

DIPARTIMENTO/DISTRETTO/ D.M.O.

Distretto 2

Dott/Dott.ssa GENNARO D'AGOSTINO

RICHIESTA ACQUISTO APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE

U.O.: Voc Distretto 2

SEDE: CASA DELLA SANTE MAGUANO S.

- PIANIFICAZIONE TRIENNALE
- POTENZIAMENTO E/O IN URGENZA

1- DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELLA TECNOLOGIA ELETTROMEDICALE RICHIESTA

L'INFRAROSSO TERAPIA È UNA TECNICA FISIOTERAPICA CHE SERVITA A SCORO TERAPEUTICO GLI EFFETTI BIOLOGICI NEI TESSUTI DAI RAGGI INFRAROSSI (I.R.), I QUALI SVILUPPANO CALORE SUPERFICIALE CHE PENETRA DI POCO LA CUTI ED IL TESSUTO MUSCOLARE ED HANNO UN POTERE DI PENETRAZIONE LIMITATO PER QUINDI UNO UNO INCREMENTO ASSOLUTI DAGLI STRATI SUPERFICIALI DELLA PELLE.....

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.

2- INDICARE IL COSTO PRESUNTO: € 1.200.....

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- **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:

.....

.....

.....

.....

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: 55460

Produttore: _____ Fornitore: _____

Modello: _____ Collocazione: c/o _____

Motivazione della sostituzione:

IL PRECEDENTE APPARECCHIO ERA VETUSTO, FATTO FUORI USO.

8- SPECIFICARE LE CARATTERISTICHE TECNICHE MINIME DELL'APPARECCHIATURA:

L'APPARECCHIO È EQUIPAGGIATO CON 3 LAMPADINE IR DA 250 W 230 V MONTATE SU STATIVO A RAGGIE QUE CONSENTE LA REGOLAZIONE DELL'INCLINAZIONE DEL CONO LAMPADA PER IRRADIARE AGEVOLMENTE QUALSIASI PARTE DEL CORPO
ALIMENTAZIONE 230 V 50/60 HZ
POTENZA 150 WATT ALTEZZA 80-150 CM

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

AMBULATORIO FISIOTERAPIA CSS DELLA SANTE MAGLIANO S. M. PIAZZOLA ANNE 540
PRESCRITTO PER CONTATTI MUSCOLARI, DOLORI POST-TRAUMATICI, ARTEROSI, TORCICOLLO, DISTURBI DELL'APPARATO SCHELETRICO

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

L'APPARECCHIATURA RICHIESTA NON RICHIEDE UN INCREMENTO DELLE RISORSE IN TERMINI DI PERSONALE SANITARIO

Data 19/01/2011

U.O.:

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

GENNARO D'AGOSTINO

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

Dr. Gennaro D'Agostino
Il Direttore
Distretto n. 2 Salario Miltense
AZIENDA USL RIETI

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.