

DIPARTIMENTO/DISTRETTO/ D.M.O.
DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE
Dott/Dott.ssa ASSUNTA DE LUCA

RICHIESTA ACQUISTO APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE

U.O.: TUTELA DELLA SALUTE PEDIATRICO INFANTILE

SEDE: PASSO CORESE - OSTERIA NUOVA

- PIANIFICAZIONE TRIENNALE
 POTENZIAMENTO E/O IN URGENZA

1- DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELLA TECNOLOGIA ELETTROMEDICALE RICHIESTA

N. 2 LAMPADE CARRELATE PER VISITE GINECOLOGICHE

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: € 5.000 CAD.

3- SPECIFICARE SE NECESSITA DI MATERIALE DI CONSUMO SI NO

4- IN CASO AFFERMATIVO, ELENCARE LA TIPOLOGIA E I QUANTITATIVI ANNUALI 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:

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

- 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:

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

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

.....
CONSULTORIO PASSO CREDE
.....
CONSULTORIO OSTERIA NUOVA
.....
.....

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

.....
.....

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

U.O.: Tutela della Salute Materno Infantile

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

DR. VINCENZO SPINA

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

A.S.L. Rieti
U.O.C. Tutela della Salute Materno Infantile
Il Direttore Dott. Vincenzo SPINA

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.