



AL DIPARTIMENTO/DISTRETTO/D.M.O.

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

### RICHIESTA ACQUISTO APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE

U.O.RICHIEDENTE: TERAPIA ANTALGICA

SEDE: S. CAULUO DE LELLI'S

- PIANIFICAZIONE TRIENNALE
- POTENZIAMENTO E/O IN URGENZA

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

APPARECCHIATURA INTEGRATA: ECOGRAFO VASCOLARE  
NAVIGAZIONE CATETERE VASCOLARE E  
ELEVATORE ECG INTRACAVITARIO  
(SITERITE 8 AZIENDA BARD)

**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 specifica e la denominazione del Fornitore.

2- INDICARE IL COSTO PRESUNTO: ~ 10.000 EURO

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 EDIL/IMPIANTISTICI O INFORMATICI parere di massima

SI

NO

6- CODICE ICD9 CM \_\_\_\_\_

7- MODALITÀ PROPOSTA PER L'ACQUISIZIONE



Acquisto



Service/Comodato



Noleggio/Locazione/Leasing



Altro (specificare) \_\_\_\_\_

8- 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 caso 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: \_\_\_\_\_

Produttore: \_\_\_\_\_ Fornitore: \_\_\_\_\_

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



Motivazione della sostituzione:

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

9- SPECIFICARE LE CARATTERISTICHE TECNICHE MINIME DELL'APPARECCHIATURA:

- ECOGRAFIA VASCOLARE
- NAVIGAZIONE CATERETERE
- ECG INTRACAVITARIO

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

- U.O.S.D. TERAPIA ANTALGICA E CURE PALIATIVE
- CIRCA 600 / ANNO

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

NON RICHIEDE INCREMENTO DELLE RISORSE

Data .....

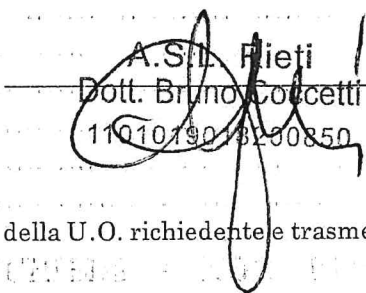
U.O. S.D. TERAPIA ANTALGICA

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

COCCETTI BRUNO

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

A.S.L. Rieti  
 Dott. Bruno Coccetti  
 1101079048100850



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.