

**STRUTTURA RICHIEDENTE**

Cognome e nome del Direttore UOC / UOSD
Unità Operativa
Presidio Ospedaliero o sede territoriale
Centro di costo richiedente
Dipartimento di appartenenza
Tipologia apparecchiatura sanitaria / dispositivo medico richiesti
Caratteristiche descrittive ed eventuali accessori
Area di patologia prevalente (A-Malattie osteoarticolari, B-Neoplasie, C-Malattie cardiovascolari, D-Demenze, E-Disturbi mentali, F-Ritardi nello sviluppo, autismo, G-Diabete mellito, H-Disabilità, disturbi neurologici e limitazioni funzionali, I-Malattie infettive, L-Obesità, M-Malattie gastroenteriche, N-Malattie respiratorie, O-Abuso di sostanze, P-Miscellanea)
Popolazione target
Come viene trattata attualmente la popolazione target
Tipologia di acquisizione se DM: Scorta di reparto – Conto visione – Conto deposito se apparecchiatura: Acquisto – Noleggio – Service
Costo stimato iva esclusa

Motivazione della richiesta

Sostituzione	SI/NO	Se apparecchiatura, indicare il numero di inventario Ingegneria Clinica dell'apparecchiatura da sostituire	Se dispositivo medico, indicare almeno il codice prodotto e il nome commerciale del dispositivo da sostituire
Nuovo acquisto	SI/NO		
specificare la motivazione per cui viene richiesta la sostituzione/nuovo acquisto			
Utilizzato precedentemente tramite acquisti estemporanei	SI/NO		

SEZIONE 1

L'apparecchiatura/dispositivo medico è richiesta per

A) mantenere attività (es. sostituzione apparecchiatura) indicare volume attività anno precedente eseguito sull'apparecchiatura/dispositivo medico di cui si richiede la sostituzione/nuovo acquisto (e codice da tariffario regionale o codice DRG o procedura ICM-9-CM con diagnosi principale)	SI/NO		
---	-------	--	--

B) incrementare attività volume attività prevista (indicare codice da tariffario regionale o codice DRG o procedura ICM-9-CM con diagnosi principale)	SI/NO		
1. _____	Nr prestazioni annue incrementali	valore unitario	valore di produzione incrementale
2. _____			
3. _____			

L'apparecchiatura utilizza materiali di consumo?	SI/NO	(da indicare obbligatoriamente a cura del richiedente)	
Se SI specificare la tipologia di beni di consumo	qtà consumo/anno prevista	costo unitario iva esclusa	importo materiale di consumo iva esclusa
1. _____			0
2. _____			0
3. _____			0
4. _____			0
5. _____			0

L'apparecchiatura/DM richiede impiego di nuovo personale?	SI/NO		
Se SI, specificare la qualifica professionale richiesta			
Indicare la formazione del personale esistente			
Indicare se è richiesta modifica organizzativa			
Nr ore annue di personale in funzione del volume di prestazioni ipotizzato			
L'apparecchiatura/DM ha un impatto organizzativo all'interno della UO?	SI/NO		
L'apparecchiatura/DM ha un impatto organizzativo con altre UO?	SI/NO		
Se SI, specificare			
Specificare altri eventuali costi o risparmi			

Firme

Data e firma Direttore UOC / UOSD
Data e firma Direttore Dipartimento
Data e firma Direttore Medico Presidio