

DIPARTIMENTO/DISTRETTO/D.M.O.
D2 POGGIO MIRETO
Dott/Dott.ssa D'ANGEU' WISELVA

RICHIESTA ACQUISTO APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE

U.O.: STRUTTURA RIABILITATIVA RESIDENZA AW

SEDE: POGGIO MIRETO

- PIANIFICAZIONE TRIENNALE
POTENZIAMENTO E/O IN URGENZA

1- DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELLA TECNOLOGIA ELETTROMEDICALE RICHIESTA

MICROMOTORE PER PODOLOGIA CON ASPIRAZIONE INTEGRATA
FRESE DIAMANTATE DIAMETRO 0,18
DIAMETRO 0,75
DIAMETRO 0,85

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 € 1,400

3- SPECIFICARE SE NECESSITA DI MATERIALE DI CONSUMO [X] SI [] NO

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

- USURA DELLE FRESE (durata medio 2 anni)
- Sacchetto del micromotore (circa 1)
- Delle aspirazioni da cambiare mediamente 2 volte all'anno



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 (trattasi di una apparecchiatura non presente nella mia Unità Operativa) in tal caso esplicitare con una relazione descrittiva l'efficacia clinica, l'appropriatezza della metodica, gli impatti sugli esiti e sui volumi tenuto conto dell'attuale disponibilità di personale, nonché l'eventuale esigenza di formazione

POTENZIAMENTO (trattasi di una apparecchiatura che consente un incremento di attività e/o un miglioramento della qualità) in tal specificare l'ambito: **RIABILITATIVO, MIGLIORAMENTO DELLA GESTIONE DELLE PATOLOGIE DEL PIEDE E DEFINIZIONE PRESCRIZIONE AUSILI**

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:

.....

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:

Velocità minima 30.000 giri/minuto

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

CAMERE DI DEGENZA PRESSO LA STRUTTURA RIABILITATIVA DI ROGGIO RIETI. SONO PREVISTE PRESTAZIONI A CADENZA BISETTIMANALE

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

L'APPARECCHIATURA RICHIESTA E DA DESTINARE ALLA FIGURA PROFESSIONALE DEL PODOLOGO ASSEGNATA A LA STRUTTURA DAL 4/5/2020
Data 12/05/20

U.O.: STRUTTURA RIABILITATIVA RESIDENZIALE P. RIETI

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

Luisella D'Angelis
A.S.L. RIETI
Dott.ssa Luisella D'Angelis
110101901560058

Firma del Dirigente/Responsabile della U.O. (leggibile con timbro)

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.