



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

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

**Azienda Ospedaliera  
San Giovanni Addolorata**

**UOC Neonatologia  
31100600**

Dipartimento o Struttura Complessa		UOC Neonatologia 31100600	
Codice e descrizione Centro di costo    _   _   _   _   _   _   _   _			
Dirigente	DOCT. AMBROGIO DI PAOLO	Tel. [REDACTED]	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. BUTTURINI FLAVIA 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 FOTOMETRO (BILIRUBINOMETRO)
- Modello C-INEVRI (CONE BEAM METER)
- Codice di Inventario aziendale PIU'LETTO IN SOSTITUZIONE DI MACCHINARI DI PROPRIETÀ, DISTRIBUITI FUORI USO

Data, 20/02/2019

TIMBRO E FIRMA DIRIGENTE MEDICO

AZIENDA OSPEDALIERA  
 SAN GIOVANNI ADDOLORATA  
 Dr.ssa Flavia Butturini  
 9020001016207914

\*INVENTARIO 085723, 085722

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

- CAPILLARI EPARINIZZATI MICRO  
COD. C-INEVRI 11144A73
- PLASTILINA-PER-CHIUSURA CAPILLARI

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

CAPILLARI MICRO EPARINIZZATI IN VETRO LUNGHEZZA=75mm  
DIAMETRO ESTERNO=1,35mm, DIAMETRO INTERNO=0,95mm  
SI RICHIEDE ELETTROMEDICALE IN COMPLETO D'USO  
GRATUITO A FRONTE DEI CONSUMABILI

3. FINALITÀ D'USO:

DETERMINAZIONE BILIRUBINA NEONATALE

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

GINEURI cod 11164A73

5. DATI DI CONSUMO:

- Numero di unità necessarie per una prestazione 1
- Fabbisogno ~~annuo~~ 3 mesi; 3000 pezzi / 12 CONF. PLAS
- Consumo medio mensile 1000 pezzi / ANNO 12.000 PZ CAP.

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

7746 - 7731 - 7730 - 7732 - 7742

CAPO SALA / CAPO TECNICO

[Redacted signature]

DIRIGENTE MEDICO RICHIEDENTE

[Redacted signature]

Dr. ssa Flavia Butturini  
5620601016207914

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE  
STRUTTURA COMPLESSA

[Redacted signature]

RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

Data, 20.02.18

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 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		Azienda Ospedaliera <b>San Giovanni Addolorata</b>	
Codice e descrizione Centro di costo		UOC Neonatologia <b>31100600</b>	
Dirigente	<b>DOTT. AMBROGIO DI PAOLO</b>	Tel.	[REDACTED] 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 simile nello svolgimento di una determinata funzione.

DICHIARAZIONE DI INFUNGIBILITÀ E DI PRIVATIVA INDUSTRIALE

Il Sottoscritto Dr./Prof BUTTURINI FLAVIA 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 CARDIO FREQUENZIMETRO MINDRAY
- Modello E DASH 2500 (G.E.) (BENEVIEW T5)
- Codice di Inventario aziendale (MINDRAY) 022882 / 009222

Data, 12/3/2019

TIMBRO E FIRMA DIRIGENTE MEDICO

MINDRAY BENEVIEW T5  
CRE DASH 2500

[REDACTED]  
Dott.ssa Flavia Butturini  
9020001016207914

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

ELETTRODI NEONATALI x CARDIO FREQUENZIMETRO  
CON ATTA EEO x CARDIO MONITOR

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

ELETTRODI NEONATALI DIMENSIONI 22x22mm  
CON EEL ~~SALVO~~ DELICATO SULLA PUTE INTERSUO MORBID  
CON ATTA EEO MASCHIO

3. FINALITÀ D'USO:

RECUPERAZIONE FREQUENZA  
CARDIACA

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

MINDRAY  
G.E.

5. DATI DI CONSUMO:

- Numero di unità necessarie per una prestazione 3  
- Fabbisogno annuo 2500  
- Consumo medio mensile 70

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

8932

CAPO SALA/CAPO TECNICO

*[Signature]*

DIRIGENTE MEDICO RICHIEDENTE

*[Signature]*  
Responsabile Medico Neonatologo  
Dott.ssa Flavia Butturini  
9020001016207914  
RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE  
STRUTTURA COMPLESSA

*[Signature]*  
Dott.ssa Flavia Butturini  
9020001016207914

Data. 12/3/2018

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		VOC NEONATOLOGIA	
Codice e descrizione Centro di costo		B11110101610101	
Dirigente	Dott. Ambrogio Di Paolo	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 simile nello svolgimento di una determinata funzione.

DICHIARAZIONE DI INFUNGIBILITÀ E DI PRIVATIVA INDUSTRIALE

Il Sottoscritto Dr./Prof. BUTTURINI FLAVIA 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 INCUBATRICE DA TRASPORTO
- Modello BIRKE 2 BIRKE J808
- Codice di Inventario aziendale 035630

Data, 18/02/2019

TIMBRO E FIRMA DIRIGENTE MEDICO  
COMPLESSO S. GIOVANNI ADDOLORATA  
Dott.ssa Flavia Butturini  
9020001016207914

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

FILTRO D'ARIA cod AT60317

2. CARATTERISTICHE TECNICHE DEL DISPOSITIVO E/O PRESIDIO:

IL PRESIDIO CONSENTA DI FILTRARE  
L'ARIA

3. FINALITÀ D'USO:

TRASPORTO ORL NROVATO IN  
APPARATO SICURO DA GERMI PATOGANI

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

BURKE & BURKE AT60314

5. DATI DI CONSUMO:

- Numero di unità necessarie per una prestazione 1 ogni 2 mes.
- Fabbisogno annuo 20 pz
- Consumo medio mensile \_\_\_\_\_

(in caso di neonato affetto da patologie infettive il filtro va necessariamente sostituito)

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

P604

CAPO SALA/CAPO TECNICO

[Redacted signature]

ATENEA OSPEDALIERA  
DIRIGENTE MEDICO RICHIEDENTE  
COMPLESSO S. GIOVANNI - ABDOLORE

[Redacted signature]

9020001016207914

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE  
STRUTTURA COMPLESSA

[Redacted signature]

Dott.ssa Milurini  
9020001016207914

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 o Struttura Complessa	VOC NEONATOLOGIA	
Codice e descrizione Centro di costo	31110101010101	
Dirigente	Dott. AMBROGIO DI PAOLO	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 simile nello svolgimento di una determinata funzione.

DICHIARAZIONE DI INFUNGIBILITÀ E DI PRIVATIVA INDUSTRIALE

Il Sottoscritto Dr./Prof. BUTTURINI FLAVIA 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 INUBATRICE NA TRASPORTO
- Modello BORKE B BORKC V 808
- Codice di Inventario aziendale 035630

Data, 18/02/2019

TIMBRO E FIRMA DIRIGENTE MEDICO

[REDACTED]  
Flavia Butturini  
9020001016207914

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

SENSORI O<sub>2</sub>

2. CARATTERISTICHE TECNICHE DEL DISPOSITIVO E/O PRESIDIO:

IL PRESIDIO CONSENTE DI SOMMINISTRARE  
OSSIGENO NELLA PERCENTUALE STABILITA  
DAL MEDICO

3. FINALITÀ D'USO:

SOMMINISTRAZIONE O<sub>2</sub>

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

BORKE & BÜRKE AC488102

5. DATI DI CONSUMO:

- Numero di unità necessarie per una prestazione 1 ogni 6 mes
- Fabbisogno annuo 4
- Consumo medio mensile 1

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

CAPO SALA/CAPO TECNICO

[Redacted]

DIRIGENTE MEDICO RICHIEDENTE

ATTENDE OSPEDALIERA

Dirigente Medico Neonatologo

Dott.ssa Flavia Butturini

0020001016207914

RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE  
STRUTTURA COMPLESSA

[Redacted]

COMPLESSO S. GIOVANNI-ADDOLORATA

Dirigente Medico Neonatologo

Dott.ssa Flavia Butturini

Data ..... 0020001016207914

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 NEONATOLOGIA		
Codice e descrizione Centro di costo	3111010600		
Dirigente	Dott. Di Paolo Ambrogio	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 simile nello svolgimento di una determinata funzione.

DICHIARAZIONE DI INFUNGIBILITÀ E DI PRIVATIVA INDUSTRIALE

Il Sottoscritto Dr./Prof. BUTTURINI FLAVIA 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 VAPOTERII PRECISION FLOW
- Modello BURKE & BURKE
- Codice di Inventario aziendale 035715 - 035716

Data, 18/02/2019

TIMBRO E FIRMA DIRIGENTE MEDICO

[REDACTED]  
Dott.ssa Flavia Butturini  
902013 016207914

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

SISTEMI DI FISSAGGIO E  
CARRE PAZIENTE

2. CARATTERISTICHE TECNICHE DEL DISPOSITIVO E/O PRESIDIO:

IL DISPOSITIVO CONSISTENTE DI  
FISSARE LA CANNULA PER LA  
SOMMINISTRAZIONE DI O<sub>2</sub> IN MODO  
ATRAUMATICO

3. FINALITÀ D'USO:

SOPPLIMI STARWNA FO2

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

BORKE & BORKE

WMCP-5400A  
2CF

WMCP 5410A  
2CF

WMCP 5500A  
2CF

WMCP 5510A  
2CF

5. DATI DI CONSUMO:

- Numero di unità necessarie per una prestazione > 1
- Fabbisogno annuo 160 pz.
- Consumo medio mensile \_\_\_\_\_

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

CAPO SALA/CAPO TECNICO

[Redacted signature]

DIRIGENTE MEDICO RICHIEDENTE

SANCTISSIMO GIOVANNI ADDOLORATA

[Redacted signature]

Dott.ssa Flavia Butturini

9020001016207914

RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE

STRUTTURA COMPLESSA

SANCTISSIMO S. GIOVANNI ADDOLORATA

[Redacted signature]

Dott.ssa Flavia Butturini

9020001016207914

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 o Struttura Complessa	UOC NEONATOLOGIA	
Codice e descrizione Centro di costo	B11110106100	
Dirigente	Dot. Di Paolo Ambrogio	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 simile nello svolgimento di una determinata funzione.

**DICHIARAZIONE DI INFUNGIBILITÀ E DI PRIVATIVA INDUSTRIALE**

Il Sottoscritto Dr./Prof. BUTTURINI FLAVIA 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 VAPOTERT PRECISION FLOW
- Modello BURKE E RERKE
- Codice di Inventario aziendale 035715 - 035716

 Data, 18/01/2019

TIMBRO E FIRMA DIRIGENTE MEDICO

AZIENDA OSPEDALIERA

S. GIOVANNI ADDOLORATA

Dirigente Medico Neonatologo

Dott.ssa Flavia Butturini

9020001016207914

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

VAPF-DPC LOW CIRCUITO PAZIENTE LOW FLOW  
PRECISION FLOW

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

IL DISPOSITIVO CONSENTE UNA SOMMINISTRAZIONE DI  
CONSENTE  
FLO<sub>2</sub> A LIVELLO ALVEOLARE PIU' STABILE E MANTENERE  
UN FLUSSO SUPERIORE A QUELLO INSPIRATORIO

3. FINALITÀ D'USO:

SOPRIMI STRAZIONA O<sub>2</sub>  
RANGE FLUSSI 1-8 L/minuto

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

BURKE & BURKE  
VAPF - DPC LOW

5. DATI DI CONSUMO:

- Numero di unità necessarie per una prestazione 1
- Fabbisogno annuo 50
- Consumo medio mensile 4

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

P390

CAPO SALA/CAPO TECNICO

~~[Redacted Signature]~~

DIRIGENTE MEDICO RICHIEDENTE

~~[Redacted Signature]~~

COMPLESSO S. GIOVANNI - ADDOLORATA  
Dirigente Medico Neonatologo

Dott.ssa Plavia Butturini  
RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE  
STRUTTURA COMPLESSA

~~[Redacted Signature]~~  
Dott.ssa Plavia Butturini  
9021 0118900

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 o Struttura Complessa	UOC NEONATOLOGIA	
Codice e descrizione Centro di costo	31210106101	
Dirigente	Dott. Di Paolo Attaglio	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 simile nello svolgimento di una determinata funzione.

### DICHIARAZIONE DI INFUNGIBILITÀ E DI PRIVATIVA INDUSTRIALE

Il Sottoscritto Dr./Prof. BUTTURINI FLAVIA 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 VAPOTERM PRECISION FLOW
- Modello BURKE & BURKE
- Codice di Inventario aziendale 035715 035716

Data, 18/02/2019

*Test. Roberto ad Al. Russo*

TIMBRO E FIRMA DIRIGENTE MEDICO

[redacted signature]  
Dott. [redacted]  
90201

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

NASOCANNULE PER VAPOTERM PRECISION FLOW

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

IL PRESIDIO CONSISTE NELLA SOMMINISTRAZIONE DI FIO2 CON UN RAPPORTO AL PRSD DEL NEONATO

3. FINALITÀ D'USO:

SOMMISTRA 2000A F02

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

\_\_\_\_\_

5. DATI DI CONSUMO:

✓ AMW1100A ✓ CF  
✓ AMW1100B ✓ CF  
✓ AM11300 ✓ CF

- Numero di unità necessarie per una prestazione 1  
- Fabbisogno annuo 100 pz.  
- Consumo medio mensile \_\_\_\_\_

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

P390

CAPO SALA/CAPO TECNICO

DIRIGENTE MEDICO RICHIEDENTE

COMPLESSO .....  
Dirigente   
Delegato .....  
90205918 7913

✓ DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE  
STRUTTURA COMPLESSA

COMPLESSO .....  
Dirigente

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	UOC NEONATOLOGIA		
Codice e descrizione Centro di costo	B3111101010101		
Dirigente	Dott. Paolo Ambrogio	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 simile nello svolgimento di una determinata funzione.

**DICHIARAZIONE DI INFUNGIBILITÀ E DI PRIVATIVA INDUSTRIALE**

Il Sottoscritto Dr./Prof. BUTTURINI FLAVIA 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 RESUSCI FLOW REANIMATORE NEONATALE
- Modello BOEKE 2 BOEKE
- Codice di Inventario aziendale 035418

Data, 18/02/2019

TIMBRO E FIRMA DIRIGENTE MEDICO

COMPLESSO  
DIPARTIMENTO  
Dott.ssa Flavia Butturini  
9020001016207914

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

CIRCUITO PAZIENTE PER  
REANIMAZIONE

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

CIRCUITO PZ CON RACCORDO T UNIVERS,  
CON VALVOLA PER P O RIENTABILE

3. FINALITÀ D'USO:

SOMMINISTRAZIONE F02 IN  
JERENZA

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

BURKE & BUEKE

MF 10-50000

200 pz

BB04384

200 pz

5. DATI DI CONSUMO:

- Numero di unità necessarie per una prestazione 1+1

- Fabbisogno annuo 200 + 100

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

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

P604 - P3P0

CAPO SALA/CAPO TECNICO

[Redacted signature]

DIRIGENTE MEDICO RICHIEDENTE

[Redacted name]

Dirigente Medico Neonatologo

Dott.ssa Flavia Butturini

RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE  
STRUTTURA COMPLESSA

[Redacted name]

Dirigente Medico Neonatologo

Dott.ssa Flavia Butturini

9020001016207914

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 o Struttura Complessa		Azienda Ospedaliera	
Codice e descrizione Centro di costo		San Giovanni Addolorata	
Dirigente		UOC Neonatologia	
31100600		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 Di Paolo Ambrogio 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 UMIDIFICATORI FISHER & PAYKEL
- Modello HR 850ALU
- Codice di Inventario aziendale 085316 - 085319 - 085370 - ecc.

Data, 07/02/2019

TIMBRO E FIRMA DIRIGENTE MEDICO

Azienda Ospedaliera  
C. O. San Giovanni Addolorata  
UOC Neonatologia con Terapia Intensiva Neonatale  
Il Direttore  
Prof. Ambrogio Di Paolo

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

942. 50041 CIRCUITO RESPIRATORIO DOPPIO RISCALDAMENTO RT 235

2. CARATTERISTICHE TECNICHE DEL DISPOSITIVO E/O PRESIDIO:

IL PRESIDIO PREMETTE LA  
SOMMINISTRAZIONE DI O2 NEI SOG  
GETTI INTUBATI O COME IN MODALITÀ  
NASAL CPAP

3. FINALITÀ D'USO:

SOTTINI STRAZIONE NI O2

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

FISHER & PAYKEL

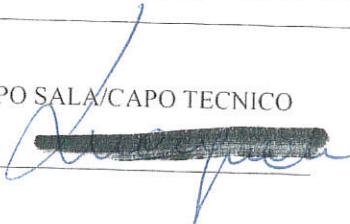
5. DATI DI CONSUMO:

- Numero di unità necessarie per una prestazione 1 a sett. x PL  
- Fabbisogno annuo 208 F (52 sett. x 4 PL)  
- Consumo medio mensile 18

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

\_\_\_\_\_

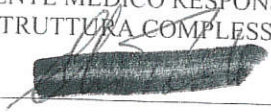
CAPO SALA/CAPO TECNICO



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 o Struttura Complessa	Azienda Ospedaliera		
Codice e descrizione Centro di costo	San Giovanni Addolorata		
	UOC Neonatologia		
Dirigente	31100600	Tel.	[REDACTED] 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 simile nello svolgimento di una determinata funzione.

**DICHIARAZIONE DI INFUNGIBILITÀ E DI PRIVATIVA INDUSTRIALE**

Il Sottoscritto Dr./Prof. Di Paolo Ambrogio 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 DR HORN
- Modello JCM3
- Codice di Inventario aziendale 09828

Data, 07/02/2019

TIMBRO E FIRMA DIRIGENTE MEDICO

Azienda Ospedaliera  
 C. O. San Giovanni Addolorata  
 UOC Neonatologia con Terapia Intensiva Neonatale  
 Il Direttore  
 Prof. Ambrogio Di Paolo

**1. DENOMINAZIONE COMUNE ITALIANA DEL PRODOTTO (BENE O DISPOSITIVO MEDICO)**  
 cod A2 30033 KIT MEMBRANA D 280 COD 804-8P2  
 cod A2 310P3 KIT ANELLO DI FISSAGGIO COD 8048P4 D 282

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

IL PRESIDIO CONSISTE IN  
 UN CIRCUITO CON METODO TC  
 CA PO2 e lo PCO2

3. FINALITÀ D'USO:

RELAZIONE NR PO<sub>2</sub> ke e PCO<sub>2</sub> ke

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

DR MORI

5. DATI DI CONSUMO:

- Numero di unità necessarie per una prestazione ANELLO 1 MEMBRANA 1
- Fabbisogno annuo ANNUO 2000 pz MEMBRANA 350 pz
- Consumo medio mensile \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

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 o Struttura Complessa	
Codice e descrizione Centro di costo	Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata UOE Neonatologia 31100600
Dirigente	dr. AMBROGIO DI PAOLO 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. FLAVIA BOTTURINI 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 RASPIRATORIA NEONATALE
- Modello BL 8000 e 8200 PLUS
- Codice di Inventario aziendale 050630 - 051422 - 008075 - 050632 - 050631 - 051421 - 008073

Data, .....

TIMBRO E FIRMA DIRIGENTE MEDICO

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

CA 31305 RACCORDO AD Y CON SENSORI DI FLUSSO INTEGRATO.  
CA 31302 SENSORI DI FLUSSO BL 8000 e 8200 PLUS  
CA 31065 SENSORI O2 ART. 6880645

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

I PRESIDI SONO NECESSARI PER L'UTILIZZO DEI RASPIRATORI DRAGER BL 8000 e 8200 PLUS

3. FINALITÀ D'USO:

CALIBRAZIONE O<sub>2</sub>  
RILVAZIONE DEL RASPIRO SPONTANEO  
DEL NARCATO IN VENTILAZIONE MECCANICA

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

DRÄGER

5. DATI DI CONSUMO:

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

	31308	12 pz / anno
	112622	12 pz / anno
	31065	12 pz / anno
	1 pz	

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

\_\_\_\_\_

CAPO SALA / CAPO TECNICO  
San Giovanni - Addolorata  
Ospedale

DIRIGENTE MEDICO RICHIEDENTE  
\_\_\_\_\_

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE  
STRUTTURA COMPLESSA  
\_\_\_\_\_

RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO  
\_\_\_\_\_

9020001016207914

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, .....