

DIPARTIMENTO/DISTRETTO/ D.M.O.

\_\_\_\_\_ P.O. RIETI \_\_\_\_\_

Dott. STEFANO CANITANO

## **RICHIESTA ACQUISTO APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE**

U.O.: \_\_\_\_\_ SIMT \_\_\_\_\_

SEDE: \_\_\_\_\_ OSPEDALE \_\_\_\_\_

- PIANIFICAZIONE TRIENNALE  
 POTENZIAMENTO E/O IN URGENZA

**1- DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELLA TECNOLOGIA ELETTROMEDICALE  
RICHIESTA: MISURATORE DI PH PER CONCENTRATO PIASTRINICO**

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

**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 e la denominazione del Fornitore.

**2- INDICARE IL COSTO PRESUNTO:** .....

**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**

**SACCHE DI MISURAZIONE CON SENSORE PH (CIRCA  
280/ANNO).....**

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

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:

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

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

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

D.L.69 DEL 2/11/2015

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

**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:**

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

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

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

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

.....  
.....

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

U.O.: \_\_\_\_\_ SIMT \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_  
**DOTT. STEFANO CANITANO**  
**A.S.L. Rieti**

**Polo Ospedaliero Unificato Rieti-Amatrice**  
**Dipartimento dei Servizi**  
**Direttore Dott. Stefano CANITANO**

**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.