



DIPARTIMENTO/DISTRETTO/ D.M.O.

Dott/Dott.ssa _____

RICHIESTA ACQUISTO APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE

U.O.: BLOCCO OPERATORIO

SEDE: P.O. RIETI

- PIANIFICAZIONE TRIENNALE
- POTENZIAMENTO E/O IN URGENZA

1- DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELLA TECNOLOGIA ELETTROMEDICALE RICHIESTA

N. 6 DEFIBRILLATORI SEMIAUTOMATICI CON MONITORAGGIO
PARAMETRI VITALI (ECG, NIBP, SPO2) DOTATI DI MODALITA' PERCING.
ENERGIA EROGABILE FINO A 360 J

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 6000€ CASAVINO

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

PIASTRE MONOUSO ADULTO E PEDIATRICO
ELETTRODI MONOUSO ECG



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

SI

NO

6- MODALITÀ PROPOSTA PER L' ACQUISIZIONE



Acquisito



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:

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):

..... DCA N° 8 DEL 2011 e s.m.i.
.....
.....
.....

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:

.....
VEDERE PUNTO (1)
.....
.....
.....

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

.....
SALE OPERATORIE P.O. RIETI
.....
.....
.....

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

.....
.....

Data 18/11/20

U.O.: BLOCCO OPERATORIO

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

DOTT. SSA ALESSANDRA FERRETTI

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

A.S.L. Rieti
Dott.ssa Alessandra Ferretti
1101019014900876

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.