

DIPARTIMENTO/DISTRETTO/ D.M.O.

Dott/Dott.ssa \_\_\_\_\_

**RICHIESTA ACQUISTO APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE**

U.O.: UOC PFDI - UOS FARMACIA OSPEDALIERA

SEDE: OBP - S. CARLO DE LELLIS

- PIANIFICAZIONE TRIENNALE
- POTENZIAMENTO E/O IN URGENZA

**1- DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELLA TECNOLOGIA ELETTROMEDICALE RICHIESTA**

N°2 Fluoroscopia con monitoraggio di  
temperatura collegato al sistema  
in uso presso ufficio ricerca  
per allarme

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: (9000) x 2

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: FRIGORIFERO N° Inventario - ASL: 59241 e 59246

Produttore: KW APPARECCHI SCIENTIFICI Fornitore: KW APPARECCHI SCIENTIFICI



Modello: \_\_\_\_\_ Collocazione: c/o FARMACIA OSPEDALIERA

Motivazione della sostituzione:

Rotturno in diverse occasioni con  
rischio per il mantenimento delle  
condizioni del pubblico dei familiari.

8- SPECIFICARE LE CARATTERISTICHE TECNICHE MINIME DELL'APPARECCHIATURA:

Automatici preferibilmente con PORTE AVANTO  
Dimensioni 142 cm LARGHEZZA 209 cm ALTEZZA  
80 cm PROFONDITA'

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

FARMACIA

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

non lo richiede

Data 01/12/2020

U.O.: D. ~~SA~~ EMMA GIORDANI

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

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

POLITICA DEL FARMACO e DISPOSITIVI MEDICI

Emma Giordani  
U.O.C. Politiche del Farmaco e dei Dispositivi Medici  
Azienda Sanitaria Locale 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 appartenenza.