

AL DIRETTORE DI DISTRETTO 1  
Dott ANTONIO BONCOMPAGNI

## RICHIESTA ACQUISTO APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE

U.O.RICHIEDENTE: PIATTAFORMA POLIAMBULATORIALE DISTRETTO 1

SEDE: RIETI VIALE MATTEUCCCI

- PIANIFICAZIONE TRIENNALE  
 POTENZIAMENTO E/O IN URGENZA

### 1- DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELLA TECNOLOGIA ELETTROMEDICALE RICHIESTA

MONITOR CARDIO- RESPIRATORIO CHE CONSENTE LA RILEVAZIONE CONTINUA DELLA FREQUENZA CARDIACA E RESPIRATORIA E DELLA SATURAZIONE DI OSSIGENO ED E' DOTATO DI MEMORIA DI REGISTRAZIONE DEGLI EVENTI

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: euro 300/mese

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  
ELETTRODI PRE-CLABATI (30ELETTRODI /MESE)  
NASTRI PER SENSORE DI SATURAZIONE ( 20 PEZZI/MESE)  
SENSORE NEONATALE PER SpO2 (2SENSORI/MESE)

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

SI  
 NO

6- CODICE ICD9 CM \_\_\_\_\_

7- MODALITÀ PROPOSTA PER L' ACQUISIZIONE

- Acquisto       Service/Comodato       Noleggio/Locazione/Leasing
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

8- 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:

.....

.....

.....

.....  
.....

9- SPECIFICARE LE CARATTERISTICHE TECNICHE MINIME  
DELL'APPARECCHIATURA:

VEDERE PIANO TERAPEUTICO DEL BAMBINO GESU' IN ALLEGATO  
ALLEGATO

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

PRESSO IL DOMICILIO DEL PAZIENTE SITO IN RIETI PIAZZALE  
FUSACCHIA FUSATI

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

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

U.O.:  
PIATTAFORMA POLIAMBULATORIALE DISTRETTO 1 UFF. NUTRIZIONE EVENTILAZIONE

SEDE: RIETI VIALE MATTEUCCCI

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 Antiodoco S. Elpidio  
Il Direttore  
Dr. Antonio Bertempagni

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.