



MOD. Osp11

**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: BLOCCHI OPERATORI 4 00 100 10			
Dirigente	MAURO MARTIN	Tel. (0773)	Fax (0773)
Budget concordato per la voce di spesa su cui grava l'acquisto		€	

In Uso

Innovazione

X 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. MAURO MARTIN 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 **APPARECCHIO DI ANESTESIA**
- Modello **S 5 Advance Ohmeda**
- Utilizzati: Gruppo Operatorio I - II - III - IV - V (Britannico)
- Codice di Inventario. 085359-085438-085439-

085440-085441-085442-086749-086750-086751-086752-086753-086754-086755- 086756-086757-
086758-086759-086760-086)

Data, 14.10.19

FIMBRO E TIMBRA LA DICHIARAZIONE MEDICA

Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata

UOC Anestesiologia

Riformulazione

Dr. Mauro Martin

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

105459 AMPOLLA X MODULI GAS D-FEND COMPLETA COD. 876446-HEL 1cf/10pz PZ
116757 CANESTRO CO2 RIUTILIZZABILE COD. 1407-7004-000 PZ
122403 CANESTRO CO2 MONOUSO COD. 8003138 1cf/8pz PZ
115188 FILTRO PER CANESTRO CO2 COD. 1407-3201-000 1cf/40pz PZ
111860 FILTRO POLVERE X CANESTRO COD. 427001400 1cf/40pz PZ
121322 KIT VENTILAZIONE MANUALE MONOUSO ADULTO COD. M1019517 1cf/20pz PZ
105457 TUBO CAMPIONAMENTO GAS COD. 73319-HEL X SPIROMETRO 1cf/10pz
114295 CAVO NMT PARTE TERMINALE RIUTILIZZABILE COD. 888418 1CF/1PZ
120739 SENSORE X ENTROPIA MONOUSO COD. M1038681 1CF/25PZ
122304 CAVO PER MISURA inv PB CONN. UTAH IP 3.6MT COD. 2016997-001
120738 ELETTRODO MNT AG/AGC 1P MONOPAZIENTE COD. 57268-HEL1 CF/30PZ
248083 SENSORE ADESIVO ALLFIT OXYTIP COD. TS-AF 10 (EX OXF-AF -10) 1 CF./10PZ.
109771 SENSORE SpO2 MONOUSO OXYTIP COD. OXY-AP 25 1CF/25 PZ

2. CARATTERISTICHE TECNICHE DEL DISPOSITIVO E/O PRESIDIO:

materiale di consumo e ricambi per apparecchi per anestesia S5 Advance Ohmeda

3. FINALITÀ D.USO:

materiali per anestesia

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto: GE CLINICAL SYSTEMS

105459 AMPOLLA X MODULI GAS D-FEND COMPLETA COD. 876446-HEL 1cf/10pz PZ
 116757 CANESTRO CO2 RIUTILIZZABILE COD. 1407-7004-000 PZ
 122403 CANESTRO CO2 MONOUSO COD. 8003138 1cf/6pz PZ
 115188 FILTRO PER CANESTRO CO2 COD. 1407-3201-000 1cf/40pz PZ
 111860 FILTRO POLVERE X CANESTRO COD. 427001400 1cf/40pz PZ
 121322 KIT VENTILAZIONE MANUALE MONOUSO ADULTO COD. M1019517 1cf/20pz PZ
 106467 TUBO CAMPIONAMENTO GAS COD. 73319 HEL X SPIROMETRO 1cf/10pz
 114295 CAVO NMT PARTE TERMINALE RIUTILIZZABILE COD. 888418 1CF/1PZ
 120739 SENSORE X ENTROPIA MONOUSO COD. M1038681 1CF/25PZ
 120738 ELETTRODO MNT AG/AGC 1P MONOPAZIENTE COD. 57268-HEL1 CF/30PZ
 248083 SENSORE ADESIVO ALLFIT OXYTIP COD. TS-AF 10 (EX OXF-AF -10) 1 CF /10PZ
 100771 SENSORE SpO2 MONOUSO OXYTIP COD. OXY-AP 25 1CF/25 PZ
 122304 CAVO XMISURA invBP. CONN. UTAH IP, 3,6 mt COD. 2016997-001

5. DATI DI CONSUMO:

	UNITA NECESSARIE	FABBISOGNO PRESUNTO 2019/2020
AMPOLLA X MODULI GAS D-FEND COMPLETA COD. 876446-HEL	1	280
CANESTRO CO2 RIUTILIZZABILE COD. 1407-7004-000	1 ricambio	40
CANESTRO CO2 MONOUSO COD. 8003138 1cf/6pz PZ	1 a seduta	5800
FILTRO PER CANESTRO CO2 COD. 1407-3201-000	2	1600
FILTRO POLVERE X CANESTRO COD. 427001400	1	1600
KIT VENTILAZIONE MANUALE MONOUSO ADULTO COD. M1019517 - MONOPAZIENTE	1 a paziente	15752 (interventi 2018, dato SOW/BO)
TUBO CAMPIONAMENTO GAS COD. 73319-HEL X SPIROMETRO - MONOPAZIENTE	1 a paziente	15752 (interventi 2018, dato SOW/BO)
CAVO NMT PARTE TERMINALE RIUTILIZZABILE COD. 888418 1CF/1PZ	Cavo riutilizzabile	10 unità
SENSORE X ENTROPIA MONOUSO COD. M1038681	1 a paziente	100
ELETTRODO MNT AG/AGC 1P MONOPAZIENTE COD. 57268-HEL1 CF/30PZ	1 a paziente	100
SENSORE ADESIVO ALLFIT OXYTIP COD. TS-AF 10 (EX OXF-AF -10) 1 CF /10PZ	1 a paziente	100
SENSORE SpO2 MONOUSO OXYTIP COD. OXY-AP 25 1CF/25 PZ	1 a paziente	100
CAVO XMISURA invBP. CONN. UTAH IP, 3,6 mt COD. 2016997-001	riutilizzabile	50



MOD. Osp11

--	--

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

AZIENDA OSPEDALIERA
 COMPLESSO OSPEDALIERO
 S. GIOVANNI ADDOLORATA
 IL CAMPIDANO
 00100 ROMA

CAPO SALA/CAPO TECNICO

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
 STRUTTURA COMPLESSA
 Azienda Ospedaliera
 San Giovanni Addolorata
 UOC Anestesia e
 Rianimazione/Anestesia Operatoria
 Direttore

Azienda Ospedaliera
 DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
 UOC Anestesia e
 Rianimazione/Anestesia Operatoria
 Direttore
 RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Data: _____ *Dot. Mauro Moran*

Da compilarsi a cura del Provveditore

COSTI:

- Stima del costo di acquisto € _____ (+ IVA)

- Incidenza sul budget negoziato: _____

RESPONSABILE PROVVIDITORE

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 POLIVALE.		
Codice e descrizione Centro di costo	311910100		
Dirigente	M. D'AMBROSIO	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. M. D'AMBROSIO 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 CRITICOL
- Modello _____
- Codice di Inventario aziendale _____

Data, 13.8.19

Azienda Ospedaliera MEDICO
 C. O. San Giovanni Addolorata
 UOC RIANIMAZIONE POLIVALENTE
 TIMBRE DIRETTORE MEDICO
 Dr. Mario D'Ambrosio

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

ADATTATORE SENSORE PER NUCLEO

2. CARATTERISTICHE TECNICHE DEL DISPOSITIVO E/O PRESIDIO:

CONSENTE DI UTILIZZARE IL SENSORE
MONITOR PER LA TEMPERATURA

3. FINALITÀ D'USO:

CONTROLO TEMPERATURA WEPSE
DURANTE IPO TERMIA TERAPEUTICA

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

044-00,028 DIDEDA (MIRE)

5. DATI DI CONSUMO:

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

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

CAPO SALA/CAPO TECNICO
~~_____~~
COMPLESSO S. GIUSEPPE ADDOLORATA
CPSI con Funzioni di Coordinamento
LORENZA RIGGIERI

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
STRUTTURA COMPLESSA

Azienda Ospedaliera
C. O. San Giuseppe Addolorata
UOC S. GIUSEPPE ADDOLORATA
DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
~~_____~~
Rianimazione
Polivalsale
RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

Data 23-8-19

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		13119102001	
Dirigente	MARIO D'AMBROSIO	Tel. <input type="checkbox"/>	Fax <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. MARIO D'AMBROSIO 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 CARTICOOOL SISTEMA PER IPOTERMIA INDOTIA
- Modello _____
- Codice di Inventario aziendale 101390

Data, 10/8/19

Azienda Ospedaliera
 TIMBRO E FIRMA DIRIGENTE MEDICO
 C. O. San Giovanni Addolorata
 UOC Anestesia e Rianimazione
 Centro di Rianimazione Polivalente
 Direttore f.f. Dott. Mario D'Ambrosio

1. DENOMINAZIONE COMUNE ITALIANA DEL PRODOTTO (BENE O DISPOSITIVO MEDICO)
COBERTINE THERMO WRAP UNIVERSALI ADULTI 152/168 cm

2. CARATTERISTICHE TECNICHE DEL DISPOSITIVO E/O PRESIDIO:
PRODOTTO MONOUSO

3. FINALITÀ D'USO:

DESTINATO ALL'INIZIAZIONE DELL'IPOTESI TERAPIA NELL'AMBUSTO
- 480 FCO

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

DITTA: DI DIADA
CODICE: 612 03160

5. DATI DI CONSUMO:

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

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

CAPO SALVAGUARDIA TECNICO
COMPLESSO SAN GIOVANNI ADDOLORATA
CPSI con Funzioni di Copertura Inferio
LORENZA ROIGVERI

Azienda Ospedaliera
C. O. San Giovanni Addolorata
UOC Assistenza e Rianimazione
DIRIGENTE MEDICO RICHIEDENTE
Centro di Rianimazione Polyvalente
Direttore [Signature]
Ambrosto

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
STRUTTURA COMPLESSA

RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

Data. 20/8/19

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	31101102101		
Dirigente	MARIO DIAMBROSIO	Tel.	<input checked="" type="checkbox"/> 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. MARIO DIAMBROSIO 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 CRITICOL SISTEMA PER IPOTERMIA INDOTTA
- Modello _____
- Codice di Inventario aziendale 277570

Data, 10/8/19

TIMBRO E FIRMA DIRIGENTE MEDICO

Azienda Ospedaliera
C. O. San Giovanni Addolorata
UOC A zione
Centro di zione Polivalente
Direttore f.f. Dott. Mario D'Ambrosio

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

COBERTIVE THERMO WRAP UNIVERSALI ADULTI 162/109 cm

2. CARATTERISTICHE TECNICHE DEL DISPOSITIVO E/O PRESIDIO:

PRODOTTO MONDISO

3. FINALITÀ D'USO:

DESTINATO ALL'INDUZIONE DELL'IPOTERMIA TERMOELETTRICA
NELL'ARRESTO CARDIACO

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

DITTA DI DADA
CODICE 512-03166

5. DATI DI CONSUMO:

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

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

CAPO SALA CAPO TECNICO
AZIENDA OSPEDALIERA
COM
CPST con Funzioni di Coordinamento
LORENA RUGGERI

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
STRUTTURA COMPLESSA

Azienda Ospedaliera
DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
UOC Anestesia e Rianimazione
Centro di Riferimento Regionale
Liviatore T.L. Dott. Marco D'Ambrato

RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

Data 20/8/18

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			
1311011012101			
Dirigente	MARIO DIAMBROSIO	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 MARIO DIAMBROSIO 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 CRITICOLA SISTEMA PER IPOTERMIA INDOTTO
- Modello _____
- Codice di Inventario aziendale 101390

Data, 10/8/99

TIMBRO **AFFIRMATA** **TE MEDICO**
 Ospedale S. Giovanni Addolorata
 100 Anestesia e Rianimazione
 Centro di Rianimazione Polivalente
 Direttore f.f. Dott. Mario D'Ambrosio

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

SENSORE TEMPERATURA RS SUPERFICIALE MONOUSO

2. CARATTERISTICHE TECNICHE DEL DISPOSITIVO E/O PRESIDIO:

PRODOTTO MONOUSO

3. FINALITÀ D'USO:

TALPE SENSORI SURVE PER MISURARE E CONTROLLARE LA TEMPERATURA
ESTERNA IN LAO

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

DITTA: DI DEBDA
CODICE: 012-10321

5. DATI DI CONSUMO:

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

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

CAPO SALA/CAPO TECNICO
AZIENDA OSPEDALIERA
CONTE
CASA
LORENA RUGGERI

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
STRUTTURA COMPLESSA

DIRIGENTE MEDICO RICHIEDENTE
C. O. Sala Operativa
UCC
Centro di Riabilitazione Polivalente
Direttore f.f. Dott. Mario D'Ambrosio
RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

Data, 10/8/19

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	CENTRO DI RIANIMAZIONE POLIVALENTE		
Codice e descrizione Centro di costo	31101101210101		
Dirigente	MARIO D'AMBROSIO	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.

DICHIARAZIONE DI INFUNGIBILITÀ E DI PRIVATIVA INDUSTRIALE

Il Sottoscritto Dr./Prof. MARIO D'AMBROSIO 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 CRITICAL SYSTEM PER POTERVA INDOTTA
- Modello _____
- Codice di Inventario aziendale 101390

Data, 20/8/18

TIMBRO E FIRMA DIRIGENTE MEDICO

Azienda Ospedaliera
C. O. S. Giovanni Addolorata
UOC []
Centro []
Diret. [] Mario D'ambrosio

1. DENOMINAZIONE COMUNE ITALIANA DEL PRODOTTO (BENE O DISPOSITIVO MEDICO)SENSORE TEMPERATURA INTERNA MONOUSO**2. CARATTERISTICHE TECNICHE DEL DISPOSITIVO E/O PRESIDIO:**PRODOTTO MONOUSO

FINALITÀ D'USO:

TALE SENSORE SERVE PER MISURARE E CONTROLLARE LA TEMPERATURA INTERNA DEL PAZIENTE

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

DITTA Di DEGA
CODICE 014-00327

5. DATI DI CONSUMO:

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

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

CAPO SALA/CAPO TIPOLOGIA

AZIENDA
COMPLESSO
CPSI con Funzioni di Coordinamento
LORENA RUGGERA

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
STRUTTURA COMPLESSA

DIRIGENTE MEDICO Ospedale
Policlinico
Cattedra di Anestesiologia
Poliambulatorio
Centro di Anestesia Polivalente
Direttore f.f. Dott. Mario D'Ambrosi

RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

Data, 20/8/18

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		CENTRO DI RIANIMAZIONE POLIVALENTE	
Codice e descrizione Centro di costo		311011021001	
Dirigente	MARIO D'AMBROSIO	Tel.	<input type="checkbox"/> Fax <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. MARIO D'AMBROSIO 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 CRIT. COOL SISTEMA PER IPOTERMIA INDOTTA
- Modello _____
- Codice di Inventario aziendale 101390

Data, 20/8/19

Azienda Ospedaliera
 S. Giovanni Addolorata
 TIMBRO MEDICO
 Cer. Polivalente
 Direttore f.f. Dott. Mario D'Ambrosio

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

SENSORE TEMPERATURA INTERO RIV. 76.7243112 (ORIGIO)

2. CARATTERISTICHE TECNICHE DEL DISPOSITIVO E/O PRESIDIO:

PRECISIONE e STABILITÀ RUTILIZZABILE.
L'USO IN ETILENE COSTITUISCE IL METODO DI STERILIZZAZIONE PREFERITO



SCHEDA PRODOTTO PER DISPOSITIVI MEDICI DEDICATI AD APPARECCHIATURE ELETTRROMEDICALI

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

Dipartimento o Struttura Complessa		CENTRO DI RIANIMAZIONE POLIVALENTE	
Codice e descrizione Centro di costo		311011001	
Dirigente	MARIO D'AMBROSIO	Tel. <input type="checkbox"/>	Fax <input checked="" 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. MARIO D'AMBROSIO 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 CRITICAL SYSTEM PER RITRANSA INDATA
- Modello _____
- Codice di Inventario aziendale 101390

Data, 10/8/2009

TIMBRE E FIRMA DIRIGENTE MEDICO

C.O. S. Giovanni Addolorata
UOC A
Centro di Rianimazione Polivalente
Direttore f.f. Dott. Mario D'Ambrosio

1. DENOMINAZIONE COMUNE ITALIANA DEL PRODOTTO (BENE O DISPOSITIVO MEDICO)
SENSORI PER TEMPERATURA CORPOREA SUPERFICIALE (VERDE)

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

3. FINALITÀ D'USO:

TALK MONITOR SORVE R/R MILIARRE E CONTROLLARE LA TEMPERATURA
23-23MA IN MODO CONTINUO

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

Ditta Di DEDDA
CODICE: 016 00322

5. DATI DI CONSUMO:

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

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

CAPO SALA CAPO TECNICO
COMPLESSA
CPSI di Coordinamento
LORENA RUGGERI

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
STRUTTURA COMPLESSA

Data, 20/8/2019

Azienda Ospedaliera
DIREZIONE MEDICA
UOC /
Centro di Diagnostica
Bustare c.n. Don. Mario D'Ambrosio

RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

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,

MOD. Osp11

**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: <u>BLOCCHI OPERATORI</u> <u>400 100 10</u>			
Dirigente	MAURO MARTIN	Tel. <u>0000</u>	Fax <u>0000</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.

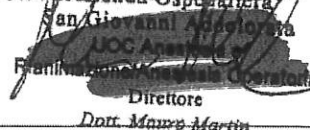
DICHIARAZIONE DI INFUNGIBILITÀ E DI PRIVATIVA INDUSTRIALE

Il Sottoscritto Dr./Prof. MAURO MARTIN 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 **APPARECCHIO DI ANESTESIA**
- Modello **PERSEUS A5000**
- Utilizzati.: Gruppo Operatorio II - III - IV
- Codice di Inventario. 035866

Data, 14.10.19

TIMBRO E FIRMA DIRIGENTE MEDICO


 San Giovanni Addolorata
 Azienda Ospedaliera
 Direttore
 Dott. Mauro Martin

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

SENSORE DI FLUSSO INFINITY ID COD. ARTICOLO 6871980
 LINEA DI CAMPIONAMENTO COD. ARTICOLO 8290286
 TRAPPOLA RACCOGLICONDENZA COD. ARTICOLO 6872130
 SENSORE SPO2 MONOUSO CODICE ARTICOLO 2606208TO
 CARTA PER STAMPANTE COD. ARTICOLO 2606231
 CARTUCCIA DRAGER SORB CLIC 800 PLUS da 1.2 L MX00004
 ADATTATORE CLIC MX 50090 da utilizzare con la cartuccia.

2. CARATTERISTICHE TECNICHE DEL DISPOSITIVO E/O PRESIDIO:

materiale di consumo e ricambi per apparecchi per anestesia PERSEUS A5000



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA
SAN GIOVANNI ADDOLORATA



REGIONE
LAZIO

MOD. Osp11

3. FINALITÀ D.USO:

__materiali per anestesia

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

5. DATI DI CONSUMO:

	UNITA NECESSARIE	FABBISOGNO PRESUNTO 2019/2020
SENSORE DI FLUSSO INFINITY ID COD. ARTICOLO 6871980	1	1500
LINEA DI CAMPIONAMENTO COD. ARTICOLO 8290286	1 ricambio	1500
TRAPPOLA RACCOGLICONDENZA COD. ARTICOLO 6872130	1 a seduta	1500
SENSORE SPO2 MONOUSO CODICE ARTICOLO 2606208	1	100
CARTA PER STAMPANTE COD. ARTICOLO 2606231	1 MESE	48
CARTUCCIA DRAGER SORB CLIC 800 PLUS da 1.2 L MX00004	1 A SEDUTA	1500
ADATTATORE CLIC MX 50090	1 A SEDUTA	1500

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

AZIENDA OSPEDALIERA
 COMPLESSO OSPEDALIERO
 S. GIOVANNI ADDOLORATA
 CAPO SALA
 ANESTESIA
 ANNA VALER

CAPO SALA/CAPOTECNICO
 CLAUDIA ANGELUCCI

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
 Anestesia e
 Rianimazione/Anestesia Operatoria
 Direttore
 Dott. Mauro Martin

AZIENDA OSPEDALIERA
 COMPLESSO OSPEDALIERO
 S. GIOVANNI ADDOLORATA
 DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
 San Giovanni Addolorata
 Anestesia e
 Rianimazione/Anestesia Operatoria
 RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO
 Dott. Mauro Martin

Data Dott. Mauro Martin

Da compilarsi a cura del Provveditore

COSTI:

- Stima del costo di acquisto € _____ (+ IVA)

- Incidenza sul budget negoziato: _____

RESPONSABILE PROVVIDITORE


**SCHEDA PRODOTTO PER DISPOSITIVI DI USO
SPECIALISTICO**

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

Dipartimento o Struttura Complessa	UOC PS-BO	
Codice e descrizione Centro di costo	B1191040P1 UOC PS-BO	
Dirigente	CARLO ANCONA	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.

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)

MASCHERA FACCIALE (ORO-NASALE) PER NIV
HANS RUDOLPH SERIE ~~7500~~ 7500 V2

2. CARATTERISTICHE TECNICHE:

- MASCHERA ORONASALE PER NIV
- COMPLETAMENTE AUTOCLAVABILE
- MINIMO SPAZIO MORTO POSSIBILE
- MASSIMA TENUTA PER EVITARE PERDITE AEREE CON LACCI REGOLABILI
- MASSIMO CONFORT (STRUTTURATA IN SILICONE)
- NO VENT - BITUBO

3. FINALITÀ D'USO:

VENTILAZIONE NON INVASIVA IN PRONTO SOCCORSO,
BREVE OSSERVAZIONE ED HOLDING-AREA

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

HANS RUDOLPH INC.
MASCHERA ORONASALE PER NIV (CPAP/BILEVEL) SERIE 7500 V2
COD 1135.12 (SMALL) 1135.11 (MEDIUM) 1135.10 (LARGE)

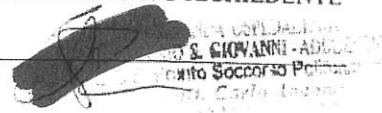
5. DATI DI CONSUMO:

- Numero di unità necessarie per una prestazione 1
- Fabbisogno annuo 15 (7 MEDINI, 4 LARGE, 4 SMALL)
- 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, 29/08/2019

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 PRESIDI

Data,

7

MOD. Osp10



**SCHEDA PRODOTTO PER DISPOSITIVI DI USO
SPECIALISTICO**

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

Dipartimento o Struttura Complessa	CENTRO DI RIANIMAZIONE POLIVALENTE		
Codice e descrizione Centro di costo	311010101019		
Dirigente	M. D'AMBROSIO	Tel. <input type="checkbox"/>	Fax <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.

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)

MASCHERA FACIALE PER VENTILAZIONE TERAPIA
RIUTILIZZABILE

2. CARATTERISTICHE TECNICHE:

MASCHERA FULL FACE LATEX FREE, RIUTILIZZABILE
COMPLETA DI REGG. NUCALE, GOMITO MUNITO
DI VALVOLA ESPIRATORIA, DI SICUREZZA E
CORR. STANDARD
A CINQUE PUNTI DI ANCORAGGIO

3. FINALITÀ D'USO:

VENTILAZIONE NON INVASIVA

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

DITAR	cod	700/6741	MISURA L
DITAR	cod	700/6742	MISURA XL
DITAR	cod	700/6506	MISURA NUCALE REGG. MASCHERA

5. DATI DI CONSUMO:

- Numero di unità necessarie per una prestazione UNA
- Fabbisogno annuo 20 MISURA M 20 MISURA X L
- Consumo medio mensile TRE 20 MISURA L

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

CAPO SALA/CAPO TECNICO
[Redacted]
LORE [Redacted]

Azienda Ospedaliera
C.O. San Giovanni Addolorata
DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
Celle [Redacted]
Direttore [Redacted] Mario D'Ambrosio

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
STRUTTURA COMPLESSA

RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

Data 10/8/12

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,