



DIPARTIMENTO/DISTRETTO/ D.M.O.

Dott/Dott.ssa _____

RICHIESTA ACQUISTO APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE

U.O.S.D. DIABETOLOGIA

SEDE: OGP RIETI

- PIANIFICAZIONE TRIENNALE
- POTENZIAMENTO E/O IN URGENZA

1- DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELLA TECNOLOGIA ELETTROMEDICALE RICHIESTA

N.1 ASPIRATORE PORTATILE " CARRELLO D'EMERGENZA "

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- MODALITA' 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:

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):

NUOVA ISTRUZIONE OPERATIVA GESTIONE CARRELLO D'EMERGENZA DEL 13.01.22
PROCEDURA AZIENDALE

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:

DA POSITIONARE SUL CARRELLI DI EMERGENZA
.....
.....
.....
.....

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

.....
.....

Data 24/06/2022

U.O.S.D. DIABETOLOGIA

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

ANNA RITA ALEANDRI

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

Dott. Luca Moriconi
Direttore UOC Medicina Interna

A.S.L. RIETI
Miss Anna Rita Aleandri
19012600028 

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.

U.O.S.D. Ingegneria Biomedica Clinica e HTA
Ing. _____

VALUTAZIONE CLINICO-SCIENTIFICA DELLA RICHIESTA DI ACQUISTO

DIPARTIMENTO/DISTRETTO/ D.M.O.: _____

U.O. RICHIEDENTE: UOSD DIABETOLOGIA

- PIANIFICAZIONE TRIENNALE
 POTENZIAMENTO E/O IN URGENZA

SEDE DI ASSEGNAZIONE: C/O Reparto di Diabetologia

1- RELAZIONE SANITARIA PER L'AUTORIZZAZIONE ALL'ACQUISTO:

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

2- RISULTATI DELLA RICERCA BIGLIOGRAFICA:

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

RILASCIO PARERE AUTORIZZAZIONE ALL'ACQUISTO

Rispetto alla richiesta della U.O.S.D. DIABETOLOGIA, relativa all'acquisizione dell'apparecchiatura elettromedicale, in allegato, si esprime parere:

- FAVOREVOLE
 NON FAVOREVOLE

INDICANDO IL SEGUENTE GRADO DI PRIORITA'

- URGENTE
 PROGRAMMABILE
 DIFFERIBILE

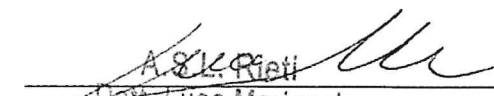
Data 16 / 06 / 2022

DIPARTIMENTO/DISTRETTO/D.M.O.: MEDICINA

Nome e cognome
(in stampatello)

LUCA MORICONI

Firma del Direttore del Dipartimento/Distretto/D.M.O.
(leggibile con timbro)


~~ASL Rieti~~
Dott. Luca Moriconi
Direttore UOC Medicina Interna

N.B.: Il presente modulo va compilato dal Direttore del Dipartimento/D.M.O. Distretto e trasmesso alla U.O.S.D. Ingegneria Biomedica Clinica HTA, allegando la richiesta del Direttore/Dirigente/Responsabile U.O.

DIPARTIMENTO/DISTRETTO/ D.M.O.

Dott/Dott.ssa _____

RICHIESTA ACQUISTO APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE

U.O.S.D. REUMATOLOGIA

SEDE: OGP RIETI

- PIANIFICAZIONE TRIENNALE
- POTENZIAMENTO E/O IN URGENZA

1- DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELLA TECNOLOGIA ELETTROMEDICALE RICHIESTA

N. 1 ASPIRATORE PORTATILE "CARRELLO D'EMERGENZA"

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 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):

NUOVA ISTRUZIONE OPERATIVA GESTIONE CARRELLO D'EMERGENZA DEL 13.01.22
PROCEDURA AZIENDALE

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:

DA POSITIONARE SUL CARRELLINO D'EMERGENZA
.....
.....
.....

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

.....
.....

Data 16/06/2022

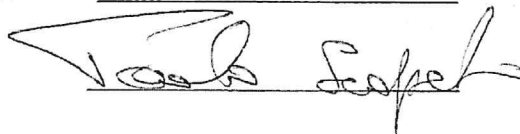
Azienda Sanitaria Locale Rieti
U.O.S.D. Reumatologia
Resp.le Dr. Paolo Scapato

U.O.S.D. REUMATOLOGIA

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

PAOLO SCAPATO

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 appartenenza.

U.O.S.D. Ingegneria Biomedica Clinica e HTA

Ing. _____

VALUTAZIONE CLINICO-SCIENTIFICA DELLA RICHIESTA DI ACQUISTO

DIPARTIMENTO/DISTRETTO/ D.M.O.: _____

U.O. RICHIEDENTE: U.O.S.D. REUMATOLOGIA

- PIANIFICAZIONE TRIENNALE
- POTENZIAMENTO E/O IN URGENZA

SEDE DI ASSEGNAZIONE: C/O REPARTO REUMATOLOGIA

1- RELAZIONE SANITARIA PER L'AUTORIZZAZIONE ALL'ACQUISTO:

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

2- RISULTATI DELLA RICERCA BIGLIOGRAFICA:

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

RILASCIO PARERE AUTORIZZAZIONE ALL'ACQUISTO

Rispetto alla richiesta della U.O. REUMATOLOGIA, relativa all'acquisizione dell'apparecchiatura elettromedicale, in allegato, si esprime parere:

- FAVOREVOLE
 NON FAVOREVOLE

INDICANDO IL SEGUENTE GRADO DI PRIORITA'

- URGENTE
 PROGRAMMABILE
 DIFFERIBILE

Data 14/06/2022

DIPARTIMENTO/DISTRETTO/D.M.O.: MEICINA

Nome e cognome
(in stampatello)

LUCA MORICONI

Firma del Direttore del Dipartimento/Distretto/D.M.O.
(leggibile con timbro)

A.S.L. Rieti
Dott. Luca Moriconi
Direttore UOC Medicina Interna

N.B.: Il presente modulo va compilato dal Direttore del Dipartimento/D.M.O. Distretto e trasmesso alla U.O.S.D. Ingegneria Biomedica Clinica HTA, allegando la richiesta del Direttore/Dirigente/Responsabile U.O.



DIPARTIMENTO/DISTRETTO/D.M.O.

DEA

Dott/Dott.ssa ALESSANDRA FENNETTI

RICHIESTA ACQUISTO APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE

U.O.: SD CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE

SEDE: P.O. RIETI

- PLANIFICAZIONE TRIENNALE
- POTENZIAMENTO E/O IN URGENZA

1- DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELLA TECNOLOGIA ELETTROMEDICALE RICHIESTA

.....

N° 1 ASPIRATORE PORTATILE AD ALTO FLUSSO CON VASO
AUTOEVAUABILE E CON BATTERIE RICARICABILI INCORPORATE E
COLLEGABILE ALLA RETE ELETTRICA.

.....

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: 500 €

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

.....

- SACCHE
- CANULE STERILI MONOUSO
- FILTRI BATTERICI IMMUNOBILI
- REGOLATORE MANUALE

.....

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:

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:

..... CAPIENZA VASO 1 LITRO; BATTERIE INCORPORATE;
..... ASPIRAZIONE AD ALTO FLUSSO;
.....
.....

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

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

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

.....
.....

Data 18 / 02 / 2022

U.O.: SD CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE

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

BRUNO COCCETTI
A.S.L. Rieti
Dott. Bruno Coccetti
074450782005505

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.

U.O.S.D. Ingegneria Biomedica Clinica e HTA
Ing. ERMINIO PACE

VALUTAZIONE CLINICO-SCIENTIFICA DELLA RICHIESTA DI ACQUISTO

DIPARTIMENTO/DISTRETTO/ D.M.O.: DEA

U.O. RICHIEDENTE: UOSD CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE

- PIANIFICAZIONE TRIENNALE
- POTENZIAMENTO E/O IN URGENZA

SEDE DI ASSEGNAZIONE: UOSD CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE

1- RELAZIONE SANITARIA PER L'AUTORIZZAZIONE ALL'ACQUISTO:

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

2- RISULTATI DELLA RICERCA BIGLIOGRAFICA:

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

RILASCIO PARERE AUTORIZZAZIONE ALL'ACQUISTO

Rispetto alla richiesta della U.O. SA CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE, relativa all'acquisizione dell'apparecchiatura elettromedicale, in allegato, si esprime parere:

- FAVOREVOLE
 NON FAVOREVOLE

INDICANDO IL SEGUENTE GRADO DI PRIORITA'

- URGENTE
 PROGRAMMABILE
 DIFFERIBILE

Data 18/02/2022

DIPARTIMENTO/DISTRETTO/ D.M.O.:

DEA

Nome e cognome
(in stampatello)

ALESSANDRA FERRETTI

Firma del Direttore del Dipartimento/Distretto/D.M.O.
(leggibile con timbro)

A.S.L. Rieti
Dott.ssa Alessandra Ferretti
1101019014900966

N.B.: Il presente modulo va compilato dal Direttore del Dipartimento/D.M.O. Distretto e trasmesso alla U.O.S.D. Ingegneria Biomedica Clinica HTA, allegando la richiesta del Direttore/Dirigente/Responsabile U.O.



DIPARTIMENTO/DISTRETTO/ D.M.O.

DEA

Dott/Dott.ssa ALESSANDRA FERRETTI

RICHIESTA ACQUISTO APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE

U.O.: C ANESTESIA E RIANIMAZIONE

SEDE: P.O. RIETI

- PIANIFICAZIONE TRIENNALE
- POTENZIAMENTO E/O IN URGENZA

1- DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELLA TECNOLOGIA ELETTROMEDICALE RICHIESTA

.....

N°1 ASPIRATORE PORTATILE AD ALTO FLUSSO CON VASO AUTOLAVABILE
E CON BATTERIE RICARICABILI INCORPORATE E COLLEGABILE
ALLA RETE ELETTRICA

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: 500€.....

3- SPECIFICARE SE NECESSITA DI MATERIALE DI CONSUMO SI NO

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

-
- SACCHE
- CANULE STERILI MONOUSO
- FILTRI BATTERICI IDROFOBICI
- REGOLATORE MANUALE
-
-

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:

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:

.....
CAPIENZA VASO 1 LITRO; BATTERIE INCORPORATE;
.....
ASPIRAZIONE AD ALTO FLUSSO;
.....
.....

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

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

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

.....
.....

Data 18.02.2022

U.O.: C ANESTESIA E RIANIMAZIONE

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

ALESSANDRA FERRETTI

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

A.S.L. Rieti

1101019014900966

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.

U.O.S.D. Ingegneria Biomedica Clinica e HTA
Ing. ERMINIO PACE

VALUTAZIONE CLINICO-SCIENTIFICA DELLA RICHIESTA DI ACQUISTO

DIPARTIMENTO/DISTRETTO/D.M.O.: DEA

U.O. RICHIEDENTE: UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE

PIANIFICAZIONE TRIENNALE

POTENZIAMENTO E/O IN URGENZA

SEDE DI ASSEGNAZIONE: UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE

1- RELAZIONE SANITARIA PER L'AUTORIZZAZIONE ALL'ACQUISTO:

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

2- RISULTATI DELLA RICERCA BIGLIOGRAFICA:

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



RILASCIO PARERE AUTORIZZAZIONE ALL'ACQUISTO

Rispetto alla richiesta della U.O.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE, relativa all'acquisizione dell'apparecchiatura elettromedicale, in allegato, si esprime parere:

- FAVOREVOLE
 NON FAVOREVOLE

INDICANDO IL SEGUENTE GRADO DI PRIORITA'

- URGENTE
 PROGRAMMABILE
 DIFFERIBILE

Data 18/02/2022

DIPARTIMENTO/DISTRETTO/D.M.O.:

DEA

Nome e cognome
(in stampatello)

ALESSANDRA FERRETTI

Firma del Direttore del Dipartimento/Distretto/D.M.O.
(leggibile con timbro)


Dott.ssa Alessandra Ferretti

1101019014900936

N.B.: Il presente modulo va compilato dal Direttore del Dipartimento/D.M.O. Distretto e trasmesso alla U.O.S.D. Ingegneria Biomedica Clinica HTA, allegando la richiesta del Direttore/Dirigente/Responsabile U.O.



DIPARTIMENTO/DISTRETTO/D.M.O.

SALARZO MIRTUOSE

Dott/Dott.ssa GENNAZO PACOSFINO

RICHIESTA ACQUISTO APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE

U.O.: DISTRETTO SALARZO MIRTUOSE

SEDE: PASSO CORESE

- PLANIFICAZIONE TRIENNALE
- POTENZIAMENTO E/O IN URGENZA

1- DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELLA TECNOLOGIA ELETTROMEDICALE RICHIESTA

ASPIRATORE MODELLO SUPERVEGA BATTERY - GIMA
 COME ELETTROMEDICALE GIÀ PRENTE PRESSO P.D.S.
 MACLIANO S. CON N. INVENTARIO AEM 062127
 DA ASSEGNARE ALLA SEDE DI PASSO CORESE
 PER CARTELLO DELLE EMERGENZE

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

SOPPLINI DI ASPIRAZIONE

.....

.....

.....

.....

.....



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:

INTEGRAZIONE TECNOLOGICA (apparecchiature/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:

.....
COME ASPIRATORE N. INVENTARIO AEM 062127
.....
SUPERVEGA BATTERY - CIMA
.....
.....

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

.....
SEDE DISTRETUALE DI BASSO CORESE
CARTELLI EMERGENZA
.....
.....
.....

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

.....
.....

Data 29/06/2022

U.O.: DISTRETTO 2 SACARIO MIRTENSE

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

DR. GENNARO D'AGOSTINO

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

Firmato digitalmente da:

D'AGOSTINO GENNARO

Firmato il 29/06/2022 16:04

Seriale Certificato:
65128497531095080560144274002427653287

Valido dal 12/06/2020 al 12/06/2023

ArubaPEC S.p.A. NG CA 3

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.



AL DIPARTIMENTO/DISTRETTO/D.M.O.

Dott/Dott.ssa _____

RICHIESTA ACQUISTO APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE

U.O.RICHIEDENTE: DISTRETTO 1

SEDE: PASS ACCUMOLI

- PIANIFICAZIONE TRIENNALE
- POTENZIAMENTO E/O IN URGENZA

1- DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELLA TECNOLOGIA ELETTROMEDICALE RICHIESTA :

ASPIRATORE PORTATILE PER CARRELLO EMERGENZA

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 specifica 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

- TUBI DI RACCOLTA MONOUSO N° 10
- VASI DI RACCOLTA MONOUSO N° 10

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

- SI
 NO

6- CODICE ICD9 CM _____

7- MODALITÀ PROPOSTA PER L'ACQUISIZIONE _____

- Acquisto Service/Comodato Noleggio/Locazione/Leasing
-

Altro (specificare) _____

8- 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:

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

X 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:

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

9- SPECIFICARE LE CARATTERISTICHE TECNICHE MINIME DELL'APPARECCHIATURA:



.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

L'ASPIRATORE SARA COLLOCATO IN ADIACENZA AL CARRELLO DI EMERGENZA,

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

L'APPARECCHIATURA NON RICHIEDE INCREMENTO DELLE RISORSE SANITARIE

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

U.O.: _____

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

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

A.S.L. Rieti
 DISTRETTO 1
 Rieti Antronico S. Eustachio
 Direttore
 Dr. Antonio Boncampagni

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.

Alla U.O.S.D. Ingegneria Biomedica Clinica e HTA
Ing. _____

VALUTAZIONE CLINICO-SCIENTIFICA DELLA RICHIESTA DI ACQUISTO

DIPARTIMENTO/DISTRETTO/D.M.O.: DISTRETTO N°1

U.O. RICHIEDENTE: PASS ACCUMOLI

- PIANIFICAZIONE TRIENNALE
 X POTENZIAMENTO E/O IN URGENZA

SEDE DI ASSEGNAZIONE: PASS ACCUMOLI

1- RELAZIONE SANITARIA INDICANTE LE MOTIVAZIONI PER LE QUALI SI
AUTORIZZA O MENO L'ACQUISTO:
L'APPARECCHIO ELETTROMEDICALE E' RICHIESTO A SEGUITO DI QUANTO INDICATO
DAL PROTOCOLLO AZIENDALE PER LA DOTAZIONE DEL CARRELLO DI
EMRGENZA.

2- RISULTATI DELLA RICERCA BIGLIOGRAFICA:

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



RILASCIO PARERE AUTORIZZAZIONE ALL'ACQUISTO

Rispetto alla richiesta della U.O. _____, relativa all'acquisizione dell'apparecchiatura elettromedicale, riportata in allegato, si esprime parere:

- FAVOREVOLE
 NON FAVOREVOLE

INDICANDO IL SEGUENTE GRADO DI PRIORITA'

- URGENTE
 PROGRAMMABILE
 DIFFERIBILE

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

DIPARTIMENTO/DISTRETTO/D.M.O.: _____

Nome e cognome
(in stampatello)

A.S.L. Rieti
DISTRETTO 1
Rieti Antrodoco S. Elpidio
Il Direttore
Dr. Antonio Boncompagni

Firma del Direttore del Dipartimento/Distretto/D.M.O.
(leggibile con timbro)

N.B.: Il presente modulo va compilato dal Direttore del Dipartimento/D.M.O. Distretto e trasmesso alla U.O.S.D. Ingegneria Biomedica Clinica HTA, allegando la richiesta del Direttore/Dirigente/Responsabile U.O.