

AL DIPARTIMENTO/DISTRETTO/ D.M.O.

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

## RICHIESTA ACQUISTO APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE

U.O.RICHIEDENTE: Direzione Medica Ospedaliera

SEDE: P.O. Rieti

- PIANIFICAZIONE TRIENNALE  
 POTENZIAMENTO E/O IN URGENZA

### 1- DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELLA TECNOLOGIA ELETTROMEDICALE RICHIESTA

- Sollevatore elettrico professionale per eseguire con facilità i sollevamenti, i trasferimenti ed i trasporti di salme;
- Il sollevatore è realizzato con una struttura in acciaio verniciato con polveri epossidiche;
- E' dotato di una batteria a 24 V estraibile e ricaricabile che aziona elettricamente il sollevamento della barella tramite un telecomando a pulsantiera;
- Peso sollevabile non inferiore a 200kg.
- Un dispositivo manuale a due posizioni permette la regolazione dell'apertura delle gambe per garantire una stabilità ottimale durante ogni manovra.
- La barella è realizzata con fasce in nylon, dotate di sistema di aggancio con clips ad innesto rapido.

Sicurezze:

- discesa di emergenza elettrica e meccanica;
- dispositivo anti-schiacciamento;
- quattro ruote piroettanti di cui due con freno.

**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: \_\_\_\_\_

3- SPECIFICARE SE NECESSITA DI MATERIALE DI CONSUMO    X SI     NO

4- IN CASO AFFERMATIVO, ELENCARE LA TIPOLOGIA E I QUANTITATIVI ANNUI DEL MATERIALE DI CONSUMO

Funzionamento elettrico in bassa tensione con batteria asportabile.

5- NECESSITA' DI LAVORI EDILI/IMPIANTISTICI O INFORMATICI parere di massima

- o SI
x NO

6- CODICE ICD9 CM

7- MODALITÀ PROPOSTA PER L' ACQUISIZIONE

- x Acquisto
o Service/Comodato
o Noleggio/Locazione/Leasing

o Altro (specificare)

8- LA TECNOLOGIA RICHIESTA RIENTRA NELLA SEGUENTE FATTISPECIE:

o 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

x POTENZIAMENTO (trattasi di una apparecchiatura che consente un incremento di attività e/o un miglioramento della qualità) in tal specificare l'ambito:

o 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:

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

o AGGIORNAMENTO DELLA TECNOLOGIA IN USO (up-grade);

o ADEGUAMENTO A NUOVE NORMATIVE (in questo caso indicare i riferimenti normativi):

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

o 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:

- Funzionamento elettrico;
- Comando a distanza e pannello comandi sul sollevatore;
- Peso sollevabile non inferiore a 200kg;
- Presenza marchio CE su targhetta rivettata;
- Dichiarazione di conformità;
- Istruzioni d'uso e manutenzione in lingua italiana.

10-INDICARE IL LUOGO DI UTILIZZO, NONCHE' IL NUMERO ORIENTATIVO DI PRESTAZIONI PREVISTE ANNUE A PARITA' DI DOTAZIONE ORGANICA:  
Servizio Obitoriale, Prestazioni annue circa 800.

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

Data ...../...../.....

U.O.C: DMO

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

Dr. MASSIMILIANO ANGELOCCI

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

U.O.C. Direzione Amministrativa Ospedaliera  
Dirigente Medico Ucd  
Dr. Massimiliano Angelucci

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.