

U.O.S.D. Ingegneria Biomedica Clinica e HTA

Ing. _____

VALUTAZIONE CLINICO-SCIENTIFICA DELLA RICHIESTA DI ACQUISTO

DIPARTIMENTO/DISTRETTO/D.M.O.: Distretto 2

U.O. RICHIEDENTE: AMBULATORIO FET CASA DELLA SALUTE MACCANO S. (VOC FESIC)
Fisica
PUBBLIC

PIANIFICAZIONE TRIENNALE

POTENZIAMENTO E/O IN URGENZA

SEDE DI ASSEGNAZIONE: AMBULATORIO FET MACCANO CABINA

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

IL CALORE È USATO DA SEMPRE A SCOPO TERAPIUTICO PER
ALLEVIARE DOLORI E CONARCI DISTURBI LEGATI A CONTRATTURE
MUSCOLARI, ARTRITIS, TRAUMI
LA INFRAROSSI TERAPIA RIESCE A DILATARE I VASI SANGUIGNI E
MUSCOLI, FAVORENDO IL PASSAGGIO DEL SANGUE E MAGGIORE APPORTO
DI OSSIGENO. INOLTRE DISINIBISCE LE TERMINAZIONI PERIUSO
PER LA TRASMISSIONE DELLE SENSAZIONI DOLOROSE AL CERVELLO
IL CALORE COINVOLGE ANCHE IL METABOLISMO DEI TESSUTI, AIUTANDO
A RIGENERARSI PIÙ VELOCEMENTE IN SEGUITO AD UNA LESIONE
INFRAROSSI TERAPIA PREVISTA DAI LEA CONC. 93.35.2

2- RISULTATI DELLA RICERCA BIGLIOGRAFICA:

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



RILASCIO PARERE AUTORIZZAZIONE ALL'ACQUISTO

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

- FAVOREVOLE
 NON FAVOREVOLE

INDICANDO IL SEGUENTE GRADO DI PRIORITA'

- URGENTE
 PROGRAMMABILE
 DIFFERIBILE

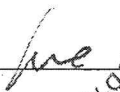
Data/...../.....

DIPARTIMENTO/DISTRETTO/ D.M.O.: Distretto 2

Nome e cognome
(in stampatello)

GENUARO D'AGOSTINO

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


Dr. Genuaro D'Agostino
Direttore
Distretto n. 2 Salario Mitrense
AZIENDA USL RIETI

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.