



AL DIPARTIMENTO/DISTRETTO/ D.M.O.

DIRETTORE DISTRETTO 1

Dott/Dott.ssa ANTONIO BONCOMPAGNI

RICHIESTA ACQUISTO APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE

U.O.RICHIEDENTE: PIATTAFORMA PER AMBULATORIALE DISTRETTO 1

SEDE: RIETI VIALE MATTEUCCI

- PIANIFICAZIONE TRIENNALE
- POTENZIAMENTO E/O IN URGENZA

1- DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELLA TECNOLOGIA ELETTROMEDICALE RICHIESTA

MONITOR MASIMO RAD-G PULSE OXIMETER

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: euro 300/mese.....

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

ELETTRODI PRE- 30 / elettrodi mese
NASI PER SENSORE DI SATURAZIONE (20/PEZZI)
SENSORI NEONATALE PER SpO2
(PACCHETTO BASE)

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:

.....

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:

.....
VEDI CARATTERISTICHE DEL
.....
PIANO TERAPEUTICO DELL'POLICLINICO
.....
v. A. GEMELLI
.....

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

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

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


.....
.....

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 Antrodice S. Elpidio
Il Direttore
Dr. Antonio Boncompagni

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.