

U.O.S.D. INGEGNERIA CLINICA
ING. ERMINIO PACE

RICHIESTA ACQUISTO APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE

U.O.RICHIEDENTE: Ufficio nutrizione, ventilazione e materiale di consumo

SEDE: ASL Rieti Viale Matteucci Distretto 1

- PIANIFICAZIONE TRIENNALE
 POTENZIAMENTO E/O IN URGENZA

1- DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELLA TECNOLOGIA ELETTROMEDICALE RICHIESTA:

- **E FLOW RAPID con unità di controllo e base, Completo di: 2 set nebulizzatore a membrana, easycare, cavo di connessione, alimentatore internazionale, 4 adattatori di rete, borsa di trasporto e sacca (cod. 178G1005)**

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: euro 900,00 circa

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

-MEMBRANA AEREOSOL S/NEBULIZ PER NEBULIZATORE E-FLOW cod oliam: 48958;
prezzo unitario euro 91,00; quantitativo annuo 24 pezzi;

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 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: E-FLOW RAPID N° Inventario - ASL: 61970/2017

Produttore: MEDIGAS

Fornitore: MEDIGAS

Modello: E-FLOW RAPID

Collocazione: c/o LILLI MATTEO: VIA ROMA N°45 RIETI

Motivazione della sostituzione:

-USURA



9- SPECIFICARE LE CARATTERISTICHE TECNICHE MINIME DELL'APPARECCHIATURA:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**10-INDICARE IL LUOGO DI UTILIZZO, NONCHE' IL NUMERO ORIENTATIVO DI PRESTAZIONI PREVISTE ANNUE A PARITA' DI DOTAZIONE ORGANICA:
A DOMICILIO DEL PAZIENTE, DUE VOLTE AL GIORNO PER 365 GIORNI, 730 VOLTE L'ANNO.**

11-L'APPARECCHIATURA RICHIESTA NON RICHIEDE UN INCREMENTO DELLE RISORSE IN TERMINI DI PERSONALE SANITARIO

Data 21/10/2021

U.O.: DISTRETTO 1

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

Dott. Antonio Boncompagni

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

ASL RIETI
DISTRETTO 1
Rieti, Antroloco S. Elpidio
Il Direttore
Dr. Antonio Boncompagni

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.