service/Comodato
Noleggio/Locazione/Leasing
Altro (specificare)

7- LA TECNOLOGIA RICHIESTA RIENTRA NELLA SEGUENTE FATTISPECIE:

- INNOVAZIONE
POTENZIAMENTO

INTEGRAZIONE TECNOLOGICA (apparecchiatura/tecnologia già presente in azienda, ma in numero considerato non congruo rispetto alla domanda) in tal caso indicare il numero delle apparecchiature presenti, la loro collocazione, il numero di esami diagnostici effettuati nell'ultimo triennio:
SEI MICROSCOPI OTTICI DI CUI CINQUE NEGLI STUDI MEDICI ED UN DESTO NELLA SALA DI BRONCOSCOPIA

AGGIORNAMENTO DELLA TECNOLOGIA IN USO (up-grade);

ADEGUAMENTO A NUOVE NORMATIVE (in questo caso indicare i riferimenti normativi):

.....
.....
.....
.....

SOSTITUZIONE (trattasi di una apparecchiatura da sostituire) specificare

Descrizione: N° Inventario - ASL:

Produttore: Fornitore:

Modello: Collocazione: c/o



Motivazione della sostituzione:

.....
.....
.....
.....
.....

8- SPECIFICARE LE CARATTERISTICHE TECNICHE MINIME DELL'APPARECCHIATURA:

.....
.....
.....
.....
.....

9- INDICARE IL LUOGO DI UTILIZZO, NONCHE' IL NUMERO ORIENTATIVO DI PRESTAZIONI PREVISTE ANNUE A PARITA' DI DOTAZIONE ORGANICA:

SALA DI BRONCOSCOPIA PER ESECUZIONE ENTI CITOLOGICI
NECESSARIA ALLA VERIFICA DI IDONEITA' DEL MATERIALE
PRELEVATO IN PAZIENTI COVID 19 E NON COVID 19
POSITIVI

10-L'APPARECCHIATURA RICHIESTA RICHIEDE / NON RICHIEDE UN INCREMENTO DELLE RISORSE IN TERMINI DI PERSONALE SANITARIO, DELLA SEGUENTE TIPOLOGIA:

NO

Data 31/05/2020

U.O.: FABRIZIO LIBERATI

Nome e cognome del Dirigente/Responsabile della U.O.
(in stampatello)

Firma del Dirigente/Responsabile della U.O.

ASL RIETI
Fabrizio Liberati
1401019010300185

N.B.: Il presente modulo va compilato dal Direttore/Dirigente della U.O. richiedente e trasmesso al Direttore del Dipartimento/D.M.O./Distretto di afferenza.