

MODELLO B: APPARECCHIATURE E SISTEMI BIOMEDICALI

DATI GENERALI			
RICHIEDENTE		Telefono:	
Unità Operativa		Fax:	
Centro di costo		E-mail:	
Protocollo AOUS		Data:	
Oggetto			
DATI RELATIVI ALL'APPARECCHIATURA RICHIESTA			
Nuova Apparecchiatura	SI		NO
Aggiunta a beni esistenti			
Estensione			
Sostituzione			
Variazione dell'esistente (indicare il bene di cui si chiede la variazione)			
In caso di Estensione /Sostituzione riportare:			
N° esami/procedure per interni eseguiti negli ultimi 6 mesi			
N° esami/procedure per esterni eseguiti negli ultimi 6 mesi			
SEZIONE TECNICA			
Informazioni relative alla strumentazione richiesta			
Denominazione			
Descrizione			
Ditte produttrici			
Distributore			
Ambito di utilizzo			
Accessori richiesti per l'utilizzo dell'apparecchiatura			
Descrizione	Codice	Fabbisogno annuo	
IMPATTO E COERENZA STRATEGICA			
Rispetto alle alternative esistenti il nuovo strumento rappresenta:			
- Innovazione			
- Sostituzione			
- Affiancamento			
Lo strumento è necessario per l'attività di base del Reparto?	Si*		No
*se Si indicare le motivazioni:			
Il dispositivo è innovativo per l'Azienda?	Si*		No
*se Si indicare le motivazioni:			

MODELLO B: APPARECCHIATURE E SISTEMI BIOMEDICALI

VANTAGGI E PECULIARITÀ LEGATE ALL'UTILIZZO				
Specificare quali pazienti risulterebbero non trattabili o quali procedure diagnostico – terapeutiche risulterebbero non praticabili:				
Se presenti alternative, quali sono i vantaggi clinici ed economici dello strumento richiesto?				
Si prevedono vantaggi per il paziente?	Si		No	
*se Si, quali:				
Si prevede un risparmio di <u>tempo</u> nella erogazione della prestazione?	Si*		No	
*se Si, specificare				
Si prevede un risparmio nei <u>costi</u>?	Si*		No	
*se Si, specificare				
SEZIONE DEL PERSONALE				
Esiste personale preposto all'utilizzo?	Si		No*	
*se No, specificare?				
Personale da formare	Si*		No	
*se Si, specificare				
Personale da assumere	Si*		No	
*se Si, specificare				
	Numero		Qualifica	
DESCRIZIONE ATTIVITÀ				
Quale DRG (se applicabile) o ICD 9 CM è collegato all'utilizzo dello strumento richiesto?				
DRG				
ICD 9 CM				
COSTI				
Costo unitario di acquisto in Euro (iva esclusa)				
Costo eventuale materiale di consumo collegato (fabbisogno annuo)				
DOCUMENTAZIONE ALLEGATA ALLA RICHIESTA				
Caratteristiche tecniche del prodotto				
Pubblicazioni scientifiche				
Eventuale necessità di opere edilizie o impiantistiche Ai fini dell'installazione				

Relazione tecnico-clinica:

[Empty box for technical-clinical report content]

Data _____ Firma _____