

MODULO PER LA RICHIESTA DI VALUTAZIONE DI BENI o SERVIZI INFUNGIBILI

secondo quanto previsto Linee Guida n. 8 recanti "Ricorso a procedure negoziate senza previa pubblicazione di un bando nel caso di forniture e servizi ritenuti infungibili."

| |
|--|
| DATI DEL RICHIEDENTE Nome e cognome <u>MARCO TRAVERSA</u> E-mail Dipartimento/U.O. Centro di costo Attività del richiedente: <input checked="" type="checkbox"/> Medico ospedaliero |
| OGGETTO DELLA RICHIESTA (barrare la voce corrispondente) <input checked="" type="checkbox"/> dispositivo medico (DM) dispositivo medico dedicato ad apparecchiature elettromedicali altro bene sanitario o economale |
| TIPOLOGIA DI RICHIESTA <input type="checkbox"/> Integrazione fabbisogno <input checked="" type="checkbox"/> Altro..... |
| MOTIVAZIONE DELLA RICHIESTA E IMPIEGO PREVISTO: <u>Presidio che identifica oggettivamente il miglioramento dello spazio operatorio - Riduce l'incidenza di lesioni Duraie occorrente a relative lesioni cerebrali con rischio di rivasco polmonare</u> |
| DESCRIZIONE DEL BENE RICHIESTO: DATI GENERALI Nome commerciale e modello <u>SIRINGA INDICATORE @ LOR</u> Fabbricante <u>Heraeus TUOLVEN</u> Codice attribuito dal Fabbricante Fornitore <u>ALFA</u> Codice attribuito dal Fornitore (solo per i Dispositivi Medici) Tipo di DM: tipo 1 (DM di classe I, IIa, IIb e III, DM impiantabili attivi, IVD), tipo 2 (kit e assemblati) Codice Repertorio Nazionale DM Classificazione Nazionale Dispositivi Medici-CND Classe di Rischio DM e Impianti bili attivi (DLgs 46/97, DLgs 507/92): <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> III |
| CARATTERISTICHE TECNICHE GENERALI Descrizione <u>Siringa sterile con indicatore</u> Destinazione d'uso (impiego a cui il dispositivo è stato destinato dal fabbricante e riportato sulle etichette, nelle istruzioni per l'uso, nel materiale promozionale) <u>ANESTESIA ed ANALGESIA EPIDURALE</u> |

DICHIARAZIONE D'INFUNGIBILITÀ (da sottoscrivere in caso di bene \ servizio dichiarato infungibile): I sottoscritti dichiarano che per le indicazioni tecniche \ diagnostiche \ cliniche sopra specificate non sono a conoscenza della disponibilità sul mercato di soluzioni \ prodotti e/o sistemi alternativi ed equivalenti sotto il profilo funzionale di risultato; dichiarano inoltre di essere a conoscenza delle possibili responsabilità di natura civile, penale, disciplinare ed amministrativo-contabile, in merito all'attestazione di informazioni false, inesatte od erronee e di essere informati che ai sensi dell'art. 76 d.P.R. 28 dicembre 2000 n°445 <chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia. L'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso>.

Direttore della Unità Operativa

Firma e timbro

Per il funzionamento è necessario l'uso combinato con altri DM, farmaci o apparecchiature?

Sì, indicare quali KIT in uso e in dotazione

No

FABBISOGNO ANNUO PREVISTO (QUANTITÀ DI DM) 500 U COSTO UNITARIO (€) IVA inclusa 12

Il prodotto richiesto è già stato: utilizzato come campione gratuito? Sì No

Il prodotto \ servizio richiesto è già stato impiegato in pregresse indagini cliniche Sì No

Il prodotto \ servizio richiesto possiede le caratteristiche di: esclusività infungibilità

ESCLUSIVITÀ: prodotti o beni che possono essere ricondotti ad un unico operatore economico:

- per ragioni tecniche in quanto dotati di oggettive caratteristiche tecniche uniche, imprescindibili per l'attività diagnostiche e terapeutiche, ragioni giuridiche attinenti allo tutela dei diritti esclusivi (protetti da brevetto, privilegio industriali, diritto d'autore)

possono essere forniti da operatore economico determinato, anche se di per sé fungibili con altri prodotti o tecniche che garantiscono equivalenti prestazioni e risultati.

INFUNGIBILITÀ: prodotti non equivalenti ad altri, né per utilità né per valore e, quindi, non interscambiabili con altri. L'infungibilità in campo sanitario attiene alla mancanza di una alternativa diagnostica, terapeutica o tecnica; attiene cioè ad aspetti funzionali, di utilizzo clinico o di risultato.

(solo per i Dispositivi Medici) DISPOSITIVI MEDICI SIMILI

Sono disponibili alternative nel repertorio aziendale?

No

Sì, specificare:

- quali (nome commerciale e modello)

- motivazione mancato impiego alternativa disponibile