



AL DIPARTIMENTO/DISTRETTO/D.M.O.
DIRETTORE SANITARIO AZIENDARE
Dott/Dott.ssa ASSUNTA DE LUCA

RICHIESTA ACQUISTO APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE

U.O. RICHIEDENTE: UNITA' DELLA SALUTE PATERNO INFANTILE

SEDE: Rieti

- PIANIFICAZIONE TRIENNALE
- POTENZIAMENTO E/O IN URGENZA

1- DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELLA TECNOLOGIA ELETTROMEDICALE RICHIESTA

SATURIMETRO PEDIATRICO CON SENSORE
PIU' USABILE ADULTO - PEDIATRICO +
CANCA BATTERIA

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: € 250,00 (DUECENTOCINQUANTA)

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

SENSORI MONOUSO PEDIATRICO E
NEONATALI (50+50)

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:

SATURIMETRO (0-100)
x MISURAZIONE SO₂-FC (30-250bpm)
ALIMENTAZIONE AC: 100-240VAC, 47-63HZ
CON BATTERIE ALCAUNE
AUMENTI ACUSTICI E VISIVI

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

.....
CONSULTORIO PEDIATRICO
AMBULATORIO PEDIATRICO
.....
.....
.....

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

NO

Data 18/02/2022

u.o.: Tutela della Salute Materno Infantile

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

DR. VINCENZO SPINA

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

A.S.L. Rieti
U.O.C. Tutela della Salute Materno Infantile
Il Direttore Dott. Vincenzo SPINA

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.

Relazione acquisto Saturimento

La saturimetria è una procedura fondamentale nella diagnosi delle patologie respiratorie in età pediatrica, nonché nel monitoraggio delle malattie dell'apparato respiratorio in età infantile tra cui soprattutto l'asma la cui gestione fa parte del percorso PDTA dell'allergia respiratoria in età pediatrica che è in fase di attivazione nella nostra unità operativa. Pertanto l'acquisizione dello strumento descritto, è un requisito fondamentale per la nostra attività clinica.

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.: DIREZIONE SANITARIA

U.O. RICHIEDENTE: TUTELA DELLA SALUTE MATERNO INFANTILE

- PIANIFICAZIONE TRIENNALE
- POTENZIAMENTO E/O IN URGENZA

SEDE DI ASSEGNAZIONE: Rieti - Via del Terziniello 42

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

LA SATURIMETRIA RAPPRESENTA UNA
 RELEVANTE FONDALEMENTALE NELLA GESTIONE
 DELLE PATOLOGIE RESPIRATORIE DEL BAMBINO
 CONSENTENDO DI VALUTARE LA GRAVITA DELLA
 PATOLOGIA E LI EVENTUALI IMPLICAZIONI
 AL RICOVERO PATOLOGICO IN OSPEDALE
 NELLA GESTIONE DELL'ATTACCO ACUTO
 DI ASMA E NEL MONITORAGGIO PERIODICO

2- RISULTATI DELLA RICERCA BIBLIOGRAFICA:

PNEUMOLOGIA PEDIATRICA VOLUME 18, N. 70
 GIUGNO 2018

STRATEGIA GLOBALE PER LA GESTIONE E LA
 PREVENZIONE DELL'ASMA (AGGIORNAMENTO 2019)

RILASCIO PARERE AUTORIZZAZIONE ALL'ACQUISTO

Rispetto alla richiesta della U.O. Totida della Salute Paterno Infantile 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 18/02/2022

DIPARTIMENTO/DISTRETTO/ D.M.O.: DIREZIONE SANITARIA

Nome e cognome
(in stampatello)

Dr.ssa ASSUNTA DE LUCA
A.S.L. Rieti

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

Dirigente Sanitario Aziendale
Dr.ssa Assunta De Luca

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.