



AZIENDA OSPEDALIERA
SAN GIOVANNI ADDOLORATA



REGIONE
LAZIO

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>DR Augusto Proietti</u> E-mail Tel, Dipartimento / U.O. Centro di costo Attività del richiedente: <input type="checkbox"/> Medico ospedaliero
OGGETTO DELLA RICHIESTA (barrare la voce corrispondente) <input type="checkbox"/> dispositivo medico (DM) <input type="checkbox"/> dispositivo medico dedicato ad apparecchiature elettromedicali <input type="checkbox"/> altro bene sanitario o economale

TIPOLOGIA DI RICHIESTA <input type="checkbox"/> Integrazione fabbisogno <input type="checkbox"/> Altro.....
MOTIVAZIONE DELLA RICHIESTA E IMPIEGO PREVISTO: <u>CASI COMPLESSI DI CHIRURGIA VITAO RETINICA</u>

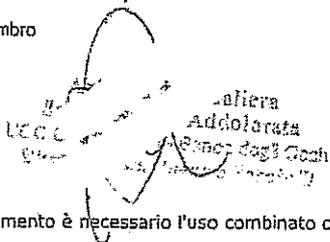
DESCRIZIONE DEL BENE RICHIESTO: DATI GENERALI Nome commerciale e modello <u>25 G PICK NEEDLE</u> Fabbricante <u>VITREX</u> Codice attribuito dal Fabbricante <u>CNE5-D04</u> Fornitore <u>OPTIKON 2000</u> Codice attribuito dal Fornitore <u>CNE5-D04</u> <i>(solo per i Dispositivi Medici)</i> Tipo di DM: tipo 1 (DM di classe I, IIa, IIb e III, DM Implantabili attivi, JVD) tipo 2 (kit e assemblati) Codice Repertorio Nazionale DM <u>1683243</u> Classificazione Nazionale Dispositivi Medici-CND <u>90289</u> Classe di Rischio DM e Implantabili attivi (DLgs 46/97, DLgs 507/92): <input type="checkbox"/> I <input checked="" type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> III
CARATTERISTICHE TECNICHE GENERALI Descrizione <u>AGO / PICK 25 G MONOUSO CODICE COLORE</u> <u>PER FACILE IDENTIFICAZIONE DEL CALIBRO, STERILE,</u> <u>MONOUSO, PER INTERVENTI DI VITAO RETINICA.</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>PER INTERVENTI DI VITAO RETINICA</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

No

FABBISOGNO ANNUO PREVISTO (QUANTITÀ DI DM) 50 COSTO UNITARIO (€) IVA inclusa 15,98

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 economica;

- per ragioni tecniche in quanto dotati di oggettive caratteristiche tecniche uniche, imprescindibili per l'attività diagnostiche e terapeutiche, ragioni giuridiche attinenti alla tutela dei diritti esclusivi (protetti da brevetto, privative 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