



## Richiesta di Dispositivo Medico e/o Tecnologia Sanitaria NON INFUNGIBILE

### Anagrafica richiedente

0.1 Cognome e nome del  
Direttore SC/SSD:

0.2 Struttura:

0.3 Presidio ospedaliero/  
Sede territoriale:

0.4 Dipartimento Gestionale/  
Struttura in Staff DS/DSS:

0.5 Centro di costo:

### 1. Dispositivo Medico e/o Tecnologia Sanitaria

1.1 Oggetto della richiesta:

1.2 Indicazione Clinica:

1.3 N° apparecchiature  
(se l'apparecchiatura  
utilizza DM compilare  
anche il campo 4.7):

1.4 Se richiesto **solo** DM  
indicare Fabbisogno  
annuo:

### 2. Paziente

2.1 Descrizione della  
popolazione target:

2.2 Come viene trattata  
attualmente la  
popolazione target?

2.3 È disponibile in Azienda un PDTA di riferimento?

 SI

 NO

2.4 Descrizione del PDTA di  
riferimento aziendale, o,  
in carenza, delle  
eventuali linee guida:

| Titolo Documento  | Data       | Revisione | Pagina        |
|---|------------|-----------|---------------|
| Modulo_Richiesta_Dispositivo_Medico_Apparecchiatura_Sanitaria_rev06 | 21/07/2023 | 06        | Pagina 1 di 4 |



### 3. Prestazioni

|   |  |
|---|--|
| 3.1 Codici prestazioni ricovero:  |  |
| 3.2 Indicazione della valorizzazione economica corrispondente al codice prestazione (in €): |  |
| 3.3 N. di procedure/anno da eseguire con il Dispositivo Medico e/o Tecnologia Sanitaria:    |  |
| 3.4 Codici prestazioni ambulatoriali:   |  |
| 3.5 Indicazione della valorizzazione economica corrispondente al codice prestazione (in €): |  |
| 3.6 N. di procedure/anno da eseguire con il Dispositivo Medico e/o Tecnologia Sanitaria:    |  |
| 3.7 Altra prestazione: PS, convenzioni, libera professione, etc                             |  |
| 3.8 N. di procedure/anno da eseguire con il Dispositivo Medico e/o Tecnologia Sanitaria:    |  |
| 3.9 Tempi di attesa attuali:  |  |
| 3.10 Tempi di attesa previsti:  |  |

### 4. Anagrafica del Dispositivo Medico e/o Tecnologia Sanitaria

4.1 Specificare esempi di DM / apparecchiature conosciute che possono corrispondere all'oggetto della richiesta (produttore, modelli / cod. prodotti...):

| ESEMPIO 1: FORNITORE/PRODUTTORE | NOME COMMERCIALE | CODICE/I | COSTO UNITARIO STIMATO |
|---------------------------------|------------------|----------|------------------------|
|                                 |                  |          |                        |
| ESEMPIO 2: FORNITORE/PRODUTTORE | NOME COMMERCIALE | CODICE/I | COSTO UNITARIO STIMATO |
|                                 |                  |          |                        |



4.2 Modalità di uso:

4.3 Importo unitario  
indicativo di acquisto:4.4 Importo annuale  
indicativo di noleggio:

4.5 L'apparecchiatura richiede l'acquisto di accessori necessari per il suo utilizzo?

 SI NO

4.6 L'apparecchiatura richiede l'acquisto di materiali di consumo?

 SI NO

4.7 Descrizione di accessori e/o dei materiali di consumo necessari per l'uso dell'apparecchiatura:

| CODICE PRODOTTO | DESCRIZIONE | N PEZZI/ANNO | COSTO UNITARIO |
|-----------------|-------------|--------------|----------------|
|                 |             |              |                |
|                 |             |              |                |
|                 |             |              |                |

## 5. Motivazione

5.1 Motivo della richiesta:

5.3 In caso di sostituzione se apparecchiatura, indicare il N. inventario  
Ingegneria Clinica (SIC); se DM, indicare il codice prodotto, il nome  
commerciale e il fornitore/produttore:5.4 In caso di affiancamento o sostituzione se apparecchiatura, indicare il  
N. inventario Ingegneria Clinica (SIC) delle tecnologie analoghe  
presenti; se DM, indicare il codice prodotto, il nome commerciale e il  
fornitore/produttore dei DM analoghi presenti:

5.5 Utilizzato precedentemente tramite acquisti estemporanei:

 SI NO

## 6. Esiti attesi

6.1 Tipologie di risultati  
attesi:

*Migliorare la qualità della prestazione*      *Ridurre i costi delle prestazioni*  
*Ridurre il tempo di erogazione delle prestazioni*      *Migliorare il processo clinico*  
*Altro*

6.2 Valore aggiunto previsto **per il paziente** con l'acquisizione del nuovo DM / apparecchiatura:6.3 Valore aggiunto previsto **per l'azienda sanitaria** con l'acquisizione del nuovo DM / apparecchiatura:

6.4 Indicatori clinici/economici/organizzativi per il monitoraggio degli esiti attesi

## 7. Impatti organizzativi

7.1 Descrivere eventuale fabbisogno di formazione aggiuntiva oltre al semplice addestramento all'uso:

7.2 Incremento di risorse umane:

 NO

 SI

 N°

7.3 Specificare se medico, infermiere o altra figura sanitaria o non sanitaria:

7.4 Descrivere eventuali necessità di modifiche a impianti/nuovi locali:

7.5 Descrivere eventuale impatto organizzativo con altre strutture:

7.6 Descrivere eventuale risparmi per altri settori aziendali:

## 8. Firme

8.1 Data, firma e timbro(\*)  
Direttore  
SC/Responsabile SSD:

(\*) qualora la firma venga apposta digitalmente il timbro non è necessario

8.2 Data e firma Direttore  
Dipartimento  
Gestionale/DS o DSS se  
struttura in Staff:

8.3 Data e firma Direttore  
Medico Presidio:

**Il modulo compilato in formato elettronico e corredato della eventuale documentazione necessaria ai fini della valutazione dovrà essere trasmesso esclusivamente via e-mail all'indirizzo di posta elettronica [cdmts@asst-brianza.it](mailto:cdmts@asst-brianza.it) entro i termini indicati nel Regolamento.**

## 9. Riservato alla CDMTS

9.1 Anno:

9.2 Progressivo aziendale richiesta:

| Titolo Documento  | Data       | Revisione | Pagina        |
|---|------------|-----------|---------------|
| Modulo_Richiesta_Dispositivo_Medico_Apparecchiatura_Sanitaria_rev06 | 21/07/2023 | 06        | Pagina 4 di 4 |