

MODULO RICHIESTA ATTREZZATURE SANITARIE

(ad esclusione delle apparecchiature ecografiche)

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

MOD.01_TS

Rev. 0

Del 26/04/2022

Pag. 1 di 2

1 – RICHIEDENTE E COLLOCAZIONE AZIENDALE

Richiedente		Telefono
e-mail		
Reparto destinatario		
Presidio Utilizzo		

2 – TECNOLOGIA RICHIESTA

Descrizione ¹		Quantità ²
Caratteristiche Tecniche principali ³		
Procedura e/o Diagnosi principale di utilizzo ⁴		Prestazioni annue previste ⁵
Come viene svolta attualmente questa procedura? ⁶		

3 - MOTIVO ACQUISIZIONE (effettuare una sola scelta!)

<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? ⁷	
--	--	--	--

Miglioramenti attesi ⁸ (clinici/tecnichi/organizzativi)	
---	--

4 – NECESSITA' ACCESSORIE

Risorse necessarie all'introduzione della una nuova tecnologia ⁹ (sanitarie, non sanitarie, formazione/aggiornamento o aumento del personale, modifiche strutturali)	
--	--

5- ASPETTI CONTRATTUALI E DI FINANZIAMENTO¹⁰

<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? ¹¹	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Se sì, COD. Progetto ¹² :
-------------------------------------	--	--------------------------------------

RICHIEDENTE	Data ____ / ____ / ____	Firma
-------------	-------------------------	-------

DIRETTORE U.O.	PRESA VISIONE DELLA RICHIESTA	
	Data ____ / ____ / ____	Firma

Spazio Riservato a UO ITAC o UO BPR	ID Richiesta
-------------------------------------	--------------

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

2 – TECNOLOGIA RICHIESTA

Descrizione¹	<i>Da indicare la denominazione della tecnologia richiesta</i>	Quantità²	<i>specificare il numero di console / tecnologie / stazioni fisse da acquistare, non considerando i materiale monouso</i>
--------------------------------	--	-----------------------------	---

Caratteristiche Tecniche principali³	<i>Specificare dettagliatamente le caratteristiche e le particolarità della tecnologia richiesta</i>		
--	--	--	--

Procedura e/o Diagnosi principale di utlizzo⁴	<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>	Prestazioni annue previste⁵	<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>
---	---	---	---

Come viene svolta attualmente questa procedura?⁶	<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!)

Se sì, quali?⁷	<i>Specificare, se sono presenti nell'area di attività, le caratteristiche delle tecnologie utilizzate nello svolgimento della procedura di riferimento indicata</i>
Miglioramenti attesi⁸ (clinici/tecnici/organizzativi)	<i>Definire i miglioramenti che si aspettano dall'implementazione della tecnologia nella procedura di riferimento indicata</i>

4 – NECESSITA' ACCESSORIE

Risorse necessarie all'introduzione della una nuova tecnologia⁹ (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 FINANZIAMENTO¹⁰	<i>Specificare la tipologia di acquisto se Acquisto o Noleggio/Service/Leasing e stimare i costi relativi</i>
--	---

Progetto finalizzato?¹¹	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<i>Specificare se la tecnologia fa parte di un progetto finalizzato da altro ente (es. regione Toscana, CRF, Ministero,...)</i>
---	---	---

Se sì, COD. Progetto¹²	<i>Indicare il COD di riferimento del progetto</i>
--	--

6 – NOTE¹³

Indicare eventuali note e/o allegare eventuali schede o documenti a integrazione della scheda

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