

**AVVISO ESPLORATIVO PER ACQUISIZIONE BENI INFUNGIBILI PROCEDURA NEGOZIATA  
SENZA PREVIA PUBBLICAZIONE DEL BANDO DI GARA****Scadenza il 25.5.2018 ore 12:00****I**

I presente avviso esplorativo è finalizzato alla verifica di esistenza di ulteriori prodotti rispetto ai dispositivi conosciuti e di seguito indicati – aventi specifiche tecniche “equivalenti” a quelle sotto descritte

I. **PREMESSA:** il presente Avviso persegue gli obiettivi di cui all’art. 66, comma 1 del D.lgs. 50/2016. Le consultazioni preliminari di mercato sono volte a confermare l’esistenza dei presupposti che consentono ai sensi dell’art. 63, comma 1, d.lgs. 50/2016 s.m.i il ricorso alla procedura negoziata senza pubblicazione del bando ovvero individuare l’esistenza di soluzioni alternative.

II. **OGGETTO DELLA FORNITURA: DM DEDICATI AD APPARECCHIATURE DI PROPRIETÀ DELL’AZIENDA OSPEDALIERA**

III. **INDICAZIONI ED ESIGENZE FUNZIONALI E PRESTAZIONALI:** vedasi schede allegate

IV. **DESCRIZIONE DELLE CARATTERISTICHE TECNICHE:** vedasi schede allegate

V. **DENOMINAZIONE DEL PRODUTTORE** dei materiali conosciuti : vedasi schede allegate

Gli operatori economici che ritengano di produrre e/o commercializzare materiali/dispositivi aventi caratteristiche funzionalmente equivalenti, dovranno far pervenire entro il **25.5.2018 h. 12:00** all’indirizzo pec [ao.sga@pec.hsangiovanni.roma.it](mailto:ao.sga@pec.hsangiovanni.roma.it) **AVENDO CURA DI INDICARE L’APPARECCHIATURA (come denominata nelle schede allegate) PER LA QUALE SI RITIENE DI POTER OFFRIRE I DISPOSITIVI MEDICI AD ESSA DEDICATI:**

- a) Scheda tecnica del prodotto/dei prodotti in lingua italiana (o tradotta).
- b) Codice rilasciato dal fornitore, eventuale CND di appartenenza, eventuale numero attribuito dal repertorio dei dispositivi medici (se del caso).
- c) Dichiarazione attestante l’equivalenza prestazionale e cioè che le caratteristiche del materiale ottemperino in maniera equivalente alle esigenze di natura manutentiva per le quali è richiesta la fornitura (D.Lgs. 50/2016, art. 68 c. 6), esplicitativa e dettagliata.
- d) Studi scientifici, tecnici o altro materiale, a corredo della ritenuta e dichiarata equivalenza funzionale.

SONO ESONERATI dalla necessità di rispondere al presente avviso gli operatori economici citati nelle schede allegate, individuati mediante dichiarazione sostitutiva quali esclusivisti dei prodotti in oggetto.

Ai sensi e per gli effetti di cui all’art. 13 D.lgs. n. 196/2003 e s.m.i., i dati personali conferiti dai candidati saranno trattati, anche con strumenti informatici, per le finalità e le modalità previste dal presente procedimento e per lo svolgimento dell’eventuale successivo rapporto contrattuale. Ad ogni modo ai sensi del D.lgs. n. 196/2003 e s.m.i. si informa che:

- a) il trattamento dei dati personali dei candidati è finalizzato unicamente all’individuazione di un operatore economico per l’eventuale successivo affidamento della fornitura;



- b) il trattamento sarà effettuato dal personale degli uffici competenti nei limiti necessari a perseguire le sopra citate finalità, con modalità e strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati;
- c) i dati potranno essere comunicati o portati a conoscenza dei Responsabili o incaricati o di dipendenti coinvolti a vario titolo nella fornitura da affidare;
- d) all'operatore economico interessato sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del D.lgs. n. 196/2003.
- e) Eventuali informazioni e chiarimenti potranno essere richiesti al seguente indirizzo di posta [acquisizionebenieserviz@hsangiovanni.roma.it](mailto:acquisizionebenieserviz@hsangiovanni.roma.it)

Il Direttore f.f.

U.O.C. Acquisizione Beni e Servizi

(Dott. Paolo Cavallari)

**SCHEDA PRODOTTO PER DISPOSITIVI MEDICI DEDICATI  
AD APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI**

(da compilarsi a cura del Dirigente dell'Unità Operativa richiedente)

Dipartimento o Struttura Complessa		Uoc Chirurgia Vascolare	
Codice e descrizione Centro di costo		16102110011021	
Dirigente	Dr. G. Pogony	Tel.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Budget concordato per la voce di spesa su cui grava l'acquisto		e	

 In Uso Innovazione Infungibile (\*)

(\*) Per prodotto infungibile si intende un bene o dispositivo medico, etc..., che per la sua specifica identità non è sostituibile con un altro simile nello svolgimento di una determinata funzione.

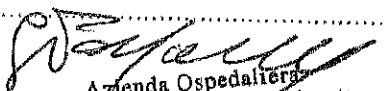
**DICHIARAZIONE DI INFUNGIBILITÀ E DI PRIVATIVA INDUSTRIALE**

Il Sottoscritto Dr./Prof. Dr. G. Pogony Dirigente Medico, dichiara sotto la propria responsabilità che il Prodotto qui descritto è infungibile in quanto specificamente dedicato al seguente macchinario o strumentazione, già in dotazione; al riguardo indicare:

- Denominazione del Macchinario MEDTRONIC ACT PLUS COD. INV. A 02 61
- Modello ACT PLUS SYSTEM
- Codice di Inventarlo aziendale 00000642

Data, .....

TIMBRO E FIRMA DIRIGENTE MEDICO

  
Azienda Ospedaliera  
C. O. San Giovanni Addolorata  
UOC Chirurgia Vascolare  
Dirigente Medico Dott. Gabriele Pogony  
9020001011408068

**1. DENOMINAZIONE COMUNE ITALIANA DEL PRODOTTO (BENE O DISPOSITIVO MEDICO)**

MEDTRONIC ACT PLUS COD. INV. A 02 61  
INVENTARIO AZIENDALE 00000642

**2. CARATTERISTICHE TECNICHE DEL DISPOSITIVO E/O PRESIDIO:**

Strumento di coagulazione controllata da microprocessore  
per la determinazione dei tempi di coagulazione attivati

3. FINALITÀ D'USO:

VALUTAZIONE STATO COAGULATIVO  
INTRA OPERATORIO PAZIENTI CANDIDATI A  
CHIRURGIA VASCOLARE MAGGIORÉ

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

Ditta Medtronic  
Cod: 602-03 Cod Area 112991

5. DATI DI CONSUMO:

- Numero di unità necessarie per una prestazione 2  
- Fabbisogno annuo 2000  
- Consumo medio mensile 166

6. CODICE DI PROCEDURA UTILIZZATO PER LA CODIFICA DEL RAD:

\_\_\_\_\_

CAPO SALA / CAPO TECNICO

Azienda Ospedaliera  
Complesso Ospedaliero S. Giovanni Addolorata  
C/O San Giovanni Addolorata  
Funzione di coordinamento  
Paolo Mazzuca

Azienda Ospedaliera  
C. O. San Giovanni Addolorata  
UOC Chirurgia Vascolare  
Dirigente Medico Dott. Gabriele Pozzani  
9020001011408087

RESPONSABILE MEDICO RICHIEDENTE

*[Signature]*

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE

Azienda Ospedaliera  
STRUTTURA AIPLESSA  
C. O. San Giovanni Addolorata  
UOC Chirurgia Vascolare  
Dirigente Medico Dott. Gabriele Pozzani  
9020001011408088

RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

Data, .....

Da compilarsi a cura del Provveditore

COSTI:

- Stima del costo di acquisto € \_\_\_\_\_ (+ IVA )  
- Incidenza sul budget negoziato: \_\_\_\_\_

RESPONSABILE PROVVEDITORE

.....

RESPONSABILE SC FARMACIA PER I  
DISPOSITIVI BIOMEDICI E PRESIDII

Data, .....


**SCHEDA PRODOTTO PER DISPOSITIVI MEDICI DEDICATI  
AD APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI**

(da compilarsi a cura del Dirigente dell'Unità Operativa richiedente)

Dipartimento o Struttura Complessa		Ucc. Ematologia	
Codice e descrizione Centro di costo		31101000	
Dirigente	F.F. DOT. S.S.A. CHIRALINI ANNA	Tel.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Budget concordato per la voce di spesa su cui grava l'acquisto			€

 In Uso

 Innovazione

 Infungibile (\*)

(\*) Per prodotto infungibile si intende un bene o dispositivo medico, etc..., che per la sua specifica identità non è sostituibile con un altro simile nello svolgimento di una determinata funzione.

**DICHIARAZIONE DI INFUNGIBILITÀ E DI PRIVATIVA INDUSTRIALE**

 Il Sottoscritto Dr./Prof. SUJANNA FERU Dirigente Medico, dichiara sotto la propria responsabilità che il Prodotto qui descritto è infungibile in quanto specificamente dedicato al seguente macchinario o strumentazione, già in dotazione; al riguardo indicare:

- Denominazione del Macchinario Aerospry slide stainer - cyto centrifuge
- Modello 7150 Hematology
- Codice di Inventario aziendale \_\_\_\_\_

 Data, 19/01/2018

TIMBRO E FIRMA DIRIGENTE MEDICO

 AZIENDA OSPEDALIERA  
 COMPLESSO S. GIOVANNI ADDOLORATA  
 Dirigente Medico Ematologo  
 Dott.ssa Susanna Feru  
 9020001011907405

**1. DENOMINAZIONE COMUNE ITALIANA DEL PRODOTTO (BENE O DISPOSITIVO MEDICO)**
Reagente D  
Aerofix soluzione di lavaggio e fissativa
**2. CARATTERISTICHE TECNICHE DEL DISPOSITIVO E/O PRESIDIO:**
Esse i preparati di sangue venoso periferico, midollare e di liquidi biologici
rende possibile la pulizia della colorazione Aerospry

3. FINALITÀ D'USO:

Garantisce una colorazione omogenea e impedisce la dispersione

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

Ditta: Delcon

Cod: RW450202 (HCSIF)

5. DATI DI CONSUMO:

- Numero di unità necessarie per una prestazione

- Fabbisogno annuo 4 conf

- Consumo medio mensile

6. CODICE DI PROCEDURA UTILIZZATO PER LA CODIFICA DEL RAD:

AZIENDA OSPEDALIERA  
CARO SALVA/DAPOLIBONICO  
C.R.S.i. con Funzioni di Coordinamento  
Dott. *[Signature]*

LEGENDA OSPEDALIERA  
G. GIOVANNI - ADDOLORATI  
DIRIGENTE MEDICO RICHIEDENTE  
Dott. *[Signature]*  
0420001811807400

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE  
CONFE STRUTTURAI COMPLESSA  
Dott. *[Signature]*  
0420001811807400

RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

Data, 19/01/2018

Da compilarsi a cura del Provveditore

COSTI:

- Stima del costo di acquisto € (+ IVA )

- Incidenza sul budget negoziato:

RESPONSABILE PROVVEDITORE

RESPONSABILE SC FARMACIA PER I  
DISPOSITIVI BIOMEDICI E PRESID

Data,



**SCHEDA PRODOTTO PER DISPOSITIVI MEDICI DEDICATI AD APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI**

(da compilarsi a cura del Dirigente dell'Unità Operativa richiedente)

Dipartimento o Struttura Complessa	Ubc Ematologia		
Codice e descrizione Centro di costo	3110110100		
Dirigente	P.F. Dott. <sup>ssa</sup> CHIRICHINI ANNA	Tel.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Budget concordato per la voce di spesa su cui grava l'acquisto	€		

In Uso                       Innovazione                       Infungibile (\*)

(\*) Per prodotto infungibile si intende un bene o dispositivo medico, etc..., che per la sua specifica identità non è sostituibile con un altro similare nello svolgimento di una determinata funzione.

**DICHIARAZIONE DI INFUNGIBILITÀ E DI PRIVATIVA INDUSTRIALE**

Il Sottoscritto Dr./Prof. \_\_\_\_\_ Dirigente Medico, dichiara sotto la propria responsabilità che il Prodotto qui descritto è infungibile in quanto specificamente dedicato al seguente macchinario o strumentazione, già in dotazione; al riguardo indicare:

- Denominazione del Macchinario Aerospry slide-stainer - cyto-centrifuge
- Modello 7150 Hematology
- Codice di Inventario aziendale \_\_\_\_\_

Data, 19/01/2018

TIMBRO E FIRMA DIRIGENTE MEDICO  
 OSPEDALE S. GIOVANNI ADDOLORATA  
 X Dirigente Medico Ematologia  
 Dott.ssa Susanna Penn  
 9020001017807409

**1. DENOMINAZIONE COMUNE ITALIANA DEL PRODOTTO (BENE O DISPOSITIVO MEDICO)**

Reagente C (colorante euazur)

**2. CARATTERISTICHE TECNICHE DEL DISPOSITIVO E/O PRESIDIO:**

Colorante citoplasmatico delle cellule ematiche

3. FINALITÀ D'USO:

colorazione dei preparati di sangue venoso, midollare e di liquidi biologici.

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

Ditta: Dalcon

Cod: 55-0710 (114516)

5. DATI DI CONSUMO:

- Numero di unità necessarie per una prestazione \_\_\_\_\_
- Fabbisogno annuo 6 pz
- Consumo medio mensile \_\_\_\_\_

6. CODICE DI PROCEDURA UTILIZZATO PER LA CODIFICA DEL RAD:

CAPO SALA/CAPO TECNICO

*[Signature]*

COMPLESSO S. GIOVANNI - ADDOLORATA  
C.P.S.I. con Funzioni di Ospedale

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE  
STRUTTURA COMPLESSA

DIRIGENTE MEDICO RICHIEDENTE

AZIENDA OSPEDALIERA  
COMPLESSO S. GIOVANNI - ADDOLORATA

X *[Signature]* Medico Ematologo

Dott.ssa Susanna Ferrero  
502000107807408

RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

Data, 19/01/2018

Da compilarsi a cura del Provveditore

COSTI:

- Stima del costo di acquisto € \_\_\_\_\_ (+ IVA )
- Incidenza sul budget negoziato: \_\_\_\_\_

RESPONSABILE PROVVEDITORE

RESPONSABILE SC FARMACIA PER I  
DISPOSITIVI BIOMEDICI E PRESIDI

Data, .....





**SCHEDA PRODOTTO PER DISPOSITIVI MEDICI DEDICATI  
AD APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI**

*(da compilarsi a cura del Dirigente dell'Unità Operativa richiedente).*

Dipartimento o Struttura Complessa		Ubc Ematologie	
Codice e descrizione Centro di costo		311101000	
Dirigente	F.F. DOM. S.SA ANNA CHIARICHINI	Tel.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Budget concordato per la voce di spesa su cui grava l'acquisto		€	

 In Uso

 Innovazione

 Infungibile (\*)

(\*) Per prodotto Infungibile si intenda un bene o dispositivo medico, etc..., che per la sua specifica identità non è sostituibile con un altro similare nello svolgimento di una determinata funzione.

**DICHIARAZIONE DI INFUNGIBILITÀ E DI PRIVATIVA INDUSTRIALE**

Il Sottoscritto Dr./Prof. \_\_\_\_\_ Dirigente Medico, dichiara sotto la propria responsabilità che il Prodotto qui descritto è infungibile in quanto specificamente dedicato al seguente macchinario o strumentazione, già in dotazione; al riguardo indicare:

- Denominazione del Macchinario Beckman Coulter slide star nex - cyto centrifuge
- Modello 7150 Hematology
- Codice di Inventario aziendale \_\_\_\_\_

Data, 19/01/2018

TIMBRO E FIRMA DIRIGENTE MEDICO  
 OSPEDALE S. GIOVANNI ADDOLORATA  
 Dirigente Medico Ematologo  
 Dott.ssa Anna Feau  
 902001011807405

**1. DENOMINAZIONE COMUNE ITALIANA DEL PRODOTTO (BENE O DISPOSITIVO MEDICO)**

Reagente B (colorante Tiazine)

**2. CARATTERISTICHE TECNICHE DEL DISPOSITIVO E/O PRESIDIO:**

Colorazione dei preparati di sangue venoso periferico, midollare e di liquidi biologici

3. FINALITÀ D'USO:

Permette il contrasto nucleare delle cellule ematiche

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

Ditta: Dalcon

Cod: 55-071B (110315)

5. DATI DI CONSUMO:

- Numero di unità necessarie per una prestazione \_\_\_\_\_

- Fabbisogno annuo 9 Cat \_\_\_\_\_

- Consumo medio mensile \_\_\_\_\_

6. CODICE DI PROCEDURA UTILIZZATO PER LA CODIFICA DEL RAD:

CAPO SALA/CAPO TECNICO

~~CAPO SALA/CAPO TECNICO~~  
~~COMPLESSO S. GIOVANNI-ADDOLORATE~~  
S. Med. con Funzioni di Coordinamento  
Salvatore Imperato

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE  
STRUTTURA COMPLESSA

DIRIGENTE MEDICO RICHIEDENTE

~~CAPO SALA/CAPO TECNICO~~  
~~COMPLESSO S. GIOVANNI-ADDOLORATE~~  
Dirigente Medico Radiologia  
Dot.ssa Susanna Fean  
902000101/807409

RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

Data, 19/01/2018

Da compilarsi a cura del Provveditore

COSTI:

- Stima del costo di acquisto € \_\_\_\_\_ (+ IVA )

- Incidenza sul budget negoziato: \_\_\_\_\_

RESPONSABILE PROVVEDITORE

RESPONSABILE SC FARMACIA PER I  
DISPOSITIVI BIOMEDICI E PRESID.

Data, \_\_\_\_\_



**SCHEDA PRODOTTO PER DISPOSITIVI MEDICI DEDICATI  
AD APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI**

*(da compilarsi a cura del Dirigente dell'Unità Operativa richiedente)*

Dipartimento o Struttura Complessa	UOC Ematologia		
Codice e descrizione Centro di costo	31101000		
Dirigente	F.F. Dot. <sup>SSA</sup> ANNA CHIRICHINI	Tel.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Budget concordato per la voce di spesa su cui grava l'acquisto	€		

In Uso                     
  Innovazione                     
  Infungibile (\*)

(\*) Per prodotto infungibile si intende un bene o dispositivo medico, etc..., che per la sua specifica identità non è sostituibile con un altro similare nello svolgimento di una determinata funzione.

**DICHIARAZIONE DI INFUNGIBILITÀ E DI PRIVATIVA INDUSTRIALE**

Il Sottoscritto Dr./Prof. \_\_\_\_\_ Dirigente Medico, dichiara sotto la propria responsabilità che il Prodotto qui descritto è infungibile in quanto specificamente dedicato al seguente macchinario o strumentazione, già in dotazione; al riguardo indicare:

- Denominazione del Macchinario Aerospy SlideStar - Cytocentrifuge
- Modello 7150 Hematology
- Codice di Inventario aziendale \_\_\_\_\_

Data, 19/01/2018

AZIENDA OSPEDALIERA  
 S. GIOVANNI ADDOLORATA  
 TIMBRO E FIRMA DEL DIRIGENTE MEDICO ORATA  
 \_\_\_\_\_  
 Dirigente Medico Ematologia  
 Dot.ssa Sydany Fern  
 902000101407400

**1. DENOMINAZIONE COMUNE ITALIANA DEL PRODOTTO (BENE O DISPOSITIVO MEDICO)**

Camere di colore marrone per citocentrifuga 7150

**2. CARATTERISTICHE TECNICHE DEL DISPOSITIVO E/O PRESIDIO:**

Cuvette monouso con assorbente per eseguire citocentrifugazione di sangue venoso periferico e di liquidi biologici

3. FINALITÀ D'USO:

Permette di eseguire citocentrifugati di sangue e liquidi biologici, distribuendoli. Uso vetrino per una successiva colorazione papanicez.

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

Ditta: Delcon

Codice: 55-116 (110.412)

5. DATI DI CONSUMO:

- Numero di unità necessarie per una prestazione \_\_\_\_\_
- Fabbisogno annuo Cof 1
- Consumo medio mensile \_\_\_\_\_

6. CODICE DI PROCEDURA UTILIZZATO PER LA CODIFICA DEL RAD:

\_\_\_\_\_

CAPO SALA/CARO TECNICO  
 AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA  
 COMPLESSO S. GIOVANNI - ADDOLORATA  
 P.S.I. con Funzioni di Coordinamento  
 Salvatore Imperato  
 DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE  
 STRUTTURA COMPLESSA

DIRIGENTE MEDICO RICHIEDENTE  
 AZIENDA UNIVERSITARIA  
 COMPLESSO S. GIOVANNI - ADDOLORATA  
 Dirigente Marco Ematologico  
 Dot.ssa Susanna Ferru  
 902001111807400  
 RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

Data, .....

13/01/2018

AZIENDA UNIVERSITARIA  
 COMPLESSO S. GIOVANNI - ADDOLORATA  
 P.S.I. con Funzioni di Coordinamento  
 Salvatore Imperato  
 902001111807400

Da compilarsi a cura del Provveditore

COSTI:

- Stima del costo di acquisto € \_\_\_\_\_ (+ IVA )
- Incidenza sul budget negoziato: \_\_\_\_\_

RESPONSABILE PROVVEDITORE

RESPONSABILE SC FARMACIA PER I DISPOSITIVI BIOMEDICI E PRESIDI

Data, .....


**SCHEDA PRODOTTO PER DISPOSITIVI MEDICI DEDICATI  
AD APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI**

(da compilarsi a cura del Dirigente dell'Unità Operativa richiedente)

Dipartimento o Struttura Complessa		Ubc Ematologia	
Codice e descrizione Centro di costo		21101000	
Dirigente	F.F. Dott. SA ANNA CHIPLICINI	Tel.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Budget concordato per la voce di spesa su cui grava l'acquisto		€	

 In Uso

 Innovazione

 Infungibile (\*)

(\*) Per prodotto infungibile si intende un bene o dispositivo medico, etc., che per la sua specifica identità non è sostituibile con un altro simile nello svolgimento di una determinata funzione.

**DICHIARAZIONE DI INFUNGIBILITÀ E DI PRIVATIVA INDUSTRIALE**

Il Sottoscritto Dr./Prof. Susanna Fenu Dirigente Medico, dichiara sotto la propria responsabilità che il Prodotto qui descritto è infungibile in quanto specificamente dedicato al seguente macchinario o strumentazione, già in dotazione; al riguardo indicare:

- Denominazione del Macchinario Aerosory slide-stainer - cyto centrifuge
- Modello 7150 Hematology
- Codice di Inventario aziendale \_\_\_\_\_

 Data, 19/01/2018

TIMBRO E FIRMA DIRIGENTE MEDICO

AZIENDA OSPEDALIERA  
 COMPLESSO S. GIOVANNI - ADDOLORATA  
 Dirigente Medico Ematologia  
 Dott.ssa Susanna Fenu  
 90200016 (06740)

**1. DENOMINAZIONE COMUNE ITALIANA DEL PRODOTTO (BENE O DISPOSITIVO MEDICO)**
Ceretta di colore bianco per cito centrifuge 7150
**2. CARATTERISTICHE TECNICHE DEL DISPOSITIVO E/O PRESIDIO:**
Cuvette monouso con assorbente per eseguire citocentrifugazione di sangue venoso periferico e di liquidi biologici.

3. FINALITÀ D'USO:

Permette di eseguire citocentrifugati di sangue e liquidi biologici, distribuibili su vetrino per successiva colorazione paraffinica.

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

Ditta: Delcon

Cod: 52-113 (110805)

5. DATI DI CONSUMO:

- Numero di unità necessarie per una prestazione \_\_\_\_\_
- Fabbisogno annuo 6 Cnf
- Consumo medio mensile \_\_\_\_\_

6. CODICE DI PROCEDURA UTILIZZATO PER LA CODIFICA DEL RAD:

CAPO SALA CAPO TECNICO  
 C.P.S. con Funzioni di Coordinamento  
 Via Ruffini, 10 - 00100 Roma  
 Tel. 06/49811111

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE  
STRUTTURA COMPLESSA

DIRIGENTE MEDICO RICHIEDENTE  
 AZIENDA OSPEDALIERA  
 COMPLESSO S. GIOVANNI - ABDONORATA  
 Dirigente Medico Anatomico  
 Dott.ssa Stefania Penu  
 80200010 / 807405  
 RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

Data, 19/07/2018

Da compilarsi a cura del Provveditore

COSTI:

- Stima del costo di acquisto € \_\_\_\_\_ (+ IVA \_\_\_\_\_)
- Incidenza sul budget negoziato: \_\_\_\_\_

RESPONSABILE PROVVEDITORE

RESPONSABILE SC FARMACIA PER I  
DISPOSITIVI BIOMEDICI E PRESIDII

Data, .....



**SCHEDA PRODOTTO PER DISPOSITIVI MEDICI DEDICATI AD APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI**

(da compilarsi a cura del Dirigente dell'Unità Operativa richiedente)

Dipartimento o Struttura Complessa		UOC Ematologia	
Codice e descrizione Centro di costo			
Dirigente		Tel. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fax <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Budget concordato per la voce di spesa su cui grava l'acquisto		€	

In Uso       Innovazione       Infungibile (\*)

(\*) Per prodotto infungibile si intende un bene o dispositivo medico, etc..., che per la sua specifica identità non è sostituibile con un altro similare nello svolgimento di una determinata funzione.

**DICHIARAZIONE DI INFUNGIBILITÀ E DI PRIVATIVA INDUSTRIALE**

Il Sottoscritto Dr./Prof. \_\_\_\_\_ Dirigente Medico, dichiara sotto la propria responsabilità che il Prodotto qui descritto è infungibile in quanto specificamente dedicato al seguente macchinario o strumentazione, già in dotazione; al riguardo indicare:

- Denominazione del Macchinario Aerospray slide stainer - cyto centrifuga
- Modello 2150 Hematology
- Codice di Inventario aziendale \_\_\_\_\_

Data, 19/01/2019

TIMBRO ELENCAZIONE DIRIGENTE MEDICO  
 COMPLESSO S. GIOVANNI - ADDOLORATA  
 X Dirigente Medico Ematologia  
 Dott.ssa Susanna Ferru  
 9029001011907409

1. DENOMINAZIONE COMUNE ITALIANA DEL PRODOTTO (BENE O DISPOSITIVO MEDICO)  
Reagente a tempo per ematologia per Aerospray 2150

2. CARATTERISTICHE TECNICHE DEL DISPOSITIVO E/O PRESIDIO:  
Soluzione tamponata ph 7.2

3. FINALITÀ D'USO:

Stabilizzare il pH dei coloranti in uso

Per la colorazione perottica di preparati di sangue venoso periferico, midollare e di liquidi biologici

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

Ditta: Delcon

Cod: SS-072A (114406)

5. DATI DI CONSUMO:

- Numero di unità necessarie per una prestazione

- Fabbisogno annuo Conf

- Consumo medio mensile

6. CODICE DI PROCEDURA UTILIZZATO PER LA CODIFICA DEL RAD:

CAPO SALA/CAPO TECNICO

*[Signature]*

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE  
STRUTTURA COMPLESSA

DIRIGENTE MEDICO RICHIEDENTE

OMPLESSO S. GIOVANNI - ADDOLORA

*X* Dirigente Medico Specialista

Dott.ssa Susanna Pomi

902001011/507433

RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

Data, 18/01/2018

Da compilarsi a cura del Provveditore

COSTI:

- Stima del costo di acquisto € \_\_\_\_\_ (+ IVA )

- Incidenza sul budget negoziato: \_\_\_\_\_

RESPONSABILE PROVVEDITORE

RESPONSABILE SC FARMACIA PER I  
DISPOSITIVI BIOMEDICI E PRESIDI

Data, .....





**SCHEDA PRODOTTO PER DISPOSITIVI MEDICI DEDICATI AD APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI**

(da compilarsi a cura del Dirigente dell'Unità Operativa richiedente)

Dipartimento o Struttura Complessa		SERVIZI DIAGNOSTICI E MEDICINA TRASFUSIONALE	
Codice e descrizione Centro di costo			
Dirigente	LUIGI TIPALDI	Tel. 5607	Fax 6134
Budget concordato per la voce di spesa su cui grava l'acquisto		e	

In Uso

Innovazione

Infungibile (\*)

(\*) Per prodotto infungibile si intende un bene o dispositivo medico, etc..., che per la sua specifica identità non è sostituibile con un altro similare nello svolgimento di una determinata funzione.

**DICHIARAZIONE DI INFUNGIBILITÀ E DI PRIVATIVA INDUSTRIALE**

Il Sottoscritto Dr./Prof. LUIGI TIPALDI Dirigente Medico, dichiara sotto la propria responsabilità che il Prodotto qui descritto è infungibile in quanto specificamente dedicato al seguente macchinario o strumentazione, già in dotazione; al riguardo indicare:

- Denominazione del Macchinario INIEZIONE HDR PER TE MEDRA
- Modello STELLANT SERIE 301422530670
- Codice di Inventario aziendale 101184

Data, 14/11/2017

TIMBRO E FIRMA DIRIGENTE MEDICO

AZIENDA OSPEDALIERA  
S. GIOVANNI - ADELLA  
Dipartimento di Diagnostica  
per Immagini  
DIRETTORE  
Dr. LUIGI TIPALDI

1. DENOMINAZIONE COMUNE ITALIANA DEL PRODOTTO (BENE O DISPOSITIVO MEDICO)  
KIT MULTIPAZIENTE BAYER. DISPOSITIVO MONOUSO PER INIEZIONE STELLANT

2. CARATTERISTICHE TECNICHE DEL DISPOSITIVO E/O PRESIDIO:

Kit unipaziente certificato per 12 usi, dispositivo uniuso eschivo per osatura di reflessi e iniezione del plasma plasmico

3. FINALITÀ D'USO:

OTD: ~~non~~ un kit per somministrazione di Ute che  
si applica alle normali utero per la sicurezza del  
utero in alcune situazioni e che può essere  
repleto sulle parti placentari durante l'ipertensione per il  
prezioso

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

PAYER SPA  
Cod 86273163 (cod Area 289332)  
Cod 86273139 (cod Area 289331)

5. DATI DI CONSUMO:

- Numero di unità necessarie per una prestazione 1 Kitolo (200 JPDH+1) + 1 SET Utero (JPD 250)
- Fabbisogno annuo 200 (200)
- Consumo medio mensile 17 (17)

6. CODICE DI PROCEDURA UTILIZZATO PER LA CODIFICA DEL RAD:

CAPO SALA/CAPO TECNICO

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE  
STRUTTURA COMPLESSA  
Dipartimento di Diagnostica  
D. LUIGI TRIERI

Data, 14/11/2017

AZIENDA OSPEDALIERA  
DIRIGENTE MEDICO RICHIEDENTE  
Dipartimento di Diagnostica  
D. LUIGI TRIERI

RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

AZIENDA OSPEDALIERA  
S. GIOVANNI - ADEG. RAI  
Dipartimento di Diagnostica  
DIRETTORE  
D. LUIGI TRIERI

Da compilarsi a cura del Provveditore

COSTI:

- Stima del costo di acquisto € \_\_\_\_\_ (+ IVA )
- Incidenza sul budget negoziato: \_\_\_\_\_

RESPONSABILE PROVVEDITORE

RESPONSABILE SC FARMACIA PER I  
DISPOSITIVI BIOMEDICI E PRESIDI

Data, .....



SCHEDA PRODOTTO PER DISPOSITIVI MEDICI DEDICATI AD APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI

(da compilarsi a cura del Dirigente dell'Unità Operativa richiedente)

Dipartimento o Struttura Complessa		MALATTIE APPARATO RESPIRATORIO (END. BRONCHIALE)	
Codice e descrizione Centro di costo		31214101612161	
Dirigente	MONACO LIBERATORE	Tel.	5 7 2 0
Budget concordato per la voce di spesa su cui grava l'acquisto		Fax	6 8 2 6

In Uso       Innovazione       Infungibile (\*)

(\*) Per prodotto Infungibile si intende un bene o dispositivo medico, etc., che per la sua specifica identità non è sostituibile con un altro similare nello svolgimento di una determinata funzione.

DICHIARAZIONE DI INFUNGIBILITÀ E DI PRIVATIVA INDUSTRIALE

Il Sottoscritto Dr. MONACO LIBERATORE Dirigente Medico, dichiara sotto la propria responsabilità che il Prodotto qui descritto è infungibile in quanto specificamente dedicato al seguente macchinario o strumentazione, già in dotazione; al riguardo indicare:

- Denominazione del Macchinario FIBROBRONCOSCOPI OLYMPUS PENTAX
- Modello OLYMPUS PE 2-TE2 / PENTAX FB 45V
- Codice di Inventario aziendale 04615 / 035502

Data, 12-01-18

TIMBRO E FIRMA DIRIGENTE MEDICO

Azienda Ospedaliera  
C.O. San Giovanni Addolorata  
UOC Malattie Apparato Respiratorio ed Endoscopia Vie Aeree  
Dirigente Medico Dott. Giuseppe Matteucci  
90208040158080

1. DENOMINAZIONE COMUNE ITALIANA DEL PRODOTTO (BENE O DISPOSITIVO MEDICO)  
ACHI DA ASPIRAZIONE E BIOPSIA TRANSBRONCHIALE

2. CARATTERISTICHE TECNICHE DEL DISPOSITIVO E/O PRESIDIO:  
AGO 27 G LUNGHEZZA ACO 13 cm CON CASSETTO LATERALE  
(COD. NA-2C-1) SENZA CASSETTO (COD. NA-1C-1) PER  
CANALE OPERATIVO 2,2, LUNGHEZZA TOTALE 1050 mm.

3. FINALITÀ D'USO:

PER AGO ASPIRATO O AGO BIOPZIA  
TRUSS BRONCHIALE

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

OLYMPUS 26502 (NA-2C-1) 112521  
26550 (NA-7C-2) 112520

5. DATI DI CONSUMO:

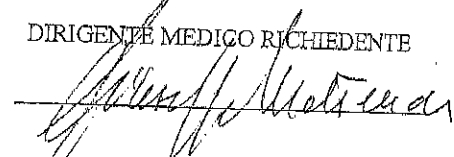
- Numero di unità necessarie per una prestazione 1  
- Fabbisogno annuo  
- Consumo medio mensile

6. CODICE DI PROCEDURA UTILIZZATO PER LA CODIFICA DEL RAD:

33.24  
33.27  
Azienda Ospedaliera  
San Giovanni Addolorato  
Malattie Respiratorie ed Endoscopia Vie Aeree  
Medico Dott. Giuseppe Matteucci  
9920001016808041

CAPO SALA/CAPO TECNICO

DIRIGENTE MEDICO RICHIEDENTE



DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE  
STRUTTURA COMPLESSA

RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

Data, .....

Da compilarsi a cura del Provveditore

COSTI:

- Stima del costo di acquisto € ( + IVA )
- Incidenza sul budget negoziato:

RESPONSABILE PROVVEDITORE

RESPONSABILE SC FARMACIA PER I  
DISPOSITIVI BIOMEDICI E PRESIDI

Data, .....



SCHEDA PRODOTTO PER DISPOSITIVI MEDICI DEDICATI AD APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI

(da compilarsi a cura del Dirigente dell'Unità Operativa richiedente)

Dipartimento e Struttura Complessa	U.O.E. UROLOGIA		
Codice e descrizione Contro di costo	B3110B016001 E 80010101 (ATTIVITA' ESCO) (Prestazione)		
Dirigente	Dr. GIACLUCA D'ELIA	Tel. [ ][ ][ ][ ][ ]	Fax [ ][ ][ ][ ][ ]
Budget concordato per la voce di spesa su cui grava l'acquisto	€		

In Usc

Innovazione

Infungibile (\*)

(\*) Per prodotto infungibile si intende un bene o dispositivo medico, etc., che per la sua specifica identità non è sostituibile con un altro similare nello svolgimento di una determinata funzione.

DICHIARAZIONE DI INFUNGIBILITÀ E DI PRIVATIVA INDUSTRIALE

Il sottoscritto Dr./Prof. GIACLUCA D'ELIA Dirigente Medico, dichiara sotto la propria responsabilità che il Prodotto qui descritto è infungibile in quanto specificamente dedicato al seguente macchinario o strumentazione, già in dotazione, al riguardo indicare:

- Denominazione del Macchinario: ECOGRAFO BK PRO. ECOM
- Modello: \_\_\_\_\_
- Codice di Inventaria aziendale: 090056

Data, 15.02.2018

TIMBRO E FIRMA DIRIGENTE MEDICO

*[Firma]*

OSPEDALE SAN GIOVANNI ADDOLORATA  
UROLOGIA  
Direttore Dr. Giacluca D'ELIA

1. DENOMINAZIONE COMUNE ITALIANA DEL PRODOTTO (BENE O DISPOSITIVO MEDICO)

SUPPORTO DEL CANALE ECO GUIDA PER BIOPSIA PROSTATICA TRASRETATE

2. CARATTERISTICHE TECNICHE DEL DISPOSITIVO E/O PRESIDIO:

AGO GUIDA

3. FINALITÀ D'USO:

BIOPSIA PROSTATICA ECO GUIDATA

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativi codice del prodotto:

5. DATI DI CONSUMO:

- Numero di unità necessarie per una prestazione A
- Richiesta annua 600
- Consumo medio mensile 50

6. CODICE DI PROCEDURA UTILIZZATO PER LA CODIFICA DEL RADA:

CAPO SALA/CAPO TECNICO

*[Signature]*

DIRIGENTE MEDICO RICHIEDENTE

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE  
STRUTTURA COMPLESSA

*[Signature]*

RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

Data 15.02.2018

Da compilarsi a cura del Provveditore

COSTI:

Stima del costo di acquisto € \_\_\_\_\_ (+ IVA )

Incidenza sul budget negoziato: \_\_\_\_\_

RESPONSABILE PROVVEDITORE

RESPONSABILE SG FARMACIA PER I  
DISPOSITIVI BIOMEDICI E PRESIDI

Data \_\_\_\_\_