

U.O.S.D. Ingegneria biomedica clinica e HTA
Ing. _____

 VALUTAZIONE CLINICO-SCIENTIFICA DELLA RICHIESTA DI ACQUISTO

DIPARTIMENTO/DISTRETTO/ D.M.O.: DEA

U.O. RICHIEDENTE: ANESTESIA E RIANIMAZIONE / CU

- PIANIFICAZIONE TRIENNALE
- POTENZIAMENTO E/O IN URGENZA

SEDE DI ASSEGNAZIONE: _____

1- RELAZIONE SANITARIA PER L'AUTORIZZAZIONE ALL'ACQUISTO:

.....
L'ACQUISTO DELL'ULTRA CONGELAZIONE - 80°C SI RITENE
NECESSARIO AI FINI DELLA CONSERVAZIONE DEL TESSUTO
MUSCOLO - SCHELETRICO INSELTITO, NEI PAZIENTI DONATORI,
DURANTE GLI INTERVENTI DI ANTIPLASTICI D'ARCA E AI
ENDOPROTESI DI REMOIE A SCOPO DI TRAPIANTO
.....
.....
.....
.....

2- RISULTATI DELLA RICERCA BIGLIOGRAFICA:

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

RILASCIO PARERE AUTORIZZAZIONE ALL'ACQUISTO

Rispetto alla richiesta della OC _____, relativa all'acquisizione dell'apparecchiatura elettromedicale, in allegato, si esprime parere:

- FAVOREVOLE
 NON FAVOREVOLE

INDICANDO IL SEGUENTE GRADO DI PRIORITA'

- URGENTE
 PROGRAMMABILE
 DIFFERIBILE

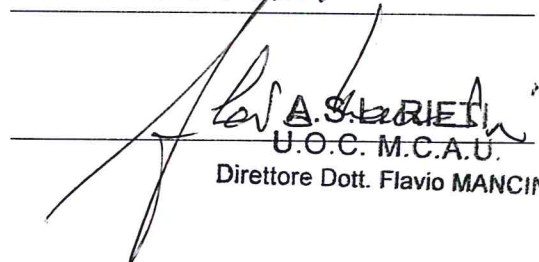
Data 20/12/14

DIPARTIMENTO/DISTRETTO/D.M.O.: DEA

Nome e cognome
(in stampatello)

FLAVIO MANCINI

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


A.S. RIETI
U.O.C. M.C.A.U.
Direttore Dott. Flavio MANCINI

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.