

**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 ED ENDOSCOPIA VIE AEREE		
Codice e descrizione Centro di costo	3110410161013		
Dirigente	DOTT. ORAZIO GALLO	Tel.	5 7 2 2 Fax
Budget concordato per la voce di spesa su cui grava l'acquisto	€		

* TEL. ARSEAIA: 5887

FAX: 5726

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. ORAZIO GALLO 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 POLISONNO GRAFO
- Modello EMBLETTA MPD
- Codice di Inventario aziendale 101371-101372

Data, 18/12/2018

TIMBRO E FIRMA _____ DIRIGENTE MEDICO

COMPLESSO OSPEDALIERO S. GIOVANNI ADDOLORATA
Dirigente Medico Orale
Dot. Orazio Gallo
18/12/2018

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

264286

OSSIMETRO x POD LP

2. CARATTERISTICHE TECNICHE DEL DISPOSITIVO E/O PRESIDIO:

SENSORE PER S₂ O₂ IN CORSO

PER POLISONNO GRAFO

3. FINALITÀ D'USO:

STUDIO POLISOMNOGRAFICO
PER SINDROME APNEE MORTUE

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

EXPIA : 041291

5. DATI DI CONSUMO:

- Numero di unità necessarie per una prestazione 1
- Fabbisogno annuo 2
- Consumo medio mensile _____

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

CAPO SALA/CAPO

[Redacted]

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
STRUTTURA COMPLESSA

AZIENDA OSPEDALIERA
COMPLESSO OSPEDALIERO
PROVINCIALE - ADOLORATI
SALA
PER LEONT

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE

RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

COMPLESSO S. GIOVANNI - ADOLORATI
Dipartimento Medicina
[Redacted]

Data: 18/12/18

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 MALATTIE APPARATO RESPIRATORIO ED ENDOSCOPIA U/E AEREE
 Codice e descrizione Centro di costo B1110141016101013
 Dirigente DOTT. CRAZIO GALLO Tel. 57222 Fax
 Budget concordato per la voce di spesa su cui grava l'acquisto €

* TEL. CROSAIA: 5867

FAX: 5725

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. CRAZIO GALLO 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 POLISOMI GRAFO
- Modello EMBLETTA HPR
- Codice di Inventario aziendale 101371-101372

Data, 18/12/2018

TIMBRO E FIRMA DEL DIRIGENTE MEDICO

OSPEDALE S. GIOVANNI ADDOLORATA
 COMPLESSO OSPEDALIERO
 Direzione Medica
 Dr. Crazio Gallo
 0602001000004794

1. DENOMINAZIONE COMUNE ITALIANA DEL PRODOTTO (BENE O DISPOSITIVO MEDICO) 264247

CEROTTI ADULTO FLEXWRAPS (CONF. 15)

2. CARATTERISTICHE TECNICHE DEL DISPOSITIVO E/O PRESIDIO:

DISPOSITIVO MONOUSO PER FISSAGGIO

SENSORE S₂ O₂ AL DITO DEL PAZIENTE

3. FINALITÀ D'USO:

STUDIO POLISOMNOGRAFICO
PER SINDROME APNEE NOTTURNE

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

NOMIN : 8000 (EW)

5. DATI DI CONSUMO:

- Numero di unità necessarie per una prestazione 1
- Fabbisogno annuo 500
- Consumo medio mensile _____

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

CAPO SALA/CAPO TECNICO
 [Redacted Signature]
 AZIENDA OSPEDALIERA
 COMPLESSO OSPEDALIERO
 GIOVANNI G. GALLO
 SALA DOLORAZI

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
STRUTTURA COMPLESSA

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
 AZIENDA OSPEDALIERA
 COMPLESSO S. GIOVANNI G. GALLO
 [Redacted Signature]
 RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

Data 18/12/2018

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 INVIATE APPARATO RESPIRATORIO ED ENDOSCOPIA VIE AEREE
 Codice e descrizione Centro di costo B31101410161013
 Dirigente DOT. CRAZIO GALLO Tel. 5722 Fax
 Budget concordato per la voce di spesa su cui grava l'acquisto €

TEL. 5867

FAX : 5726

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. CRAZIO GALLO 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 POLESONNIGRAFICO
- Modello EMBLETTA MPR
- Codice di Inventario aziendale 101374-101374

Data, 18/12/2018

TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE MEDICO



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

264288

SENSORE DI SFORZO ADDOMINALE PER EMBLETTA MPR

2. CARATTERISTICHE TECNICHE DEL DISPOSITIVO E/O PRESIDIO:

SENSORE DI MOVIMENTO PER SFORZO ADDOMINALE IN CORSO DI APNEE NOTTURNE

3. FINALITÀ D'USO:

STUDIO FOLCLORE E GENEALOGICO ANTROPOLOGICO
PER SINDROME APNEE NOTTURNE

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

EMBU : 1421020

5. DATI DI CONSUMO:

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

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

CAPO SALA/CAPO TECNICO

~~_____~~

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
STRUTTURA COMPLESSA

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE

RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

Data 18/12/2018

Da compilarsi a cura del Provveditore

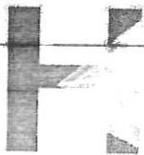
COSTI:

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

RESPONSABILE PROVVEDITORE

RESPONSABILE SC FARMACIA PER I
DISPOSITIVI BIOMEDICI E PRESIDI

Data _____



COMPLESSO
OSPEDALIERO
S. GIOVANNI
ADDOLORATA
ROMA

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

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

Dipartimento o Struttura Complessa UNITA' APPARATO RESPIRATORIO ED ENDOSCOPIA VIE AEREE

Codice e descrizione Centro di costo 131101410161013

Dirigente DOCT. CRAZIO GALLO Tel. 5722 Fax

Budget concordato per la voce di spesa su cui grava l'acquisto €

TEL. APOCALA: 5887

FAX: 5726

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.

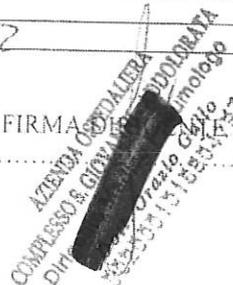
DICHIARAZIONE DI INFUNGIBILITÀ E DI PRIVATIVA INDUSTRIALE

Il Sottoscritto Dr./Prof. CRAZIO GALLO 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 POLI SONNIGRAFO
- Modello EMBLETTA HPR
- Codice di Inventario aziendale 101371-101372

Data, 18/12/2018

TIMBRO E FIRMA _____ MEDICO



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

264246

CANNULA NASALE CON ATTACCO LUER - 135 cm
PER POLISONNIGRAFO EMBLETTA HPR - INVENTARIO 101371-101372

2. CARATTERISTICHE TECNICHE DEL DISPOSITIVO E/O PRESIDIO:

OCCHIAIUMI PER OSSIGENO INDISPENSABILI PER MISURA FLUSSO
NASALE CON ATTACCO LUER PER CONNESSIONE A POLISONNIGRAFO
EMBLETTA

3. FINALITÀ D'USO:

ESECUZIONE ESAMI POUSSOLOGRAFICI
PER STUDIO APNEE NOTTURNE

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

EXPLA : 1420011 (SAPIO LIFE)

5. DATI DI CONSUMO:

- Numero di unità necessarie per una prestazione 1
- Fabbisogno annuo 500
- Consumo medio mensile 32/34

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

CAPO SALA/CAPO TECNICO

[Signature]

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
STRUTTURA COMPLESSA

DIRIGENTE RESPONSABILE

RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

Data: 18/12/2018

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:

3. FINALITÀ D'USO:

STUDIO POLISOMNOGRAFICO AMBUATORIALE
PER SINDROME APNEE NOTTURNE

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

EMBLA ; 011411 (SAPIO LIFE)

5. DATI DI CONSUMO:

- Numero di unità necessarie per una prestazione 1
- Fabbisogno annuo 2
- Consumo medio mensile _____

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

CAPO SALA/CAPO



DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
STRUTTURA COMPLESSA

DIRIGENTE

RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

Data, 18/12/2018

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		MANTINE APPARATO RESPIRATORIO ED ENDOSCOPIA VIE AEREE	
Codice e descrizione Centro di costo		B111014101610193	
Dirigente	Dott. ORAZIO GALLO	Tel.	5 7 2 2 Fax
Budget concordato per la voce di spesa su cui grava l'acquisto		€	
* TEL. CAPOSAIA : 5867		FAX : 5725	
<input type="checkbox"/> In Uso	<input type="checkbox"/> Innovazione	<input checked="" type="checkbox"/> 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. ORAZIO GALLO 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 POLISONNIGRAFO SAPIO LIFE
- Modello EMBLETTA HPR
- Codice di Inventario aziendale 101371-101372

Data, 18/12/2018.....

TIMBRO E FIRMA DEL DIRIGENTE MEDICO

AZIENDA OSPEDALIERA
 COMPLESSO S. GIOVANNI ADDOLORATA
 Dirigente
 Dott. Orazio Gallo
 18/12/2018 16:57

1. DENOMINAZIONE COMUNE ITALIANA DEL PRODOTTO (BENE O DISPOSITIVO MEDICO) 264256

FASCIA X ACTIRACE MONOUSO 20M

2. CARATTERISTICHE TECNICHE DEL DISPOSITIVO E/O PRESIDIO:

FASCIA PER POSIZIONAMENTO SENSORI DI MOVIMENTO TORACICO
 E ADDOMINALE IN CORSO DI STUDIO APNEE NOTTURNE

3. FINALITÀ D'USO:

STUDIO POLISOMNOGRAFICO AMBUATORIALE PER
SINDROME APNEE NOTTURNE

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

EMPIA : 1421000 (SAPRO LIFE)

5. DATI DI CONSUMO:

- Numero di unità necessarie per una prestazione 2 METRI
- Fabbisogno annuo 800 METRI
- Consumo medio mensile _____

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

CAPO SALA/CAPO TECNICO
 AZIENDA OSPEDALIERA
 COMPLESSO OSPEDALIERO
 GIOVANNI - ADDOLORATA
 CAPO SALA
 L. 10/11/2018

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
STRUTTURA COMPLESSA

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE

RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

Data 18/12/2018

Du 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 ED ENDOSCOPIA VIE AEREE
 Codice e descrizione Centro di costo B312101410161013
 Dirigente DOTT. ORAZIO GALLO Tel. 5722 Fax
 Budget concordato per la voce di spesa su cui grava l'acquisto €

In Uso

Innovazione

Infungibile (*)

* TEL. CARSA: 5867

FAX: 5726

(*) 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. ORAZIO GALLO 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 o strumentazione POLISONNIGRAFO SAPIO-LIFE
- Modello EMBLETTA HPR
- Codice di Inventario aziendale 101371-101371

Data, 18/12/2018

TIMBRO E FIRMA DI MEDICO

AZIENDA OSPEDALIERA
 COMPLESSO S. GIOVANNI ADDOLORATA
 Dirigente Medico
 Dott. Orazio Gallo
 06-586716132-311590

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

764289

SENSORE DI SFORZO TORACICO PER EMBLETTA HPR

2. CARATTERISTICHE TECNICHE DEL DISPOSITIVO E/O PRESIDIO:

SENSORE DI MOVIMENTO PER SFORZO TORACICO

IN CORSO DI APNEE NOTTURNE

3. FINALITÀ D'USO:

STUDIO POLISOMNOGRAFICO Aмбулаторiale
PER SINDROME APNEA NOTTURNA

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

EMBLA : 1491022 (SAPIO LIFE)

5. DATI DI CONSUMO:

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

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

CAPO SALA/CAPO TECNICO

[Redacted signature]

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
STRUTTURA COMPLESSA

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE

RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

Data, 18/12/2018

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		MALATTIE APPARATO RESPIRATORIO ED ENDOSCOPIA VIE AEREE	
Codice e descrizione Centro di costo		B31101410151913	
Dirigente	Dr. CRAZIO GALLO	Tel.	5 7 2 2 Fax
Budget concordato per la voce di spesa su cui grava l'acquisto		€	
* TEL. 5867		FAX: 5726	
<input type="checkbox"/> In Uso	<input type="checkbox"/> Innovazione	<input checked="" type="checkbox"/> 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. CRAZIO GALLO 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 POUSOMIGRATO
- Modello EXBLETTA HPR
- Codice di Inventario aziendale 101371 - 101372

Data 18/12/2018

TIMBRO E FIRMA
 DIRIGENTE MEDICO


- DENOMINAZIONE COMUNE ITALIANA DEL PRODOTTO (BENE O DISPOSITIVO MEDICO) 264667
POUSOMIGRATO - CHIAVE DI APERTURA
VALVO BATTERIE PER EXBLETTA HPR
- CARATTERISTICHE TECNICHE DEL DISPOSITIVO E/O PRESIDIO:
DISPOSITIVO DI SICUREZZA PER APERTURA
APPARECCHIATURA PRIMA EUROPEA ESECUZIONE
ESAME POUSSOMIGRATICO

3. FINALITÀ D'USO:

INDISPENSABILE PER APERTURA
APPARECCHIATURA ~~ADDE~~ PER CAMBIO BATTERIE
E SCARICO ESATRE

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

ERBIA : 011318

5. DATI DI CONSUMO:

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

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

CAPO SALA/CAPO TECNICO
 AZIENDA OSPEDALIERA
 COMPLESSO OSPEDALIERO
 GIOVANNI - ADDOLORATI
 CAPO SALA
 PER LEGNI

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
STRUTTURA COMPLESSA

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
 AZIENDA OSPEDALIERA
 COMPLESSO S. GIOVANNI - ADDOLORATI
 Dirigente Medico Pneumologia

RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

Data: 18/12/2018

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 ELETTRONICHE**

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

Dipartimento o Struttura Complessa MANIPOLI APPARECCHIAMENTO RESPIRATORIO ED ENDOSCOPIA VIE AEREE
 Codice e descrizione Centro di costo B3110141016101013
 Dirigente DOT. ORAZIO GALLO Tel. 5 7 2 2 Fax
 Budget concordato per la voce di spesa su cui grava l'acquisto €

* TEL. CARSAIA: 5887 FAX: 5726

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.

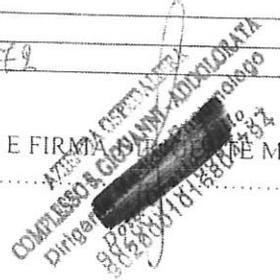
DICHIARAZIONE DI INFUNGIBILITÀ E DI PRIVATIVA INDUSTRIALE

Il Sottoscritto Dr./Prof. ORAZIO GALLO 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 POLISOLMI GRADO
- Modello EMBLETA HPR
- Codice di Inventario aziendale 101371 - 101372

Data, 18/12/2018

TIMBRO E FIRMA _____



1. DENOMINAZIONE COMUNE ITALIANA DEL PRODOTTO (BENE O DISPOSITIVO MEDICO)
CAVO DI PROLUNGA PER OSSIMETRO, 90 cm
DA USARE CON XPOB

2. CARATTERISTICHE TECNICHE DEL DISPOSITIVO E/O PRESIDIO:
CAVO DI CONNESSIONE PER SATURIMETRO SpO2
E APPARECCHIO EMBLETA

3. FINALITÀ D'USO:

STUDIO POLISOMNOGRAFICO PER
SINDROME APNEE NOTTURNE

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

EMBLA : 1430500

5. DATI DI CONSUMO:

- Numero di unità necessarie per una prestazione 1
- Fabbisogno annuo 6
- Consumo medio mensile _____

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


 CAPO SALA/CAPO TECNICO
 AZIENDA OSPEDALIERA
 COMPLESSO OSPEDALIERO
 GIOVANNI - ADIOLORA
 CAPO SALA
 AZIENDA OSPEDALIERA
 COMPLESSO OSPEDALIERO
 GIOVANNI - ADIOLORA

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
STRUTTURA COMPLESSA


 DIRIGENTE
 AZIENDA OSPEDALIERA
 COMPLESSO S. GIOVANNI - ADIOLORA
 Dirigente
 AZIENDA OSPEDALIERA
 COMPLESSO S. GIOVANNI - ADIOLORA
 Dirigente

RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

Data. 18/12/2018

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 MAUATE APPARATO RESPIRATORIO ED ENDOSCOPIA VIE AEREE
 Codice e descrizione Centro di costo 131101410161013
 Dirigente DOTT. ORAZIO GALLO Tel. 5 7 2 2 Fax
 Budget concordato per la voce di spesa su cui grava l'acquisto e
* TEL. CAPOSALA: 5857 FAX: 5726

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. ORAZIO GALLO 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 POLI SONNI GRAFO
- Modello EMBLETTA HPR
- Codice di Inventario aziendale 101371-101372

Data, 18/12/2018

TIMBRO E FIRMA DEL DIRIGENTE MEDICO

AZIENDA OSPEDALIERA
 COMPLESSO S. GIOVANNI ADDOLORATA
 Dirigente Medico
 Dott. Orazio Gallo
 Tel. 5722 Fax 5726

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

264269

FASCIA ELASTICA CON VELCRO LARGE 183 cm

2. CARATTERISTICHE TECNICHE DEL DISPOSITIVO E/O PRESIDIO:

DISPOSITIVO PER FISSAZIONE APPARECCHIATURA
AL PAZIENTE PER ESECUZIONE ESA/EE

3. FINALITÀ D'USO:

STUDIO POLISOMNOGRAFICO AMBUATORIALE
PER SINDROME APNEE NOTTURNE

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

EMBLA : 1491138 (SAPIO LIFE)

5. DATI DI CONSUMO:

- Numero di unità necessarie per una prestazione 1
- Fabbisogno annuo 3
- Consumo medio mensile _____

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

CAPO SALA/CAPO TECNICO

[Redacted Signature]

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
STRUTTURA COMPLESSA

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE

RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

Data 18/12/2018

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 NAUTILE APPARATO RESPIRATORIO ED ENDOSCOPIA VIE AEREE
 Codice e descrizione Centro di costo B31101410161013
 Dirigente DOT. ORAZIO GALLO Tel. 5722 Fax
 Budget concordato per la voce di spesa su cui grava l'acquisto €

* TEL. CAPOSAIA: 5867 FAX: 5725

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.

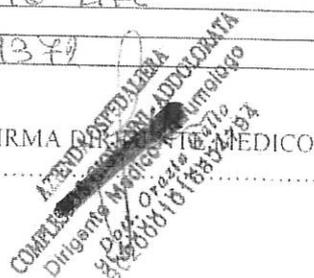
DICHIARAZIONE DI INFUNGIBILITÀ E DI PRIVATIVA INDUSTRIALE

Il Sottoscritto Dr./Prof. ORAZIO GALLO 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 POLISOMNOGRAFO SAPIO LIFE
- Modello EMBLETTA HPR
- Codice di Inventario aziendale 101371-101372

Data 18/12/2018

TIMBRO E FIRMA


 COMPLESSO OSPEDALIERO S. GIOVANNI ADDOLORATA
 Dirigente Medico
 Dr. Orazio Gallo
 81260016168371074

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

264270

FASCIA ELASTICA CON VELCRO MEDIUM 114 cm

2. CARATTERISTICHE TECNICHE DEL DISPOSITIVO E/O PRESIDIO:

DISPOSITIVO PER FISSAZIONE APPARECCHIATURA
AL PAZIENTE PER ESECUZIONE ESAME

3. FINALITÀ D'USO:

STUDIO POLISOMNOGRAFICO PER
SINDROME APNEE NOTTURNE

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

ERBIA : 1421236 (SAPIO LIFE)

5. DATI DI CONSUMO:

- Numero di unità necessarie per una prestazione 1
- Fabbisogno annuo 3
- Consumo medio mensile _____

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

CAPO SALA/CAPO TECNICO
 [Redacted]
 Azienda Ospedaliera
 Complesso Ospedaliero
 Giovanni - Addolorata
 CAPO SALA
 WALTER ZIONI

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
STRUTTURA COMPLESSA

DIRIGENTE MEDICO
 [Redacted]
 Azienda Ospedaliera
 Giovanni - Addolorata
 pneumologo
 Dirigente
 Dott. Orlando Felto
 902000101600179

RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

Data, 18/12/2018

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		MALATTIE APPARATO RESPIRATORIO ED ENDOSCOPIA VIE AEREE	
Codice e descrizione Centro di costo		B11101410161013	
Dirigente	DOT. CRAZIO GALLO	Tel.	5 7 2 2 Fax
Budget concordato per la voce di spesa su cui grava l'acquisto		€	

TEL. CAPOSAIA: 5857

FAX: 5726

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.

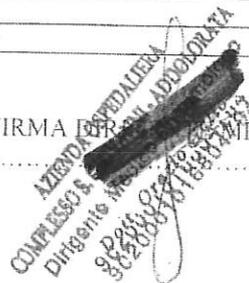
DICHIARAZIONE DI INFUNGIBILITÀ E DI PRIVATIVA INDUSTRIALE

Il Sottoscritto Dr./Prof. CRAZIO GALLO 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 PULSONMIGRATO SAPIO LIFE
- Modello EMBLETA MPR
- Codice di Inventario aziendale 101371 - 101372

Data, 18/12/2018

TIMBRO E FIRMA _____ MEDICO



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

26 4271

FASCIA ELASTICA CON VELCRO SHALL 76 CM

2. CARATTERISTICHE TECNICHE DEL DISPOSITIVO E/O PRESIDIO:

DISPOSITIVO PER FISSAZIONE APPARECCHIATURA

AL PAZIENTE PER ESECUZIONE ESAME

3. FINALITÀ D'USO:

STUDIO POLISONNOGRAFICO AMBUATORIALE
PER SINDROME APNEE NOTTURNE

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

EMBLA : 1421234 (SAPIO LIFE)

5. DATI DI CONSUMO:

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

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

CAPO SALA/CAPO TECNICO

[Redacted Signature]

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
STRUTTURA COMPLESSA

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE

ASPIRANTE MEDICO
AZIENDA OSPEDALIERA
COMPLESSO OSPEDALIERO
GIOVANNI ADDOLORATI
CAPO SALA
WALTER LEGNI
Calle 1794
00100 Roma

RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

Data, 18/12/2018

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 ELETTRIMEDICALI**

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

Dipartimento o Struttura Complessa		MAVANTE APPARATO RESPIRATORIO ED ENDOSCOPIA VIE AEREE	
Codice e descrizione Centro di costo		B3110141016101013	
Dirigente	DOCT. ORAZIO GALLO	Tel.	5 7 2 2
Budget concordato per la voce di spesa su cui grava l'acquisto		€	

* TEL. CAPOSALA : 5867

FAX : 5726

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.

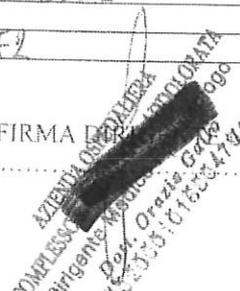
DICHIARAZIONE DI INFUNGIBILITÀ E DI PRIVATIVA INDUSTRIALE

Il Sottoscritto Dr./Prof. ORAZIO GALLO 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 POLISONNOGRAFO SAPIO LIFE
- Modello EMBLETTA MPR
- Codice di Inventario aziendale 101371-101371

Data, 18/12/2018...

TIMBRO E FIRMA _____ MEDICO


 AZIENDA OSPEDALIERA
 COMPLESSE
 Dirigente Medico
 Dott. Orazio Gallo
 Tel. 5722

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

264290

TUBO CONNESSIONE CPAP 60 CM

2. CARATTERISTICHE TECNICHE DEL DISPOSITIVO E/O PRESIDIO:

CONNETTORE PER STUDIO POLISONNOGRAFICO

IN PAZIENTE CON APNEE NOTTURNE PER VALUTARE

LA TERAPIA VENTILATORIA NON INVASIVA

3. FINALITÀ D'USO:

STUDIO POLISONNOGRAFICO ANTIPOICOTORALE PER SINDROME APNEE NOTTURNE PER VALUTARE EFFICACIA TERAPIA VENTILATORIA

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

EMBLA - 1490115 (SAPIO LIFE)

5. DATI DI CONSUMO:

- Numero di unità necessarie per una prestazione 1
- Fabbisogno annuo 20
- Consumo medio mensile _____

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

CAPO SALA/CAPO TECNICO

[Signature]

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE STRUTTURA COMPLESSA

DIRIGENTE

[Stamp: Azienda Ospedaliera, Dipartimento, Prisma, etc.]

RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

Data, 18/12/2018

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, _____