

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 EMOGLOBINA LIBERA**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

..... **CUVETTE DI REAZIONE (CIRCA 100/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