

AL DIPARTIMENTO/DISTRETTO/ D.M.O.

Dott/Dott.ssa Fiorroni

**RICHIESTA ACQUISTO APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE**

U.O.RICHIEDENTE: ORTODONTOLOGIA

SEDE: RIETI

- PIANIFICAZIONE TRIENNALE
- POTENZIAMENTO E/O IN URGENZA

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

REDARE X MICROSCOPIO ZEISS 422319  
EX AMMIG  
INV. 02056216

**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: 300 €

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- 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 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:

Potrebbe utilizzare come BACKUP

9- SPECIFICARE LE CARATTERISTICHE TECNICHE MINIME DELL'APPARECCHIATURA:

[Empty dotted lines for technical specifications]

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

OSPEDALE di RIETI

STRUMENTAZIONE DA UTILIZZARE COME BACK UP in caso di guasto dell'unico strumento con il quale vengono effettuati + di 1000 procedure/anno

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

Data 06.10.2011

U.O.: OTTALMOLOGIA

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

FABIO FIORONTE

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

[Handwritten signature]

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.





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

Ing. RE. PACE

**VALUTAZIONE CLINICO-SCIENTIFICA DELLA RICHIESTA DI ACQUISTO**

DIPARTIMENTO/DISTRETTO/D.M.O.: CHIRURGIA

U.O. RICHIEDENTE: OPHTHALMOLOGIA

- PIANIFICAZIONE TRIENNALE
- POTENZIAMENTO E/O IN URGENZA

SEDE DI ASSEGNAZIONE: \_\_\_\_\_

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

.....  
 ..... POTER UTILIZZARE IL MICROSCOPIO  
 ..... ZEISS DE X. AMATON US 4  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

**2- RISULTATI DELLA RICERCA BIGLIOGRAFICA:**

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



## RILASCIO PARERE AUTORIZZAZIONE ALL'ACQUISTO

Rispetto alla richiesta della U.O. ORTOMODALIA, 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 06/10/2021

DIPARTIMENTO/DISTRETTO/ D.M.O.: CHIRURGICO

Nome e cognome  
(in stampatello)

FABIO FORMONTE

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

[Firma]

**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.