

MODELLO RICHIESTA APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI

Data 19.12.2016

UU.OO./Servizio richiedente	Il Responsabile	Firma
CARDIOLOGIA	DOTT. G. CIPOLO	<i>[Signature]</i>

URGENTE: SI NO

Oggetto: ACQUISTO ECOTOMOGRAFO CARDIOLOGICO RIGENERATO

Descrizione e motivazioni richiesta: SOSTITUZIONE ECOTOMOGRAFO NON FUNZIONANTE E NON RIPARABILE (Compilare scheda allegata)

Quantità richieste: N. 1

Importo stimato: €40.000,00

Infungibilità: SI (si allega relazione) NO

Data ricezione	Approvato SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Visto Ingegneria Clinica <i>[Signature]</i>	Note
Data ricezione	Approvato SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Visto II Direttore Sanitario <i>[Signature]</i>	Note	TRATTASI DI APPARECCHIATURA IMPRENSCINDIBILE PER USO IN CARDIOLOGIA
Data ricezione	Approvato SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Visto II Direttore Amministrativo Economico Finanziario <i>[Signature]</i>	Note

Si individua R.U.P. nella persona di _____

Si Autotizza: D.G. Il Direttore Generale Prof. Vittorio Virgilio

MODULO DI RICHIESTA APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE

Struttura FONDAZIONE ISTITUTO G. CILLIO DI CEFAU'	Unità Operativa OTORINOLOGIA
Richiedente DOTT. D. CIPOLLA	e-mail
Telefono	Fax

1. TIPOLOGIA DI APPARECCHIATURA RICHIESTA

1.1 Denominazione scientifica: ECOTOMOGRAFO ORNIOLOGICO

2. CARATTERISTICHE TECNICHE MINIME INDICATIVE

2.1 Specifiche tecniche minime dell'apparecchiatura richiesta:

VEDI CAPITOLATO ALLEGATO

2.2 Indicare le caratteristiche tecniche di eventuali accessori, hardware e software correlati all'apparecchiatura.

VEDI CAPITOLATO ALLEGATO

2.3 Specificare e descrivere eventuali infungibilità tecnico/cliniche dell'apparecchiatura



4. MOTIVAZIONI DELLA RICHIESTA

4.1 Sostituzione 4.2 Integrazione/Completamento 4.3 Nuova

4.4 Specificare e descrivere le motivazioni e l'eventuale urgenza della richiesta:

5. MODALITÀ PROPOSTA DI ACQUISIZIONE

5.1 Acquisto 5.2 Service/Comodato 5.3 Noleggio/Locazione/Leasing

5.4 Sperimentazione, ricerca, didattica 5.5 Donazione

5.6 Altro (specificare) _____

6. DATI APPARECCHIO DA SOSTITUIRE (Compilare solo in caso di sostituzione)

6.1 Marca AE 6.2 Modello VIVID FIVE

6.3 Numero di serie 3192VM 6.4 Numero di inventario EEFO166

6.5 Motivazione (allegare eventuale verbale fuori uso): Obsoleto Fuori uso

NON PIÙ RIPARABILE COME DA DECISIONE DELLO NITD

7. MIGLIORAMENTI TECNICO/FUNZIONALI OTTENIBILI CON L'APPARECCHIATURA RICHIESTA

7.1 Benefici all'utenza

Il nuovo apparecchio restituirà quello con cui viene riprodotto la prestazione minima in le funzionalità delle tecnologie, sia in i processi ricorrono (anche negli altri reparti dell'U.) sia in le prestazioni ambulatoriali!

7.2 Benefici per gli utilizzatori

Si potranno fare molti più esami rispetto ad ora (con un solo apparecchio).

7.3 Benefici per l'Azienda

Migliore qualità dell'assistenza, risparmio sulle parti nel ricambio, risparmio sul costo chiuso (manutenzione ordinaria o straordinaria).

8.SPECIFICHE PER LA MESSA IN FUNZIONE DELL'APPARECCHIATURA RICHIESTA

8.1 Ubicazione dell'apparecchiatura

Ambulatorio Cardiologia 2° piano.

8.2 Sono necessari lavori di adeguamento/ristrutturazione dei locali? SI

~~NO~~

8.3 Sono previsti collegamenti con altre UU.OO. per l'utilizzo della nuova apparecchiatura? SI NO

In caso affermativo, specificare:

- quali collegamenti:

- le professionalità coinvolte:

Spazio riservato alla Valutazione del Servizio di Ingegneria Clinica

L'APPARECCHIATURA DA SOSTITUIRE E' DI PROPRIETA' DELLA ASP 6 DI PALERMO E LO STESSO RISULTA AVERE UNA VITA SUPERIORE A 13 ANNI. PER MOCCIONI NETTAGLI SI DELEGA NELLA RELAZIONE NECCA DITTO DI RIFERIMENTO.

