

	Titolo	Codice	Revisione	Pagina
	<b>Richiesta Prova-visione DM (in genere) e impiantabili</b>	<b>All. 2a PA.DS .01</b>	<b>n. 0</b>	<b>1 di 1</b>

**RICHIESTA DI PROVA-VISIONE O CAMPIONATURA DI DISPOSITIVO MEDICO IN GENERE O DISPOSITIVO MEDICO IMPIANTABILE**

(Compilazione a cura del Richiedente)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ S.O.C./S.O.S. \_\_\_\_\_

CdR/CdC/CdP \_\_\_\_\_

CHIEDE

L'autorizzazione ad avere la disponibilità in prova-visione per un periodo di \_\_\_\_\_ giorni della campionatura del Dispositivo Medico/Dispositivo Medico Impiantabile sotto specificata

DESCRIZIONE DEL D.M.  CND:  RDM:
--

SOGGETTO PROPRIETARIO DEL DM
------------------------------

MOTIVAZIONE DELLA RICHIESTA E UTILIZZI PREVISTI (descrizione progetto clinico-sanitario)
--

Necessità di formazione sull'uso del dispositivo da parte del fornitore	<b>SI</b>	<b>NO</b>
---	-----------	-----------

Il richiedente:

- ✓ Dichiara che nella struttura interessata al progetto esistono tutte le risorse professionali e organizzative necessarie per un uso proficuo della campionatura.
- ✓ Si assume tutte le responsabilità relative alla custodia del dispositivo medico/dispositivo medico impiantabile e all'utilizzo sui pazienti.
- ✓ Mette in atto le procedure necessarie per garantire la tracciabilità dei DM Impiantabili
- ✓ Dichiara che:
  - Non fa parte di Collegi tecnici o Commissioni di gara per prodotti e metodiche similari.
  - Fa parte di Collegi tecnici o Commissioni di gara per prodotti e metodiche similari.

FIRMA DEL RICHIEDENTE \_\_\_\_\_

*Il sottoscritto esprime parere favorevole alla richiesta in ordine alla coerenza con gli obiettivi generali e strategici assegnati alla struttura:*

FIRMA DEL RESPONSABILE DI STRUTTURA \_\_\_\_\_

FIRMA RESPONSABILE DI DIPARTIMENTO \_\_\_\_\_

FIRMA RESPONSABILE DI PRESIDIO (in caso di DM da sterilizzare) \_\_\_\_\_

<b>PARERE ECONOMATO</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Favorevole per i seguenti motivi</b> _____	<input type="checkbox"/> <b>Non favorevole</b> _____

<b>PARERE SOS Appropriately ed efficacia interventi sanitari e soluzioni tecnologiche</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Favorevole per i seguenti motivi</b> _____	<input type="checkbox"/> <b>Non favorevole</b> _____