

AL DIPARTIMENTO/DISTRETTO/ D.M.O.

CHIRURGICO
Dott/Dott.ssa L. RAPARELLI

RICHIESTA ACQUISTO APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE

U.O. RICHIEDENTE: OTORINO LARINGOIATRIA

SEDE: OSP. S. CAMILLO DE LAUS, AMB. ANDRONICCO, V. PIANO
REPARTO OTORINO

- PIANIFICAZIONE TRIENNALE
- POTENZIAMENTO E/O IN URGENZA

1- DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELLA TECNOLOGIA ELETTROMEDICALE RICHIESTA

FORNITURA DI 2 NUOVI IMPEDENZOMETRI PER
L'ESECUZIONE DEGLI ESAMI STRUMENTALI

N.B.: nel caso di bene "esclusivo", ovvero il «prodotto o la tecnica è coperto da brevetto c/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: 7000€

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

- 100 TAPPINI MANBUSSA
- 100 FOGLI DI CARTA STAMPABILE

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:

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:

ESecuzione della timpanometria, riflessi acustici in
IRS) e in contra, prove di funzionalità tubarica,
DECAY TEST

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

OSP. SCAMILLO DE LELLIS, AMB. AUDIOMETRICO, D.P.A. n.
REPARTO OTORINO

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

.....
.....

Data 22.1.22

U.O.: OTORINOLARINGOIATRIA

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
Dott. Umberto Varrone
1101019013800374
UMBERTO VARRONE

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. ERMINIO PACE

VALUTAZIONE CLINICO-SCIENTIFICA DELLA RICHIESTA DI ACQUISTO

DIPARTIMENTO/DISTRETTO/ D.M.O.: CHIRURGICO OTORINOLARINGOIATRICA

U.O. RICHIEDENTE: OTORINOLARINGOIATRICA

PIANIFICAZIONE TRIENNALE

POTENZIAMENTO E/O IN URGENZA

SEDE DI ASSEGNAZIONE: OSP. S. AMILIO DE LUIS, II PIANO
AMB. AUDIOMETRICO
REPARTO OTORINOL

1- RELAZIONE SANITARIA INDICANTE LE MOTIVAZIONI PER LE QUALI SI AUTORIZZA O MENO L'ACQUISTO:

SI RICHIEDE ACQUISTO DI DUE ANNI IMPEDIMENTI
PER ESECUZIONE DI ESAMI STRUMENTALI DIAGNOSTICI
CHE VENGONO FREGATI QUOTIDIANAMENTE

2- RISULTATI DELLA RICERCA BIGLIOGRAFICA:

RILASCIO PARERE AUTORIZZAZIONE ALL'ACQUISTO

Rispetto alla richiesta della U.O. OTORINO LARINGOIATRA, 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 22.1.02.22

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

Nome e cognome
(in stampatello)

LUIGI RAPARELLI

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


A.S.L. Rieti
Dott. Luigi Raparelli
Direttore UOC Chirurgia Generale

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.

AL DIPARTIMENTO/DISTRETTO/ D.M.O.

CHIRURGICO
Dott/Dott.ssa L. PAPARELLI

RICHIESTA ACQUISTO APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE

U.O.RICHIEDENTE: OTORINOLARINGOIATRIA

SEDE: OSP. S. CAMILLA DE LELLIS, AMB. AUDIOMETRICO II PIANO
REPARTO OTOLINO

- PIANIFICAZIONE TRIENNALE
- POTENZIAMENTO E/O IN URGENZA

1- DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELLA TECNOLOGIA ELETTROMEDICALE RICHIESTA

2 CASSE ACUSTICHE COMPATIBILI CON AUDIOMETRO
PIANA INVENTIS

N.B.: nel caso di bene "esclusivo", ovvero il «prodotto o la tecnica è coperto da brevetto c/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: 2000€

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*):

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

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:

POSSIBILITA' DI ESEGUIRE AUDIOMETRIA CONDIZIONATA IN CAMPO LIBERO E CALLAUDO PROTESICO (CONTROLLO PROTESICO ELETTROACUSTICO)

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

- OSP. S. ANNA DE LUCA, AMB. AUDIOMETRICA, TI. PIANO REPARTO STABILE
- N° PRESTAZIONI ANNUE PREVISTE CIRCA 100

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

.....
.....

Data ... 22.1.2022

U.O.: OTORINOLARINGUEA

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

UMBERTO VARRONE

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

A.S.L. Rieti
Dott. Umberto Varrone
1101019013800374

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. ERMINIO FACE

VALUTAZIONE CLINICO-SCIENTIFICA DELLA RICHIESTA DI ACQUISTO

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

U.O. RICHIEDENTE: OTORINOLARINGOIATRIA

PIANIFICAZIONE TRIENNALE

POTENZIAMENTO E/O IN URGENZA

SEDE DI ASSEGNAZIONE: OSP. S. CAMILLA DE LUCA
AMB AUDIOMETRICO, IL PIANO REPARTO OTORINO

1- RELAZIONE SANITARIA INDICANTE LE MOTIVAZIONI PER LE QUALI SI AUTORIZZA O MENO L'ACQUISTO:

ACQUISTANDO LE CASSE ACUSTICHE SI PUO' ESEGUIRE L'ANDIOMETRIA CONDIZIONATA IN CAMPO LIBERO (IL CODICE DELLA PRESTAZIONE SANITARIA E' 95.41.4.0 CHE ATTUALMENTE NON POSSIAMO EROGARE); SI PUO' ESEGUIRE AUNOMETRIA TONALE E VOCALE IN CAMPO LIBERO AI PORTATORI DI PROTESI ACUSTICHE PER LA VALUTAZIONE DEL SUADAMENTO PROTESICO (PRESTAZIONE CON CODICE 95.48.2 - O CONTROLLO PROTESICO ELETTROACUSTICO)

2- RISULTATI DELLA RICERCA BIGLIOGRAFICA:

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

RILASCIO PARERE AUTORIZZAZIONE ALL'ACQUISTO

Rispetto alla richiesta della U.O. OTORINOLARINGOIATRIA, 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 22.10.2022

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

Nome e cognome
(in stampatello)

LUIGI RAPARELLI

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

A.S.L. Rieti
Dott. Luigi Raparelli
Direttore UOC Chirurgia Generale

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.

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

VALUTAZIONE CLINICO-SCIENTIFICA DELLA RICHIESTA DI ACQUISTO

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

U.O. RICHIEDENTE: OTORINOLARINGOIATRIA

- PLANIFICAZIONE TRIENNALE
- POTENZIAMENTO E/O IN URGENZA

SEDE DI ASSEGNAZIONE: OSP. SCAMILLO DE LUJIS AMB AUDIOMETRICO
II PIANO, REPARTO OTORINO

1- RELAZIONE SANITARIA INDICANTE LE MOTIVAZIONI PER LE QUALI SI AUTORIZZA O MENO L'ACQUISTO:

2. OTASCOPI PER ESECUZIONE OTASCOPIA.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

2- RISULTATI DELLA RICERCA BIGLIOGRAFICA:

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

AL DIPARTIMENTO/DISTRETTO/ D.M.O.

CHIRURGICO
Dott/Dott.ssa L. PAPARELLI

RICHIESTA ACQUISTO APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE

U.O.RICHIEDENTE: OTORINOLARINGOIATRIA

SEDE: OSP. S. CAMILLO DE GALLUS ANS. AUDIOMETRICO, 2° piano
REPARTO STOMACO

- PIANIFICAZIONE TRIENNALE
- POTENZIAMENTO E/O IN URGENZA

1- DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELLA TECNOLOGIA ELETTROMEDICALE RICHIESTA

2 OTOSCOPI PER ESERCIZIONE OTOSCOPIA

N.B.: nel caso di bene "esclusivo", ovvero il prodotto o la tecnica è coperto da brevetto c/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: 200€

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

10 BATTERIE TIPOLOGIA AA

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:

...ESECUZIONE...OTC SCALIA.....
.....
.....
.....
.....

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

OSP. S. CAMILLA DE' LAMIS, AMS. ADONOMETRICA.....
7 PIANO PRIMO OTOLING.....
.....
.....
.....

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

.....
.....

Data 22/1/2022

U.O.: OTOLINGUINCHIATRICA

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
Dott. Umberto Varrone
1101019013800374
UMBERTO VARRONE

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.

CHIRURGICO
Dott/Dott.ssa L. PAPARELLI

RICHIESTA ACQUISTO APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE

U.O. RICHIEDENTE: OTORINOLARINGOIATRIA

SEDE: OSP. S. CAMILLO DE LELLIS, AMB. AUDIOMETRICO II PIANO
REPARTO OTORINO

- PIANIFICAZIONE TRIENNALE
- POTENZIAMENTO E/O IN URGENZA

1- DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELLA TECNOLOGIA ELETTROMEDICALE RICHIESTA

2.001 A.O. CHUVALI DI FRENATA PER EVIDENZIARE RIFLESSO OTTICO CINETICO ED ESEGUIRE ESAME VESTIBOLARE

N.B.: nel caso di bene "esclusivo", ovvero il «prodotto o la tecnica è coperto da brevetto c/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: 300 €

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):

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

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:

RILIEVO DEL NISTAGMO PER DIAGNOSI VESTIBOLARE

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

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

OSL S. CAMILLA DE VELIS, AMB. AUDIO METRICO,
S.P.A. REPALTO STERNA

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

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

.....
.....

Data 22/1/2023

U.O.: OTORINOLARINGOIATRICA

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
Dott. Umberto Varrone
1101019013800374

UMBERTO VARRONE

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. ERMINIO PACE

VALUTAZIONE CLINICO-SCIENTIFICA DELLA RICHIESTA DI ACQUISTO

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

U.O. RICHIEDENTE: OTORINOLARINGOIATRICA

- PLANIFICAZIONE TRIENNALE
- POTENZIAMENTO E/O IN URGENZA

SEDE DI ASSEGNAZIONE: OSP. S. CAMILLA DE GULLIS, I piano,
REPARTO OTORINO

1- RELAZIONE SANITARIA INDICANTE LE MOTIVAZIONI PER LE QUALI SI AUTORIZZA O MENO L'ACQUISTO:

OCCHIALI DI FRENO PER ESECUZIONE DELL'ESAME
VESTIBOLARE E RILIEVATIONE DEL RIFLESSO
OTTICO CINETICO

2- RISULTATI DELLA RICERCA BIGLIOGRAFICA:

AL DIPARTIMENTO/DISTRETTO/ D.M.O.

CHIRURGICO

Dott/Dott.ssa L. RAPARELLI

RICHIESTA ACQUISTO APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE

U.O.RICHIEDENTE: OTORINOLARINGOIATRIA

SEDE: OSC. S. CAMILLO DE LELIS, AMB. AUDIOMETRICO, II PIANO
REPARTO OTORINO

- PIANIFICAZIONE TRIENNALE
- POTENZIAMENTO E/O IN URGENZA

1- DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELLA TECNOLOGIA ELETTROMEDICALE RICHIESTA

ADATTATORE PER CUFFIA HPA 300 (CUFFIA MULTIFREQUENZA) ADATA PER PIANO INVENTIS

N.B.: nel caso di bene "esclusivo", ovvero il prodotto o la tecnica è coperto da brevetto c/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: 20€

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:

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:

ADATTABILE AD ANDIAMENTO PIANO INERTIS.....

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

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

O.S.P. S. CAMILLO DE' LULLI, PIANO, BELLAZZANO
TORINO.....

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

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

.....
.....

Data 22.02.2022

U.O.: ORINOLARINCOLOGIA

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
Dott. Umberto Varrone
1101019013800374
UMBERTO VARRONE

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. ERMINIO PACE

VALUTAZIONE CLINICO-SCIENTIFICA DELLA RICHIESTA DI ACQUISTO

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

U.O. RICHIEDENTE: OTORINOLARINGOIATRIA

- PIANIFICAZIONE TRIENNALE
- POTENZIAMENTO E/O IN URGENZA

SEDE DI ASSEGNAZIONE: OSP. S. CAMILLO DE LUSSEMB. ANDREOTTICO
II PIANO REPARTO OTORINO

1- RELAZIONE SANITARIA INDICANTE LE MOTIVAZIONI PER LE QUALI SI AUTORIZZA O MENO L'ACQUISTO:

ESECUZIONE DELL'ACUFENOMETRIA CON CUFFIA NDA 300

2- RISULTATI DELLA RICERCA BIGLIOGRAFICA:

MB: D. ...
U.O.S.D. ...

RILASCIO PARERE AUTORIZZAZIONE ALL'ACQUISTO

Rispetto alla richiesta della U.O. OTORINOLARINGOIATRICA, 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 22/1/2022

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

Nome e cognome
(in stampatello)

LUIGI RAPARELLI

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


A.S. Rieta
Dott. Luigi Raparelli
Direttore UOC Chirurgia Generale

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.