

N.Richiesta	MODULO DI RICHIESTA DISPOSITIVI MEDICI	
(Spazio Riservato)	Valido per acquisizione di dispositivo medico, presidio medico chirurgico, dispositivo diagnostico e DPI infungibile	
Data		
Dipartimento		
U.O. / Servizio richiedente		

A) INFORMAZIONI SANITARIE	
Tipologia, descrizione e caratteristiche tecniche del dispositivo:	
Ragioni di natura tecnica correlate a specifiche indicazioni di natura diagnostico terapeutica e di risultato che non consentono l'impiego di prodotti con caratteristiche equivalenti e che giustificano la dichiarazione di infungibilità:	

B) INFORMAZIONI ORGANIZZATIVE	
Dispositivo dedicato ad apparecchiatura di proprietà?	
<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Necessità di incremento del personale per il funzionamento e/o attività connesse ?	
<input type="checkbox"/> sì (indicare numero, qualifica e costi)	<input type="checkbox"/> no
Necessità di nuove modalità organizzative?	
<input type="checkbox"/> sì (indicare quali)	<input type="checkbox"/> no
Necessità di formazione del personale?	
<input type="checkbox"/> sì (indicare quantità, tempi e costi)	<input type="checkbox"/> no
Codice di repertorio nazionale:	
Produttore:	
Fabbisogno annuo presunto in UM:	
Spesa annua presunta (IVA esclusa):	
Durata proposta del contratto di fornitura:	
Informazioni aggiuntive:	

C) DICHIARAZIONE DI INFUNGIBILITA'

I sottoscritti, consapevoli delle possibili responsabilità di natura civile, penale, disciplinare e amministrativo-contabile in merito all'attestazione di informazioni false, inesatte od erronee, dichiarano che, per le indicazioni cliniche sopra specificate, non sono disponibili nel repertorio nazionale DM prodotti alternativi con caratteristiche equivalenti, sia in termini prestazionali che funzionali, dal punto di vista clinico-terapeutico, ovvero con effetto terapeutico comparabile, fatte salve le variabilità individuali dei singoli pazienti da trattare.

Timbro/firma Dirigente Richiedente

.....

Timbro/firma Capo Dipartimento

.....

Timbro/firma Direttore Farmacia

.....

D) Valutazione Direz.ne Sanitaria :

Massima urgenza
Priorità piano acquisti anno

Urgente

Non urgente

Programmabile

Timbro/Firma Direttore Sanitario

.....