



ALLEGATO 1



AL DIPARTIMENTO/DISTRETTO/ D.M.O.

Dott/Dott.ssa \_\_\_\_\_

**RICHIESTA ACQUISTO APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE**

U.O.RICHIEDENTE: LABORATORIO ANALISI

SEDE: P.O. SAN CAVILLO DE LELLUS

- PIANIFICAZIONE TRIENNALE
- POTENZIAMENTO E/O IN URGENZA

**1- DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELLA TECNOLOGIA ELETTROMEDICALE RICHIESTA**

.....  
 ..... 3 FRAS RIFERIBILI BIOLOGICI +2 C/ +10 C .....  
 .....

**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**

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

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:

..... FILGONIFERA Biologica ..... +2° C / +10° C .....  
..... CAPACITA' 1000/1400 lt .....  
..... DAPPIA ANTA .....  
..... @ RIPIANI .....

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 28.1.02.2022

U.O.: LABORATORIO ANALISI

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

VENARUBIA VEFANO

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

ASL Rieti  
D.O. Rieti  
U.O.S.D. Laboratorio Analisi  
Direttore Dr. Stefano VEFANO

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.



ALLEGATO 2



Alla 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: \_\_\_\_\_

- PIANIFICAZIONE TRIENNALE
- POTENZIAMENTO E/O IN URGENZA

SEDE DI ASSEGNAZIONE: \_\_\_\_\_

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

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

**2- RISULTATI DELLA RICERCA BIGLIOGRAFICA:**

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



ASL  
RIETI

ALLEGATO 2



## 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)

\_\_\_\_\_

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.