

AL DIPARTIMENTO/DISTRETTO/ D.M.O.

Dott/Dott.ssa _____

RICHIESTA ACQUISTO APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE

U.O. RICHIEDENTE: UOC Chirurgia ed Oncologica _____

SEDE: PO San Camillo De Lellis Rieti _____

PIANIFICAZIONE TRIENNALE

POTENZIAMENTO E/O IN URGENZA

1- DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELLA TECNOLOGIA ELETTROMEDICALE RICHiesta

Lampada scialitica per sala operatoria a Led multifaro di ultima generazione. Garantisce una luce perfetta senza nessuna irradiazione di calore e con la riproduzione esatta dei colori. La tecnologia a led permette consumi irrisori e l'assenza totale di manutenzione. Grazie alla movimentazione fluida e precisa permette un facile posizionamento stabile del fascio luminoso. La scialitica deve avere caratteristiche di elevata potenza ed essere composta la faro principale e faro satellite

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 ANNI DEL MATERIALE DI CONSUMO

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

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

- X SI
o 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:*

- ~~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):*

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

X SOSTITUZIONE *(trattasi di una apparecchiatura da sostituire) specificare*

Descrizione: _____ N° Inventario - ASL: _____

Produttore: _____ Fornitore: _____

Modello: _____ Collocazione: c/o _____

Motivazione della sostituzione:

Aggiornamento impianto di
illuminazione.....
.....
.....
.....
.....
.....

- 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 OPERATORIA

- 10- L'APPARECCHIATURA RICHIESTA NON RICHIEDE UN INCREMENTO DELLE RISORSE IN TERMINI DI PERSONALE SANITARIO.

Data 21.02.2022

Dipartimento di Chirurgia

Nome e cognome del Dirigente/Responsabile della U.O.

Luigi Raparelli



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.