

DIPARTIMENTO/DISTRETTO/ D.M.O.

Dott/Dott.ssa _____

RICHIESTA ACQUISTO APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE

U.O.S.D.: Laboratorio Analisi

SEDE: O.G.P. Rieti

- PIANIFICAZIONE TRIENNALE
 POTENZIAMENTO E/O IN URGENZA

1- DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELLA TECNOLOGIA ELETTROMEDICALE RICHIESTA:

Si richiedono n.4 centrifughe atte alla separazione del siero/plasma dal sangue e per la separazione di componenti corpuscolate di qualsiasi altro campione biologico.

Le suddette centrifughe devono avere una capacità di carico minima di 4x400 ml e una velocità di centrifugazione non inferiore a 5.000 rotazioni per minuto.

2-

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 e la denominazione del Fornitore.

3- INDICARE IL COSTO PRESUNTO: circa 9.000 euro

4- SPECIFICARE SE NECESSITA DI MATERIALE DI CONSUMO SI NO

5- IN CASO AFFERMATIVO, ELENCARE LA TIPOLOGIA E I
QUANTITATIVI ANNUI DEL MATERIALE DI CONSUMO

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



6- **NECESSITA' DI LAVORI EDILI/IMPIANTISTICI O INFORMATICI** parere di massima

- SI
- NO

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:

4 centrifughe per il settore di chimica clinica munite di rotore oscillante autobloccante, con standard di carico di almeno 4 x 400 ml.

Caratteristiche:

- Refrigerazione interna.
- Velocità regolabile non inferiore a 5000 rpm , indicazione digitale di RPM, dotata di timer per almeno 1 – 60 minuti
- Accelerazione e decelerazione regolabile
- Dimensioni contenute
- Coperchio a chiusura ermetica di sicurezza
- Sensore di sbilanciamento
- Set di cestelli di varia grandezza per alloggiare provette di varie dimensioni utilizzate presso il laboratorio analisi

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

La strumentazione sarà utilizzata presso il Laboratorio Analisi dell'Ospedale San Camillo de Lellis di Rieti.

Saranno centrifugate circa 1.000.000 campioni biologici l'anno.

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

L'apparecchiatura non richiede un incremento delle risorse in termini di personale sanitario

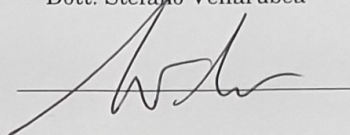
Data 06/11/2020

U.O.S.D.: Laboratorio Analisi

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

Dott. Stefano Venarubea

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



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.