

AL DIPARTIMENTO/DISTRETTO/D.M.O.

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

**RICHIESTA ACQUISTO APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE**

U.O.RICHIEDENTE: DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

SEDE: OGP RIETI

- PIANIFICAZIONE TRIENNALE
- POTENZIAMENTO E/O IN URGENZA

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

..... FRIGORIFERO DOTATO DI CHIAVE E REGISTRA-  
TORE DELLA TEMPERATURA.....

..... LE STESSA CARATTERISTICHE DI QUELLO CHE CIEM ED  
..... È STATO ASSEGNATO AL CENTRO VACCINAZ. Bx B.O.S. 62545

**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- **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: FRIGORIFERO N° Inventario - ASL: 62545

Produttore: \_\_\_\_\_ Fornitore: \_\_\_\_\_

Modello: \_\_\_\_\_ Collocazione: c/o \_\_\_\_\_



Motivazione della sostituzione:

Il frigorifero in dotazione è stato consegnato al Centro vaccini l'ex BASI

9- SPECIFICARE LE CARATTERISTICHE TECNICHE MINIME DELL'APPARECCHIATURA:

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 09/06/2020

U.O.: DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

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  
Polo Ospedaliero Unificato Rieti-Amatrice  
U.O.C. Diagnostica per Immagini  
Direttore Dott. Stefano CANITANO

A.S.L. Rieti  
Polo Ospedaliero Unificato Rieti-Amatrice  
Dipartimento dei Servizi  
Direttore Dott. Stefano CANITANO

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. \_\_\_\_\_

**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 SANITARIA INDICANTE LE MOTIVAZIONI PER LE QUALI SI AUTORIZZA O MENO L'ACQUISTO:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**2- RISULTATI DELLA RICERCA BIGLIOGRAFICA:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**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.