

 <p><b>DIPARTIMENTO TECNICO U.O. TECNOLOGIE</b></p>	<b>MODULO RICHIESTA ATTREZZATURE SANITARIE</b> (ad esclusione delle apparecchiature ecografiche)	<b>MOD.01_TS</b>  Rev. 0 Del 26/04/2022
	Da inviare a : <a href="mailto:acquisizione.attrezzaturesanitarie@uslnordovest.toscana.it">acquisizione.attrezzaturesanitarie@uslnordovest.toscana.it</a>	
	Pag. 1 di 2	

<b>1 – RICHIEDENTE E COLLOCAZIONE AZIENDALE</b>			
Richiedente			Telefono
e-mail			
Reparto destinatario			
Presidio Utilizzo			
<b>2 – TECNOLOGIA RICHIESTA</b>			
Descrizione <sup>1</sup>			Quantità <sup>2</sup>
Caratteristiche Tecniche principali <sup>3</sup>			
Procedura e/o Diagnosi principale di utilizzo <sup>4</sup>			Prestazioni annue previste <sup>5</sup>
Come viene svolta attualmente questa procedura? <sup>6</sup>			
<b>3 - MOTIVO ACQUISIZIONE (effettuare una sola scelta!)</b>			
<input type="checkbox"/> Incremento dotazione tecnologica (nuova acquisizione)		<input type="checkbox"/> Sostituzione app. fuori uso	
		<input type="checkbox"/> Aggiornamento tecnologia	
		Cod. Fuori Uso/ Richiesta Aggiornamento	
Ci sono tecnologie stessa tipologia già in dotazione del reparto utilizzate per la procedura di cui sopra?	<input type="checkbox"/> Sì  <input type="checkbox"/> No	Se sì, specificare quali? <sup>7</sup>	
Miglioramenti attesi <sup>8</sup> (clinici/tecnici/organizzativi)			
<b>4 – NECESSITA' ACCESSORIE</b>			
Risorse necessarie all'introduzione della una nuova tecnologia <sup>9</sup> (sanitarie, non sanitarie, formazione/aggiornamento o aumento del personale, modifiche strutturali)			
<b>5- ASPETTI CONTRATTUALI E DI FINANZIAMENTO<sup>10</sup></b>			
<input type="checkbox"/> Acquisto Stima COSTO ACQUISTO € _____	<input type="checkbox"/> Leasing (Durata in mesi _____) <input type="checkbox"/> Service (Durata in mesi _____) <input type="checkbox"/> Noleggio (Durata in mesi _____) Stima COSTO NOLEGGIO/SERVICE/LEASING € _____ Stima COSTO Consumabili per Procedura € _____		
Progetto finalizzato? <sup>11</sup>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Se sì, COD. Progetto <sup>12</sup> :	
RICHIEDENTE	Data ____ / ____ / ____	Firma	
DIRETTORE U.O.	<b>PRESA VISIONE DELLA RICHIESTA</b>		
	Data ____ / ____ / ____	Firma	
Spazio Riservato a UO ITAC o UO BPR		ID Richiesta	

## MODULO RICHIESTA ATTREZZATURE SANITARIE

(ad esclusione delle apparecchiature ecografiche)

Da inviare a : [acquisizione.attrezzaturesanitarie@uslnordovest.toscana.it](mailto:acquisizione.attrezzaturesanitarie@uslnordovest.toscana.it)

**MOD.01\_TS**

Rev. 0  
Del 26/04/2022

Pag. 2 di 2

### ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

2 – TECNOLOGIA RICHIESTA	
<b>Descrizione<sup>1</sup></b>	<i>Da indicare la denominazione della tecnologia richiesta</i>
<b>Quantità<sup>2</sup></b>	<i>specificare il numero di console / tecnologie / stazioni fisse da acquistare, non considerando il materiale monouso</i>
<b>Caratteristiche Tecniche principali<sup>3</sup></b>	<i>Specificare dettagliatamente le caratteristiche e le particolarità della tecnologia richiesta</i>
<b>Procedura e/o Diagnosi principale di utilizzo<sup>4</sup></b>	<i>Specificare la procedura principale in cui verrà utilizzata la tecnologia richiesta, e se fosse presente indicare con relativo ICD9 di riferimento (es. 6812 – isteroscopia)</i>
<b>Prestazioni annue previste<sup>5</sup></b>	<i>n° di prestazioni previste durante le quali si prevede l'uso della tecnologia. In generale coincide con il n° di pazienti trattati ogni anno</i>
<b>Come viene svolta attualmente questa procedura?<sup>6</sup></b>	<i>Dettagliare brevemente la metodica attuale di trattamento, ossia come viene svolta la procedura di riferimento senza l'inserimento della tecnologia richiesta (caratteristiche della procedura, particolari requisiti della metodica, ecc...)</i>
3 - MOTIVO ACQUISIZIONE (effettuare una sola scelta!)	
<b>Se sì, quali?<sup>7</sup></b>	<i>Specificare, se sono presenti nell'area di attività, le caratteristiche delle tecnologie utilizzate nello svolgimento della procedura di riferimento indicata</i>
<b>Miglioramenti attesi<sup>8</sup></b> (clinici/tecnici/organizzativi)	<i>Definire i miglioramenti che si aspettano dall'implementazione della tecnologia nella procedura di riferimento indicata</i>
4 – NECESSITA' ACCESSORIE	
<b>Risorse necessarie all'introduzione della una nuova tecnologia<sup>9</sup></b> (sanitarie, non sanitarie, formazione/aggiornamento o aumento del personale, modifiche strutturali)	<i>Specificare se sono necessarie ulteriori risorse ai fini del corretto inserimento, e successivo utilizzo, della tecnologia richiesta nella procedura sanitaria indicata</i>
5- ASPETTI CONTRATTUALI E DI FINANZIAMENTO <sup>10</sup>	
<b>Progetto finalizzato?<sup>11</sup></b> <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<i>Specificare la tipologia di acquisto se Acquisto o Noleggio/Service/Leasing e stimare i costi relativi</i>
<b>Se sì, COD. Progetto<sup>12</sup></b> _____	<i>Specificare se la tecnologia fa parte di un progetto finalizzato da altro ente (es. regione Toscana, CRF, Ministero,...)</i>
<b>Indicare il COD di riferimento del progetto</b>	
6 – NOTE <sup>13</sup>	
<i>Indicare eventuali note e/o allegare eventuali schede o documenti a integrazione della scheda</i>	

**N.B.: La compilazione e l'invio del presente modulo non dà motivo di acquisto del dispositivo richiesto, ma rappresenta l'attivazione del processo di verifica del fabbisogno richiesto**