



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

Ing. \_\_\_\_\_

VALUTAZIONE CLINICO-SCIENTIFICA DELLA RICHIESTA DI ACQUISTO

DIPARTIMENTO/DISTRETTO/D.M.O.: \_\_\_\_\_

U.O. RICHIEDENTE: TERAPIA ANTALGICA

PIANIFICAZIONE TRIENNALE

POTENZIAMENTO E/O IN URGENZA

SEDE DI ASSEGNAZIONE: TERAPIA ANTALGICA

1- RELAZIONE SANITARIA INDICANTE LE MOTIVAZIONI PER LE QUALI SI AUTORIZZA O MENO L'ACQUISTO:

IL DISPOSITIVO SITERTEB È UNICO NEL SUO GENERE IN QUANTO INTEGRA CONTEMPORANEAMENTE LA POSSIBILITA' DI ESEGUIRE IMPIANTI DI CATERE VASCOLARI UTILIZZANDO L'ECCOGRAFIA E IL METODO DELL'EKG INTRACAVITARIO E DELLA TIP LOCATION/NAVIGATION SECONDO LE ULTIME LINEE GUIDA

2- RISULTATI DELLA RICERCA BIBLIOGRAFICA:

INFUSION NURSING STANDARDS OF PRACTICE (JAN/FEB 2011 VOL 34 N. 15)

NAVAN POSITION STATEMENT "TIP LOCATION OF PICC" JOURNAL OF THE ASSOCIATION FOR VASCULAR ACCESS



### RILASCIO PARERE AUTORIZZAZIONE ALL'ACQUISTO

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

- FAVOREVOLE
- NON FAVOREVOLE

INDICANDO IL SEGUENTE GRADO DI PRIORITA'

- URGENTE
- PROGRAMMABILE
- DIFFERIBILE

Data 22/09/2021

DIPARTIMENTO/DISTRETTO/D.M.O.: D.E.A.

Nome e cognome  
(in stampatello)

FLAVIO MANCINI

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



**A.S.L. Rieti**  
Dipartimento Emergenza Urgenza  
Il 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.