

DIPARTIMENTO/DISTRETTO/ D.M.O.

_____ P.O. RIETI _____

Dott/Dott.ssa ~~_____~~ STEFANO CANITANO

RICHIESTA ACQUISTO APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE

U.O.: _____ SIMT _____

SEDE: _____ OSPEDALE _____

- PIANIFICAZIONE TRIENNALE
- POTENZIAMENTO E/O IN URGENZA

1- DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELLA TECNOLOGIA ELETTROMEDICALE RICHIESTA ...CENTRIFUGA PER PROVETTE DI SANGUE

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

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:

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 (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 caso specificare l'ambito: LABORATORIO IMMUNOEMATOLOGIA SIMT

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: MINIMO 48 POSTI

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

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

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

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

.....
.....

Data/...../.....

A.S.L. Rieti

U.O.: Polo Ospedaliero Unificato Rieti-Amatrice
SIMT Dipartimento dei Servizi

Nome e cognome del Dirigente/Responsabile della U.O.
Direttore Dott. Stefano CANITANO
(in stampatello)

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

Direttore Sanitario Aziendale

D.ssa Assunta De Luca

A.S.L. Rieti
Polo Ospedaliero Unificato Rieti-Amatrice
Dipartimento dei Servizi
Direttore Dott. Stefano CANITANO

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.