Modulo di richiesta di fornitura di nuovo dispositivo in visione in prova

(apparecchiature - software elettromedicali)

La presente sezione deve essere compilata a cura del Direttore della Struttura richiedente

(1) STRUTTURA RICHIEDENTE	
(2) NOME COMMERCIALE DEL DISPOSITIVO RICHIESTO	
(3) TIPOLOGIA DISPOSITIVO RICHIESTO	☐ apparecchiatura elettromedicale ☐ software elettromedicale
(4) CLASSE DI RISCHIO DEL DISPOSITIVO	☐ Classe I ☐ Classe IIa ☐ Classe IIb ☐ Classe III
(5) INDICAZIONI D'USO	
(6) LETTERATURA	
(7) IMPATTO SUI SISTEMI INFORMATIVI	☐ SI ☐ NO
(8) PERIODO	
(9) DITTA PROPONENTE	
(10) ALTERNATIVE DISPONIBILI	

QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.

SI ATTESTA CHE:

1. l'attrezzatura offerta non è oggetto di gara in corso né lo sarà nei 6 mesi successivi alla fine della prova.
2. L'acquisizione e l'utilizzo dell'apparecchiatura non determina costi aggiuntivi con riferimento in particolare a personale e lavori di ristrutturazioni dei locali.

RIFERIMENTI DEL RICHIEDENTE	Cognome e Nome:	Qualifica:
	Mail:	
	Tel/Cell.:	

Data della richiesta:

Il richiedente (Timbro e Firma)

NOTA BENE: *Il presente modulo, una volta compilato, deve essere salvato in pdf e inviato a nucleo.tecnico@aslvc.piemonte.it*

QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.

Indicazioni per la compilazione

1. *STRUTTURA RICHIEDENTE*: indicare il nome della SC o SS Richiedente
2. *NOME COMMERCIALE DEL DISPOSITIVO RICHIESTOE*: indicare il nome commerciale del dispositivo richiesto
3. *TIPOLOGIA DISPOSITIVO RICHIESTO*: barrare la categoria interessata
4. *CLASSE DI RISCHIO DEL DISPOSITIVO*: barrare la classe di rischio del dispositivo
5. *INDICAZIONI D'USO*: indicare l'utilizzo clinico del dispositivo e le finalità, eventuali vantaggi per il paziente
6. *LETTERATURA*: riportare, se disponibile, eventuali studi clinici, sperimentazioni cliniche, linee guida
7. *IMPATTO SUI SISTEMI INFORMATIVI*: indicare se il dispositivo richiesto necessita di supporto informatico
8. *PERIODO*: specificare la durata della visione in prova che NON deve essere superiore ai 60 giorni dal collaudo
9. *DITTA PROPONENTE*: indicare la Ragione Sociale della ditta proponente
10. *ALTERNATIVE DISPONIBILI*: indicare eventuali prodotti alternativi disponibili, esempio prodotti simili e specificare se già disponibili in Azienda

QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.

La presente sezione deve essere compilata a cura del Nucleo Tecnico di Valutazione

Vista l'istanza richiesta in data …… dal Dr./Dr.ssa

……

In base alle competenze si esprimono i seguenti pareri:

NUCLEO TECNICO DI VALUTAZIONE	*PARERE FAVOREVOLE*	*PARERE NON FAVOREVOLE*	*NON DI COMPETENZA*	*FIRMA*
S.C. Direzione Medica				
S.C. Tecnico Patrimoniale				
Servizio Ing. Clinica				
S.S.S. ICT				
S.S.S. Acquisizione di beni e servizi e gestione contratti				
S.S.S. Prevenzione e Protezione				

- □ Visti i pareri discordanti la richiesta viene respinta
- □ Vista l'unanimità dei pareri favorevoli, la richiesta viene accolta

DATA _____

FIRMA_____

QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.