

AL DIPARTIMENTO/DISTRETTO/ D.M.O.

Dott/Dott.ssa E. PACE

RICHIESTA ACQUISTO APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE

U.O.RICHIEDENTE: REUMATOLOGIA

SEDE: OGP RIETI

- PIANIFICAZIONE TRIENNALE
 POTENZIAMENTO E/O IN URGENZA

1- DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELLA TECNOLOGIA ELETTROMEDICALE RICHIESTA

.....
N. 4 CAPILLAROSCOPIO
- STAMPANTE A COLORI
.....
.....
.....

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: 7. MILA EURO

3- SPECIFICARE SE NECESSITA DI MATERIALE DI CONSUMO SI NO

4- IN CASO AFFERMATIVO, ELENCARE LA TIPOLOGIA E I QUANTITATIVI ANNI DEL MATERIALE DI CONSUMO

.....
- CARTA 10 RISME DI CARTA
- TONER A COLORI
- OLIO
.....
.....
.....

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:

1 APPARECCHIATURA... IN... USO... MA... OBSOLETA.....

 ESAMI EFFETTUATI... IN... UN... ANNO... CIRCA 250.....

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:

.....

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: REUMATOLOGIA

- PIANIFICAZIONE TRIENNALE
 POTENZIAMENTO E/O IN URGENZA

SEDE DI ASSEGNAZIONE: OGP RIETI

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. REUMATOLOGIA, 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 20/02/2022

DIPARTIMENTO DI MEDICINA

DIPARTIMENTO/DISTRETTO/D.M.O.: DOCT. LUCA MORRICONI

Nome e cognome
(in stampatello)

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

A.S.L. Rieti
Dot. Luca Morriconi
Direttore UOC Medicina Interna

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.