

| Titolo | Codice | Revisione | Pagina |
|---|----------------------|-----------|--------|
| Richiesta Prova-visione apparecchio Elettromedicale | All. 2b PA.DS .01 | n. 0 | 1 di 2 |

RICHIESTA DI PROVA-VISIONE DI APPARECCHIO ELETTROMEDICALE

(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 dell'Apparecchio elettromedicale sotto specificato.

| |
|--|
| DESCRIZIONE DELL'APPARECCHIO ELETTROMEDICALE |
| CND: |
| RDM: |

| |
|--|
| SOGGETTO PROPRIETARIO DELL'APPARECCHIO ELETTROMEDICALE |
|--|

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

| | | |
|---|-----------|-----------|
| Necessario che la Ditta fornitrice provveda ad una specifica attività di formazione sulle funzionalità dell'apparecchio | SI | NO |
|---|-----------|-----------|

| VALUTAZIONE TECNOLOGIE SANITARIE ESTAR |
|---|
| <p>Esaminata la pratica, verificata la presenza del manuale utente in italiano, la rispondenza alle Direttive CE, la relazione progettuale d'installazione e compatibilità con altri apparecchi già presenti ed operanti per l'effettiva possibilità di installazione del bene proposto, si esprime il seguente parere:</p> <p><input type="checkbox"/> Favorevole <input type="checkbox"/> Non favorevole, per il seguente motivo _____</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">Direttore S.O.C./S.O.S. Tecnologie Sanitarie Estar</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">_____</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">Timbro e firma leggibile</p> <p>Data: _____</p> |

| | | |
|---|-----------|-----------|
| Necessità di coinvolgere il SePP poiché l'apparecchio risulta Complesso/radiologico o di medicina nucleare/laser o comporta particolare rischio elettrico, chimico, biologico, etc | SI | NO |
| <p>Esaminata la pratica, si esprime il seguente parere:</p> <p><input type="checkbox"/> Favorevole <input type="checkbox"/> Non favorevole, per il seguente motivo _____</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">Direttore Serv. Sicurezza Protezione Prevenzione</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">_____</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">Timbro e firma leggibile</p> <p>Data: _____</p> | | |

| Titolo | Codice | Revisione | Pagina |
|--|------------------------------|-------------|---------------|
| Richiesta Prova-visione apparecchio Elettromedicale | All. 2b PA.DS .01 | n. 0 | 2 di 2 |

| | | |
|--|-----------|-----------|
| Necessità di coinvolgere la FISICA SANITARIA poiché il bene risulta essere Radiologico o di medicina nucleare/laser | SI | NO |
| Esaminata la pratica, si esprime il seguente parere: <input type="checkbox"/> Favorevole <input type="checkbox"/> Non favorevole, per il seguente motivo _____ <div style="text-align: right;"> Direttore Fisica Sanitaria _____ Timbro e firma leggibile </div> Data: _____ | | |

| | | |
|--|-----------|-----------|
| Necessità di coinvolgere l' AREA TECNICA poiché il bene richiede l'esecuzione di opere impiantistiche e/o strutturali | SI | NO |
| Esaminato l'eventuale progetto di adeguamento (e di successivo ripristino), viste le caratteristiche tecniche necessarie al funzionamento, i locali oggetto di installazione e gli impianti connessi, si esprime il seguente parere: <input type="checkbox"/> Favorevole <input type="checkbox"/> Non favorevole per i seguenti motivi _____ <div style="text-align: right;"> Direttore Area del Dipartimento AT - Zona Territoriale di _____ Timbro e firma leggibile </div> Data: _____ | | |

Il richiedente:

- ✓ Dichiaro che nella struttura interessata al progetto esistono tutte le risorse professionali e organizzative necessarie per un uso proficuo dell'apparecchio.
- ✓ Si assume tutte le responsabilità relative alla custodia dell'apparecchio e all'utilizzo sui pazienti.
- ✓ Dichiaro 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 DEL RESPONSABILE DI DIPARTIMENTO _____

FIRMA DEL RESPONSABILE DI PRESIDIO * _____

*Sia per gli aspetti legati alla L. 81 che per la possibilità di **garantire la sterilizzazione degli eventuali DM accessori**

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

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