

 <p><b>DIPARTIMENTO TECNICO</b> <b>U.O. TECNOLOGIE</b></p>	<b>MODULO RICHIESTA</b> <b>ACQUISTO/SOSTITUZIONE/AGGIORNAMENTO</b> <b><u>ECOGRAFI</u></b>		<b>MOD.02_TS</b>  Rev. 1 Del 18/07/2022  Pag. 1 di 5
	Da inviare a : <a href="mailto:acquisizione.attrezzaturesanitarie@uslnordovest.toscana.it">acquisizione.attrezzaturesanitarie@uslnordovest.toscana.it</a>		

1 – RICHIEDENTE E COLLOCAZIONE AZIENDALE			
Richiedente		Telefono	
e-mail			
Reparto destinatario			
Presidio Utilizzo			
2 – TECNOLOGIA RICHIESTA			
Caratteristiche Tecniche principali <sup>1</sup>			
Tipologia di trasduttori richiesti <sup>2</sup>		Quantità <sup>3</sup>	
3 – MOTIVO ACQUISIZIONE			
<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 <sup>4</sup>	
Apparecchiature da sostituire <sup>5</sup>		Accessori <sup>6</sup>	
Miglioramenti attesi <sup>7</sup> (clinici/tecnici/organizzativi)			
4 – VALUTAZIONE FABBISOGNO			
Valutazione Qualitativa del fabbisogno <sup>8</sup>			
Tipologia attività svolta dalla struttura <sup>9</sup>	<u>Mono-specialistica</u> , specificare cosa:		
	<u>Multi-specialistica</u> , specificare cosa:		
Provenienza utenza <sup>10</sup>			
Modalità accesso alle prestazioni per l'utenza <sup>11</sup>			
Volumi attività media/annuale <sup>12</sup>		in caso di implementazione di attività, riportare i volumi di attività previsti <sup>13</sup>	

 <p><b>DIPARTIMENTO TECNICO U.O. TECNOLOGIE</b></p>	<b>MODULO RICHIESTA</b> <b>ACQUISTO/SOSTITUZIONE/AGGIORNAMENTO</b> <b><u>ECOGRAFI</u></b>	<b>MOD.02_TS</b>  Rev. 1 Del 18/07/2022  Pag. 2 di 5
Da inviare a : <a href="mailto:acquisizione.attrezzaturesanitarie@uslnordovest.toscana.it">acquisizione.attrezzaturesanitarie@uslnordovest.toscana.it</a>		

Nel caso di nuova attività, possibilità offerta al CUP Aziendale? <sup>14</sup>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Se sì specificare ore di attività settimanale per esterni
---	--	---

NOMINATIVO PERSONALE MEDICO QUALIFICATO E DISPONIBILE PER ATTIVITA' ECOGRAFICA <sup>15</sup>	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	

Turnazione settimanale e fasce orarie di attività previste	
--	--

ALTRE APPARECCHIATURE ECOGRAFICHE IN DOTAZIONE ALLA STRUTTURA <sup>16</sup>				
Prog	n° inventario	marca	modello	Trasduttori in dotazione
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

 <p><b>SST</b> Azienda USL Toscana nord ovest Servizio Sanitario della Toscana</p> <p><b>DIPARTIMENTO TECNICO U.O. TECNOLOGIE</b></p>	<p><b>MODULO RICHIESTA</b></p> <p><b>ACQUISTO/SOSTITUZIONE/AGGIORNAMENTO</b></p> <p><b><u>ECOGRAFI</u></b></p> <p>Da inviare a : <a href="mailto:acquisizione.attrezzaturesanitarie@uslnordovest.toscana.it">acquisizione.attrezzaturesanitarie@uslnordovest.toscana.it</a></p>	<p><b>MOD.02_TS</b></p> <p>Rev. 1 Del 18/07/2022</p> <p>Pag. 3 di 5</p>
--	---	---

Disponibilità di app. ecografiche in locali prossimi e contigui anche se in uso ad altri reparti o altre specialistiche		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Se sì, specificare quali e dove <sup>17</sup>
Come viene svolta attualmente questa procedura? <sup>18</sup>			
5 – NECESSITA' ACCESSORIE (nel caso di nuova acquisizione)			
Risorse necessarie all'introduzione della una nuova tecnologia <sup>19</sup> (sanitarie, non sanitarie, formazione/aggiornamento o aumento del personale, modifiche strutturali)			
Modalità di produzione, consegna e archiviazione delle risultanze e fruibilità delle stesse da parte di altri operatori			
Locale di installazione e eventuali necessità impiantistiche necessarie <sup>20</sup>			
6 – ASPETTI CONTRATTUALI E DI FINANZIAMENTO <sup>21</sup>			
<input type="checkbox"/> Acquisto Stima COSTO ACQUISTO (IVA esclusa) € _____		<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 (IVA esclusa) € _____ Stima COSTO Consumabili per Procedura (IVA esclusa) € _____	
Progetto finalizzato? <sup>22</sup> <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No    Se sì, COD. Progetto <sup>23</sup> _____			
7 – NOTE <sup>24</sup>			
RICHIEDENTE	Data ____ / ____ / ____	Firma	
DIRETTORE U.O.	PRESA VISIONE DELLA RICHIESTA		
	Data ____ / ____ / ____	Firma	
Spazio Riservato a UO ITAC o UO BPR		ID Richiesta	

 <p><b>Azienda USL Toscana nord ovest</b> Servizio Sanitario della Toscana <b>DIPARTIMENTO TECNICO</b> <b>U.O. TECNOLOGIE</b></p>	<p><b>MODULO RICHIESTA</b> <b>ACQUISTO/SOSTITUZIONE/AGGIORNAMENTO</b> <b><u>ECOGRAFI</u></b></p> <p>Da inviare a : <a href="mailto:acquisizione.attrezzaturesanitarie@uslnordovest.toscana.it">acquisizione.attrezzaturesanitarie@uslnordovest.toscana.it</a></p>	<p><b>MOD.02_TS</b></p> <p>Rev. 1 Del 18/07/2022</p> <p>Pag. 4 di 5</p>
--	---	---

## ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

2 – TECNOLOGIA RICHIESTA			
<b>Caratteristiche Tecniche principali<sup>1</sup></b>	<i>Descrivere la tipologia di Ecotomografo richiesto e le caratteristiche funzionali necessarie</i>		
<b>Tipologia di trasduttori richiesti<sup>2</sup></b>	<i>Indicare tutte le tipologie di trasduttori necessari</i>	<b>Quantità<sup>3</sup></b>	<i>Specificare, per ogni tipologia trasduttore, il n° da acquistare</i>
3 – MOTIVO ACQUISIZIONE			
<b>Cod. Fuori Uso/ Richiesta Aggiornamento<sup>4</sup></b>	<i>Indicare il codice di fuori uso o il riferimento della richiesta di aggiornamento relativo alla apparecchiatura da sostituire</i>		
<b>Apparecchiature da sostituire<sup>5</sup></b>	<i>Indicare il numero di inventario e la tipologia dell'Ecotomografo da sostituire</i>	<b>Accessori<sup>6</sup></b>	<i>Indicare i relativi accessori (trasduttori, stampante, ecc.) da sostituire insieme all'ecografo</i>
<b>Miglioramenti attesi<sup>7</sup></b> (clinici/tecnici/organizzativi)	<i>Definire i miglioramenti che si aspettano dall'implementazione della tecnologia nella procedura di riferimento indicata</i>		
4 – VALUTAZIONE FABBISOGNO			
<b>Valutazione Qualitativa del fabbisogno<sup>8</sup></b>	<i>Dettagliare brevemente la motivazione per la quale viene richiesto l'acquisto, motivando la necessità di fabbisogno di esami</i>		
<b>Tipologia attività svolta dalla struttura<sup>9</sup></b>	<i>Specificare la procedura principale in cui verrà utilizzata la tecnologia richiesta, e se fosse presente indicare con relativo ICD9 di riferimento, specificando se mono-specialistica o se pluri-specialistica con indicazione delle tipologie</i>		
<b>Provenienza Utenza<sup>10</sup></b>	<i>Specificare la tipologia di utenti: interni, esterni, altro</i>		
<b>Modalità di accesso alle prestazioni per l'utenza<sup>11</sup></b>	<i>Specificare la modalità di accesso alle prestazioni (da altri reparti e con quali modalità, per utenza esterna CUP, ecc....)</i>		
<b>Volumi attività media/annuale<sup>12</sup></b>	<i>n° di prestazioni durante le quali si prevede l'uso della tecnologia o di app. simili. In generale coincide con il n° di pazienti trattati ogni anno</i>	<b>in caso di implementazione di attività, riportare i volumi di attività previsti<sup>13</sup></b>	<i>Coincide con i volumi di attività media/annua implementati con la previsione dell'utilizzo della nuova tecnologia</i>
<b>Possibilità di offerta al CUP aziendale<sup>14</sup></b>	<i>In caso di nuova implementazione (nuova acquisizione) indicare se possibile offrire servizio aggiuntivo al CUP aziendale</i>		
<b>NOMINATIVO PERSONALE MEDICO QUALIFICATO E DISPONIBILE PER ATTIVITA' ECOGRAFICA<sup>15</sup></b>	<i>Inserire i nominativi di tutto il personale medico ecografista presente in reparto/struttura richiedente</i>		
<b>ALTRE APPARECCHIATURE ECOGRAFICHE IN DOTAZIONE ALLA STRUTTURA<sup>16</sup></b>	<i>Inserire tutte le apparecchiature ecotomografiche in dotazione alla struttura/reparto richiedente</i>		
<b>Disponibilità di app. ecografiche in locali prossimi e contigui anche se in uso ad altri reparti o altre specialistiche</b>	<input type="checkbox"/> Sì  <input type="checkbox"/> No	<b>Se sì, specificare quali e dove<sup>17</sup></b>	<i>Indicare il n° di inventario e la localizzazione degli ecografi più prossimi utilizzabili</i>

 <p><b>SST</b> Azienda USL Toscana nord ovest Servizio Sanitario della Toscana</p> <p><b>DIPARTIMENTO TECNICO</b> <b>U.O. TECNOLOGIE</b></p>	<p><b>MODULO RICHIESTA</b> <b>ACQUISTO/SOSTITUZIONE/AGGIORNAMENTO</b> <b><u>ECOGRAFI</u></b></p> <p>Da inviare a : <a href="mailto:acquisizione.attrezzaturesanitarie@uslnordovest.toscana.it">acquisizione.attrezzaturesanitarie@uslnordovest.toscana.it</a></p>	<p><b>MOD.02_TS</b></p> <p>Rev. 1 Del 18/07/2022</p> <p>Pag. 5 di 5</p>
<p><b>Come viene svolta attualmente questa procedura?</b><sup>18</sup></p>	<p>Dettagliare brevemente la metodica attuale di diagnosi, ossia come viene svolta la procedura di riferimento senza l'inserimento) della tecnologia richiesta (caratteristiche sulla procedura, particolari requisiti della metodica, ecc....)</p>	
<p><b>4 – NECESSITA' ACCESSORIE</b></p>		
<p><b>Risorse necessarie all'introduzione della nuova tecnologia</b><sup>19</sup> (sanitarie, non sanitarie, formazione/aggiornamento o aumento del personale, modifiche strutturali)</p>	<p>Specificare se sono necessarie ulteriori risorse ai fini del corretto inserimento, e successivo utilizzo, della tecnologia richiesta nella procedura sanitaria indicata</p>	
<p><b>Locale di installazione e eventuali necessità impiantistiche necessarie</b><sup>20</sup></p>	<p>Specificare se sono necessarie interventi impiantistici o strutturali ai fini del funzionamento della nuova tecnologia (es. punti presa, punti rete per collegamento dati, dimensioni particolari del locale, ecc....)</p>	
<p><b>5- ASPETTI CONTRATTUALI E DI FINANZIAMENTO</b><sup>21</sup></p>		<p>Specificare la tipologia di acquisto se Acquisto o Noleggio/Service/Leasing e stimare i costi relativi</p>
<p>Progetto finalizzato? <sup>22</sup>    <input type="checkbox"/> Sì    <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Specificare se la tecnologia fa parte di un progetto finalizzato da altro ente (es. regione Toscana, CRF, Ministero,...)</p>	
<p>Se sì, COD. Progetto<sup>23</sup> _____</p>	<p>Indicare il COD di riferimento del progetto</p>	
<p><b>6 – NOTE</b><sup>24</sup></p>		
<p>Indicare eventuali note e/o allegare eventuali schede o documenti a integrazione della scheda</p>		

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

☐