



## SCHEDA PRODOTTO PER DISPOSITIVI DI USO SPECIALISTICO

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

Dipartimento o Struttura Complessa	UOC CARDIOLGIA CON RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA		
Codice e descrizione Centro di costo	B1101A11101100 UOS ELETTROSTIMOLAZIONE		
Dirigente	Dott. P. CARDINALE	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 simile nello svolgimento di una determinata funzione.

Le informazioni che seguono dovranno essere chiare ed esaustive, poiché sono elementi fondamentali per effettuare indagini di mercato che permettano la verifica dell'infungibilità.

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

INTICA 7 VR - T DX

### 2. CARATTERISTICHE TECNICHE:

DEFIBRILLATORE MONOCAMERALE TR CONDITIONAL  
CON DIAGNOSTICA ATRIALE COMPLETA

### 3. FINALITÀ D'USO:

SOSTITUZIONE ED IMPIANTO DI DEFIBRILLATORE con SENSING BICAMERALE  
CON UN SOLO CATERETE

### 4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

Biotronik

cod. 404633

codice ANSAS 304066

**DATI DI CONSUMO:**

- Numero di unità necessarie per una prestazione \_\_\_\_\_ 1
- Fabbisogno annuo \_\_\_\_\_ 12
- Consumo medio mensile \_\_\_\_\_ 1

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

3784

Azienda Ospedaliera  
C.O. San Giovanni Addolorata  
CAPO SALA CAPO TECNICO  
Coordinatore Infermieristico  
CPSE Liana Fabra

U

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE  
STRUTTURA COMPLESSA

Azienda Ospedaliera  
San Giovanni Addolorata  
Uos Elettrostimolazione  
DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE

DOI, MARIO CARAIROLI  
01080570

RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

Data, ..... 2/2/2019 .....

*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, .....