



ALLEGATO 1

ASL
RIETI AZIENDA SANITARIA LOCALE
 DISTRETTO 1
 Rieti Antrodoto S. Elpidio
 1 0 FEB. 2021
 Prot. N. 8174/21



REGIONE LAZIO

AL DIPARTIMENTO/DISTRETTO/D.M.O.

Direzione Sanitaria

Dott/Dott.ssa

De Luca

RICHIESTA ACQUISTO APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE

U.O.RICHIEDENTE: Direttore Distretto 1

SEDE: _____

- PIANIFICAZIONE TRIENNALE
- POTENZIAMENTO E/O IN URGENZA

1- DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELLA TECNOLOGIA ELETTROMEDICALE RICHIESTA

SONDA ECOGRAFO PHILIPS S.ELPIDIO
SONDA CONVEX PER ADDOME
SONDA ENDOCAVITARIA PROSTATICA E
GINECOLOGICA PER ECOGRAFO SIEMENS

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: 15.000 €

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:

Con dette risorse si potenzia l'utilizzo degli ecografi per patologie frequenti con lunghe liste di attesa

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:

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

8- SPECIFICARE LE CARATTERISTICHE TECNICHE MINIME DELL'APPARECCHIATURA:

Sonde Comex per ECO PREMENS
Sonde endocavitari portatili e precolorati per ECO Phosphor.

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

S. Elpidio - Antrodice - Rieti

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

NO ALTRO PERSONALE

Data 9/2/2021 A.S.L. Rieti

U.O.: Direttore Sanitario Aziendale
Dr.ssa Assunta De Luca

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

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

A.S.L. Rieti
DISTRETTO 1
Rieti Antrodice 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.