

U.O.C. Acquisizione Beni e Servizi

Prot. 24681**del 27/08/2018**

Avviso esplorativo per acquisizione beni infungibili procedura negoziata telematica tramite MePA, senza previa pubblicazione del bando di gara

Il presente avviso esplorativo è finalizzato alla verifica dell'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.Lvo 50/2016 e smi. 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 e smi il ricorso alla procedura negoziata senza pubblicazione del bando ovvero individuare l'esistenza di soluzioni alternative.

II. **OGGETTO DELLA FORNITURA: DISPOSITIVI PER VENTILATORI POLMONARI CARESCAPE R860 DOTATI DI UMIDIFICATORE FISHER & PAYKEL MR850**

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

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

V. **DENOMINAZIONE DEL PRODUTTORE:** vedasi schede allegate

Gli operatori economici che ritengano di produrre e/o commercializzare materiali/dispositivi aventi caratteristiche funzionalmente equivalenti, dovranno far pervenire entro il **10/09/2018 h. 12:00** all'indirizzo pec ao.sga@pec.hsangiovanni.roma.it le manifestazioni di interesse, debitamente firmate digitalmente dal titolare o rappresentante legale dell'Impresa indicando il numero di protocollo del presente avviso, l'oggetto “Manifestazione di interesse a partecipare alla procedura negoziata telematica sul MEPA, per la “Fornitura di “**DISPOSITIVI PER VENTILATORI POLMONARI CARESCAPE R860 DOTATI DI UMIDIFICATORE FISHER & PAYKEL MR850**” - AVENDO CURA DI INDICARE IL PRODOTTO (come denominato nelle schede allegate) unitamente alla seguente documentazione :

- 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, c6), esplicitativa e dettagliata;
- d) Studi scientifici, tecnici o altro materiale, a corredo della ritenuta e dichiarata equivalenza funzionale.

Requisiti di partecipazione: ai fini della partecipazione alla procedura di gara in questione è richiesta:

- l'abilitazione al Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione (MEPA) di Consip Spa e, in particolare, l'iscrizione al Bando “Beni –Fornitura di BENI alle P.A.”;

- iscrizione alla Camera di Commercio, Industria, Artigianato ed Agricoltura per lo specifico settore di attività oggetto dell'appalto;
- assenza delle cause ostative alla partecipazione alle gare pubbliche di cui all'art. 80 del D.Lgs. n. 50/2016 e smi.

Per qualsiasi ulteriore informazione contattare la UOC Acquisizione di Beni e Servizi, tel. 0677053620, acquisizionebenieservizi@hsangiovanni.roma.it.

Il Direttore ff della UOC
Acquisizione di Beni e Servizi
(Dr. Paolo Cavallari)
F.to

Ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 D.Lgs n. 196/2003 e smi, 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 smi si informa che:

- 1) il trattamento dei dati personali dei candidati è finalizzato unicamente all'individuazione di un operatore economico per l'eventuale successivo affidamento della fornitura;
- 2) 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;
- 3) i dati portano essere comunicati o portati a conoscenza dei Responsabili o incaricati o di dipendenti coinvolti a vario titolo nella fornitura da affidare;
- 4) all'operatore economico interessato sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs n. 196/2003;
- 5) eventuali informazioni e chiarimenti potranno essere richiesti al seguente indirizzo di posta acquisizionebenieservizi@hsangiovanni.roma.it.

cod.A.O.	Fornitore	descrizione	um	2018 fabbisogno presunto 12 mesi
288886	F&P - 186852	CIRCUITO RESPIRATORIO MONOUSO RT 380 ADULTO 1cnf/10 pz	PZ	200
288906	GE - 2566	RACCOGLI CONDENSA MINI D-FEND MONOPAZ COD. 8002174 1CF/10PZ	PZ	100
288907	GE - 2566	KIT NEBULIZZATORE COMPLETO COD. 1505-3846-000	PZ	
288908	GE - 2566	TESTA NEBULIZZATORE COMPLETA DI TAPPO IN SILICONE COD AG-AP1000	PZ	10
288909	GE - 2566	FILTRO PROTEZIONE SICUREZZA INSPIRATORIA COD. 2083208-001 1CF/10PZ		10
288910	GE - 2566	KIT VALVOLA ESPIRATORIA CON SENSORE DI FLUSSO COD. 1505-3848-000		10
288911	GE - 2566	RACCORDO NEBULIZZATORE ADULTO COD. AG-AS3010 1CF/10PZ		100
288866	Carefusion 311 - 18248	SENSORE PRESSIONE INTRATRACHEALE STERILE MONOPAZ COD. M1045564 1CF/10PZ	PZ	100
117467	Carefusion 311 - 18248	TUBO CAMPIONAMENTO CO2 COD. 73318 2 mt.	PZ	500

Cespite: ventilatore polmonare carescape R 860 dotati di umidificatore F&P MR850
 Utilizzat.: 31013100 UOC TIPO (inv. 102505-102506-102507-102508-102509-102510-102511)
 31010200 UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE - CENTRO RIANIMAZIONE
 Utilizzat.: POLIVALENTE (int. 102512-102513-102514-102515)



SCHEDA PRODOTTO PER DISPOSITIVI MEDICI DEDICATI AD APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI

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

Dipartimento o Struttura Complessa		CENTRO RIABILITAZIONE POLIUMATE	
Codice e descrizione Centro di costo		B1101102100	
Dirigente	[REDACTED]	Tel.	[REDACTED] ax [REDACTED]
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. [REDACTED] 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 VENTILAZIONE MECCANICA ASSISTITA
- Modello EA RESCARE R 850
- Codice di Inventario aziendale 120034 - 120050

Data, 18-1-18

AZIENDA OSPEDALIERA
 SAN GIOVANNI ADDOLORATA
 UOC Assistenza e Riabilitazione
 Centro di Riabilitazione Poliumate
 TIMBRO E FIRMA DIRIGENTE MEDICO
 [REDACTED]

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

CIRCUITO RESPIRATORIO PAZIENTE ADULTO ED U
SISTEMA DI UMBILICAZIONE

2. CARATTERISTICHE TECNICHE DEL DISPOSITIVO E/O PRESIDIO:

CIRCUITO DOPIO, RISCALDATO, PER UMBILICAZIONE.
EDUCATIILE ED UMBILICAZIONE RR 850.
ADOPAZIONE UTILIZZABILE MAX 1400mm
LONGHEZZA CIRCUITO:
INSPIRATORIO 1,5 m: ESPIRATORIO 1,5 m.

3. FINALITÀ D'USO:

SOMMINISTRAZIONE DI GAS RESPIRATORI IN PAZIENTI ADULTI CHE NECESSITANO DI ASSISTENZA RESPIRATORIA.

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

FISCHER E PAYCHEL - CODICE RT 380

5. DATI DI CONSUMO:

- Numero di unità necessarie per una prestazione UNO
- Fabbisogno annuo DUECENTO
- Consumo medio mensile QUANTITÀ VENTI

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

CAPO SALA/CAPO TECNICO

[Redacted signature]

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE STRUTTURA COMPLESSA

CAPO SALA/CAPO TECNICO
[Redacted signature]

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE STRUTTURA COMPLESSA
[Redacted signature]

Stampa: AZIENDA OSPEDALIERA, UOC Anestesia e Rianimazione, UOC Ostetricia e Ginecologia, Direzione

Data, 18-1-18

Da compilarsi a cura del Provveditore

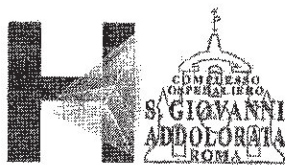
COSTI:

- 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	CENTRO DI RIABILITAZIONE POLIVALENTE		
Codice e descrizione Centro di costo	B4104102101		
Dirigente	[REDACTED]	Tel. [REDACTED]	Fax [REDACTED]
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. [REDACTED] 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 VENTILATORE MECCANICO
- Modello CARESCAPE BE R 860
- Codice di Inventario aziendale 120054 - 120050

Data, 18-1-18

TIMBRO E FIRMA DIRIGENTE MEDICO
 AZIENDA OSPEDALIERA
 SAN GIOVANNI ADDOLORATA
 [REDACTED]
 Dirigente Medico

1. DENOMINAZIONE COMUNE ITALIANA DEL PRODOTTO (BENE O DISPOSITIVO MEDICO)
MIVI D-FEUD FILTRO

2. CARATTERISTICHE TECNICHE DEL DISPOSITIVO E/O PRESIDIO:
PRODOTTO PREVISTO IN TRAPPOLA RAPCOGLI-CONDENSA
 RIVILIZZABILE

3. FINALITÀ D'USO:

LA TRAPPOLA RACCOLTI-CONDENSA È STUDIATA PER UTILIZZO CON
MULTI PARAMETRICI DATEX-OMNISA PRODUZISTI DI MODULO
VIA AEREE CON RATIO EXILIC PER LA RISURTA ED IL METODO SIDE-STREAM
DELLE CONCENTRAZIONI DI CO₂ SU PAZIENTI SOTTO POTIA AN ANESTESIA
TECNOLOGIA INTENSIVA DA COLLEGARE ALLA PRESA DI ESPRESSIONE NASCUTO DEL
CIRCUITO RESPIRATORIO PER MEZZO DI LINEE DI RAPPO NASCUTO GAS E
CONVERSIONI APPROPRIATE (NON EDOLPRESI)

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

5. DATI DI CONSUMO:

- Numero di unità necessarie per una prestazione JNA
- Fabbisogno annuo CENTO
- Consumo medio mensile DIECI

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

CAPO SALA/CAPO TECNICO

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
STRUTTURA COMPLESSA

Data, 18-1-18

AZIENDA OSPEDALIERA
 SAN GIOVANNI ADDOLORATA
 DIRIGENTE MEDICO RICHIEDENTE
 Centro di Riabilitazione e Assistenza

 RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO
 Dipartimento di Assistenza
 e Assistenza in Farmacologia
 U.O.C. Ospedia di Farmacologia

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 <u>CENTRO DI RIABILITAZIONE POLIVALENTE</u>	
Codice e descrizione Centro di costo <u>B1101102101</u>	
Dirigente	Tel. Fax
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 VENTILATORE MECCANICO
- Modello CARESCAPE R850
- Codice di Inventario aziendale 420014-420050

Data, 18-1-18

AZIENDA OSPEDALIERA
TIMBRO E FIRMA DIRIGENTE MEDICO

Dirigente M.

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

NEBULIZZATORE

2. CARATTERISTICHE TECNICHE DEL DISPOSITIVO E/O PRESIDIO:

PRESIDIO STERILIZZABILE

3. FINALITÀ D'USO:

IL NEBOLIZZATORE AERONEB PRO FORNISCE UN'EROGAZIONE DELLA DOSE DI FARMACO INALATORIO PRESCRITTA DAL MEDICO SIA A NEONATI E HEAD ADULTI SIA NEL CASO IN CUI ESSI RICHIEDONO UN SUPPORTO VENTILATORIO A PRESSIONE POSITIVA O AEROSOL IN VENTILAZIONE SPONTANEA GRAZIE AL GENERATORE DI PARTICELLE DI FARMACO. AERONEB PRODUCE AEROSOL CON PARTICELLE FINI A BASSA VELOCITÀ SENZA LICOPRARE O DEGRADARE I FARMACI.

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

GE HEALTHCARE
AB-AP 1000

5. DATI DI CONSUMO:

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

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

CAPO SALA/CAPO TECNICO
DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE STRUTTURA COMPLESSA

Stampa Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata, UOC Anestesia e Rianimazione, Dirigente Medico Richiedente, Responsabile del Servizio di Assistenza Infermiere, U.O.C. Ortopedia e Traumatologia.

Data, 18-1-18

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 <u>CENTRO DI RIABILITAZIONE POLIVALENTE</u>	
Codice e descrizione Centro di costo <u>B1101102101</u>	
Dirigente <u>[REDACTED]</u>	Tel. <u>[REDACTED]</u> Fax <u>[REDACTED]</u>
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. [REDACTED] 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 VENTILAZIONE AUTOMATICA
- Modello CARESCAPE EC
- Codice di Inventario aziendale _____

Data, 18-1-18

TIMBRE E FIRME
 OSPEDALIERA
 AMM. DIRIGENTE MEDICO
[REDACTED]
 Centro di Riabilitazione Convalescente
 Dirigente Medico [REDACTED]

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

Protezione ricettiva in ipnotico

2. CARATTERISTICHE TECNICHE DEL DISPOSITIVO E/O PRESIDIO:

RIUTILIZZABILE

3. FINALITÀ D'USO:

È USA NELLA VENTILAZIONE MECCANICA

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

RE Health care 2083208-004

5. DATI DI CONSUMO:

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

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

CAPO SALA/CAPO TECNICO [redacted]
DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE STRUTTURA COMPLESSA [redacted]

DIRIGENTE MEDICO RICHIEDENTE [redacted]
RESPONSABILE [redacted]
Dipartimento di Anestesia e Rianimazione
e Assistenza Medica
U.O.C. Ortopedia e Traumatologia
DIRETTORE [redacted]

Data, 18-1-18

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		CENTRO DI RIANIMAZIONE POLIVALENTE	
Codice e descrizione Centro di costo		B11011012101	
Dirigente	[REDACTED]	Tel.	[REDACTED]
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. [REDACTED] 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 VENTILATORE AUTOMATICO
- Modello CANESCAPE CE
- Codice di Inventario aziendale _____

Data, 18-1-18

TIMBRO E FIRMA DIRIGENTE MEDICO
 [REDACTED]
 SAN GIOVANNI ADDOLORATA
 UOC Anestesia e Rianimazione
 Centro di Rianimazione Polivalente
 Dirigente Medico [REDACTED]

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

VIT VALVOLE ESPIRATORIA
CON SENSORI DI PULSO

2. CARATTERISTICHE TECNICHE DEL DISPOSITIVO E/O PRESIDIO:

DISPOSITIVO RITMIZZABILE

3. FINALITÀ D'USO:

DESTINATO ALL'UTILIZZO CON I VENTILATORI
CANESCAPE GE PER LA VENTILAZIONE MECCANICA

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

GE
Codice 1505-3848-000

5. DATI DI CONSUMO:

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

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

CAPO SALA/CAPO TECNICO
[Redacted]

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
STRUTTURA COMPLESSA

AZIENDA OSPEDALIERA
S. MARIA ADDOLORATA
DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
U.O.C. [Redacted]
Dirigente Medico I

RESPONSABILE DEL DEPT. / ARTIMENTO
Dipartimento [Redacted]
Assistenti [Redacted]
U.O.C. Ortopedia [Redacted]
Pro [Redacted]

Data, 18-1-18

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		CENTRO D. MANIPOLAZIONE POLIV.	
Codice e descrizione Centro di costo		B10102001	
Dirigente	[REDACTED]	Tel.	[REDACTED] ax [REDACTED]
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. [REDACTED] 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 RECORDER AUTOMATICO
- Modello CAVESCOPE
- Codice di Inventario aziendale _____

Data, 18-1-18

TIMBRÒ E FIRMA DIRIGENTE MEDICO
 SAN GIOVANNI ADDOLORATA
 Centro di Diagnostica Polivalente
 Dirigente M. [REDACTED]

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

RECORDER PER NEBULIZZAZIONE alettro

2. CARATTERISTICHE TECNICHE DEL DISPOSITIVO E/O PRESIDIO:

REUTILIZZABILE

3. FINALITÀ D'USO:

SI USA PER LA NEBULIZZAZIONE ED IL CENFIGATORE

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

AG - ASBOTO

5. DATI DI CONSUMO:

- Numero di unità necessarie per una prestazione UNO
- Fabbisogno annuo CENSO
- Consumo medio mensile DUE

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

AZIENDA OSPEDALIERA
 CAPO SALICAPOTE
 DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
 STRUTTURA COMPLESSA

AZIENDA OSPEDALIERA
 DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
 SAN GIULIANO
 UOC Anestesia e Rianimazione
 RESPONSABILE

Data, 18-1-78

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		CENTRO DI RIANIMAZIONE	
Codice e descrizione Centro di costo		B11011021001	
Dirigente	[REDACTED]	Tel.	[REDACTED]
		Fax	[REDACTED]
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. [REDACTED] 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: VENTILAZIONE PERIMANCO RE
- Modello: CANLEPARE R860
- Codice di Inventario aziendale: 120056 / 120050

Data, 18-1-18

TIMBRO E FIRMA DIRIGENTE MEDICO

[REDACTED]

OSPEDALE OSPEDALIERA
 SAN GIOVANNI ADDOLORATA
 UOC Anestesia e Rianimazione
 Centro di Rianimazione Polivalente
 Dirigente [REDACTED]

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

SENSORE PRESSIONE INTRATRAQUEALE

2. CARATTERISTICHE TECNICHE DEL DISPOSITIVO E/O PRESIDIO:

MONOPAZIENTE

3. FINALITÀ D'USO:

IMPIEGATO NEL MONITORAGGIO DELLA MECCANICA
DEI VOLUMI POLMONARI DEI PAZIENTI ASSISTITI
CON VENTILATORE MECCANICO BF CARESCARE R 860

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

GE HEALTHCARE - codice H 1045564
(conf. 10 pezzi)

5. DATI DI CONSUMO:

- Numero di unità necessarie per una prestazione 110
- Fabbisogno annuo cento
- Consumo medio mensile 10

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

CAPO SALA/CAMERIERA
Lorenza [redacted]

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
STRUTTURA COMPLESSA

AZIENDA OSPEDALIERA
GIOVANNI ADDOLORATA
Rianimazione
U.O.C. Rischio
Prof. [redacted]

RESPONSABILE DELL'UNITÀ
U.O.C. Onco [redacted]

Data, 18-1-18

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 <u>CENTRO DI RIANIMAZIONE POLIVALENTE</u>	
Codice e descrizione Centro di costo <u>B101010100</u>	
Dirigente <u>[REDACTED]</u>	Tel. <u>[REDACTED]</u> Fax <u>[REDACTED]</u>
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. [REDACTED] 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 VENTILAZIONE MECCANICA
- Modello VENTILAZIONE R 860 CARESCAPE
- Codice di Inventario aziendale 120054 - 120050

Data, 18-1-18

TIMBRO E FIRMA DIRIGENTE MEDICO
 AZIENDA OSPEDALIERA S. GIOVANNI ADDOLORATA
 [REDACTED]
 [REDACTED]
 Dirigente M. [REDACTED]

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

LINEA DI ESTRAZIONE GAS

2. CARATTERISTICHE TECNICHE DEL DISPOSITIVO E/O PRESIDIO:

MONOUSO. SI UTILIZZANO CON I MODULI GE HEALTHCARE COME ART AIRWAY E I MODULI CARESCAPE RESPIRATORI PER IL MONITORAGGIO DI CO2 + O2

3. FINALITÀ D'USO:

YOUTORABEIS CAS (EOL)

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

GE HEALTHCARE COD 73318

5. DATI DI CONSUMO:

- Numero di unità necessarie per una prestazione UNA
- Fabbisogno annuo CINQUECENTO
- Consumo medio mensile CINQUANDA

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

CAPO SALA/CAPO TECNICO

COMP. [REDACTED]
LORENA [REDACTED]

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
STRUTTURA COMPLESSA

DIRIGENTE MEDICO RICHIEDENTE

AMBITO OSPEDALIERO
SAN GIULIANO DIATA
[REDACTED]
Centro di Riabilitazione Polivalente
Dirigente Medico
RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO
[REDACTED]
Dipartimento
& Assistenti
U.O.C. Ortopedia
P. [REDACTED]

Data, 18-1-18

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,