

MODULO RICHIESTA ACQUISTO/SOSTITUZIONE/AGGIORNAMENTO ECOGRAFI

Da inviare a : acquisizione.attrezzaturesanitarie@uslnordovest.toscana.it

MOD.02_TS

Rev. 1

Del 18/07/2022

Pag. 1 di 5

1 – RICHIEDENTE E COLLOCAZIONE AZIENDALE

Richiedente		Telefono	
e-mail			
Reparto destinatario			
Presidio Utilizzo			

2 – TECNOLOGIA RICHIESTA

Caratteristiche Tecniche principali ¹			
Tipologia di trasduttori richiesti ²			Quantità ³

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 ⁴
Apparecchiature da sostituire ⁵	Accessori ⁶

Miglioramenti attesi ⁷ (clinici/tecnicci/organizzativi)	
---	--

4 – VALUTAZIONE FABBISOGNO

Valutazione Qualitativa del fabbisogno ⁸			
Tipologia attività svolta dalla struttura ⁹	Mono-specialistica, specificare cosa:		
	Multi-specialistica, specificare cosa:		
Provenienza utenza ¹⁰			
Modalità accesso alle prestazioni per l'utenza ¹¹			
Volumi attività media/annuale ¹²		in caso di implementazione di attività, riportare i volumi di attività previsti ¹³	

**MODULO RICHIESTA
ACQUISTO/SOSTITUZIONE/AGGIORNAMENTO
ECOGRAFI**

Da inviare a : acquisizione.attrezzaturesanitarie@uslnordovest.toscana.it

MOD.02_TS

Rev. 1

Del 18/07/2022

Pag. 2 di 5

Nel caso di nuova attività,
possibilità offerta al CUP
Aziendale? ¹⁴

- Sì
 No

Se sì specificare ore di attività
settimanale per esterni

NOMINATIVO PERSONALE MEDICO QUALIFICATO E DISPONIBILE PER ATTIVITA' ECOGRAFICA¹⁵

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	

Turnazione settimanale e
fasce orarie di attività
previste

ALTRI APPARECCHIATURE ECOGRAFICHE IN DOTAZIONE ALLA STRUTTURA¹⁶

Prog	n° inventario	marca	modello	Trasduttori in dotazione
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

MODULO RICHIESTA ACQUISTO/SOSTITUZIONE/AGGIORNAMENTO ECOGRAFI

Da inviare a : acquisizione.attrezzaturesanitarie@uslnordovest.toscana.it

MOD.02_TS

Rev. 1

Del 18/07/2022

Pag. 3 di 5

Disponibilità di app. ecografiche in locali prossimi e contigui anche se in uso ad altri reparti o altre specialistiche	<input type="checkbox"/> Sì Se sì, <input type="checkbox"/> No specificare quali e dove ¹⁷
Come viene svolta attualmente questa procedura? ¹⁸	

5 – NECESSITA' ACCESSORIE (nel caso di nuova acquisizione)

Risorse necessarie all'introduzione della una nuova tecnologia ¹⁹ (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 ²⁰	

6 – ASPETTI CONTRATTUALI E DI FINANZIAMENTO²¹

<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? ²² Sì No Se sì, COD. Progetto²³ _____

7 – NOTE²⁴

RICHIEDENTE	Data ____ / ____ / ____ Firma	
DIRETTORE U.O.	PRESA VISIONE DELLA RICHIESTA	
	Data ____ / ____ / ____ Firma	
Spazio Riservato a UO ITAC o UO BPR		ID Richiesta

MODULO RICHIESTA ACQUISTO/SOSTITUZIONE/AGGIORNAMENTO ECOGRAFI

Da inviare a : acquisizione.attrezzaturesanitarie@uslnordovest.toscana.it

MOD.02_TS

Rev. 1

Del 18/07/2022

Pag. 4 di 5

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

2 – TECNOLOGIA RICHIESTA

Caratteristiche Tecniche principali¹	<i>Descrivere la tipologia di Ecotomografo richiesto e le caratteristiche funzionali necessarie</i>		
Tipologia di trasduttori richiesti²	<i>Indicare tutte le tipologie di trasduttori necessari</i>	Quantità³	<i>Specificare, per ogni tipologia trasduttore, il n° da acquistare</i>

3 – MOTIVO ACQUISIZIONE

Cod. Fuori Uso/ Richiesta Aggiornamento⁴	<i>Indicare il codice di fuori uso o il riferimento della richiesta di aggiornamento relativo alla apparecchiatura da sostituire</i>		
Apparecchiature da sostituire⁵	<i>Indicare il numero di inventario e la tipologia dell'Ecotomografo da sostituire</i>	Accessori⁶	<i>Indicare i relativi accessori (trasduttori, stampante, ecc.) da sostituire insieme all'ecografo</i>
Miglioramenti attesi⁷ (clinici/tecnici/organizzativi)	<i>Definire i miglioramenti che si aspettano dall'implementazione della tecnologia nella procedura di riferimento indicata</i>		

4 – VALUTAZIONE FABBISOGNO

Valutazione Qualitativa del fabbisogno⁸	<i>Dettagliare brevemente la motivazione per la quale viene richiesto l'acquisto, motivando la necessità di fabbisogno di esami</i>		
Tipologia attività svolta dalla struttura⁹	<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>		
Provenienza Utenza¹⁰	<i>Specificare la tipologia di utenti: interni, esterni, altro</i>		
Modalità di accesso alle prestazioni per l'utenza¹¹	<i>Specificare la modalità di accesso alle prestazioni (da altri reparti e con quali modalità, per utenza esterna CUP, ecc....)</i>		
Volumi attività media/annuale¹²	<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>	in caso di implementazione di attività, riportare i volumi di attività previsti¹³	<i>Coincide con i volumi di attività media/annua implementati con la previsione dell'utilizzo della nuova tecnologia</i>
Possibilità di offerta al CUP aziendale¹⁴	<i>In caso di nuova implementazione (nuova acquisizione) indicare se possibile offrire servizio aggiuntivo al CUP aziendale</i>		
NOMINATIVO PERSONALE MEDICO QUALIFICATO E DISPONIBILE PER ATTIVITÀ ECOGRAFICA¹⁵	<i>Inserire i nominativi di tutto il personale medico ecografista presente in reparto/struttura richiedente</i>		
ALTRE APPARECCHIATURE ECOGRAFICHE IN DOTAZIONE ALLA STRUTTURA¹⁶	<i>Inserire tutte le apparecchiature ecotomografiche in dotazione alla struttura/reparto richiedente</i>		
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 dove¹⁷	<i>Indicare il n° di inventario e la localizzazione degli ecografi più prossimi utilizzabili</i>

MODULO RICHIESTA ACQUISTO/SOSTITUZIONE/AGGIORNAMENTO ECOGRAFI

Da inviare a : acquisizione.attrezzaturesanitarie@uslnordovest.toscana.it

MOD.02_TS

Rev. 1

Del 18/07/2022

Pag. 5 di 5

Come viene svolta attualmente questa procedura?¹⁸

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....)

4 – NECESSITA' ACCESSORIE

Risorse necessarie all'introduzione della nuova tecnologia¹⁹

(sanitarie, non sanitarie, formazione/aggiornamento o aumento del personale, modifiche strutturali)

Specificare se sono necessarie ulteriori risorse ai fini del corretto inserimento, e successivo utilizzo, della tecnologia richiesta nella procedura sanitaria indicata

Locale di installazione e eventuali necessità impiantistiche necessarie²⁰

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....)

5- ASPETTI CONTRATTUALI E DI FINANZIAMENTO²¹

Specificare la tipologia di acquisto se Acquisto o Noleggio/Service/Leasing e stimare i costi relativi

Progetto finalizzato?²²

Sì No

Specificare se la tecnologia fa parte di un progetto finalizzato da altro ente (es. regione Toscana, CRF, Ministero,...)

Se sì, COD. Progetto²³ _____

Indicare il COD di riferimento del progetto

6 – NOTE²⁴

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

