



**REGIONE LAZIO**  
**AZIENDA OSPEDALIERA**  
**COMPLESSO OSPEDALIERO SAN GIOVANNI ADDOLORATA**  
 L.R. Lazio 16.06.94, n. 18 – D.G.R. Lazio 30.06.94, n. 5163



**UOC Farmacia Dispositivi Biomedici e Presidi**  
**UOS Vigilanza e Appropriatazza d'Uso dei Dispositivi Medici**  
**Responsabile: Dr.ssa Agata S. Palumbo**  
**Tel. 0677053633 - Fax 06770579180**

**TECNOLOGIE AVANZATE**  
**SCHEDA DI VALUTAZIONE**  
**Dispositivi Medici**

CdC \_\_\_\_\_ Struttura \_\_\_\_\_

Responsabile: Dr/ Prof. \_\_\_\_\_  
(o eventuale Sostituto)

Caposala \_\_\_\_\_

CND \_\_\_\_\_

Codice Aziendale \_\_\_\_\_ Codice Fornitore \_\_\_\_\_

(se noto)

Descrizione D.M. SISTEMA STEREOTASSICO / MASK / PEGGIATESTA

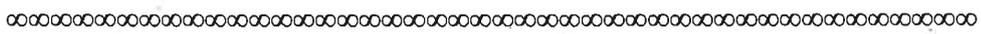
Unità inviate N° 3

Motivazioni per la prova del Campione:

- Gara
- Verifica nuovi prodotti
- Campioni richiesti dal Clinico
- Varie (specificare): \_\_\_\_\_

Data 19/04/2024

Il Responsabile della Farmacia  
.....



Unità valutate N° 3 N°1 SISTEMA STEREOTASSICO

La valutazione deve essere espressa barrando le caselle secondo la scala di valutazione (adeguato 5; non adeguato 0):

Adeguato < 5 X 3 2 1 0 > non adeguato

Facilità d'uso	0	1	2	3	<u>X</u>	5
Funzionalità	0	1	2	3	<u>X</u>	5
Maneggevolezza	0	1	2	<u>X</u>	4	5
Resistenza/Robustezza	0	1	2	3	4	5
Compatibilità con altro DM o apparecchiature	0	1	2	3	4	<u>X</u>
Praticità nell'apertura della confezione	0	1	2	3	4	<u>X</u>
Praticità nello stoccaggio	0	1	2	3	4	5
Altro (specificare): TEMPERATURE TEMPO INDURIMENTO COMPATIBILITA' SUPPOMO	0	1	2	3	4	5



REGIONE LAZIO  
AZIENDA OSPEDALIERA  
COMPLESSO OSPEDALIERO SAN GIOVANNI ADDOLORATA  
L.R. Lazio 16.06.94, n. 18 - D.G.R. Lazio 30.06.94, n. 5163



UOC Farmacia Dispositivi Biomedici e Presidi  
UOS Vigilanza e Appropriatelyzza d'Uso dei Dispositivi Medici  
Responsabile: Dr.ssa Agata S. Palumbo  
Tel. 0677053633 - Fax 06770579180

## TECNOLOGIE AVANZATE

### SCHEDA DI VALUTAZIONE

### Dispositivi Medici

CdC \_\_\_\_\_ Struttura \_\_\_\_\_

Responsabile: Dr/ Prof. \_\_\_\_\_  
(o eventuale Sostituto)

Caposala \_\_\_\_\_

CND \_\_\_\_\_

Codice Aziendale \_\_\_\_\_ Codice Fornitore \_\_\_\_\_

(se noto)

Descrizione D.M. \_\_\_\_\_

Unità inviate N° .....

Motivazioni per la prova del Campione:

Gara

Campioni richiesti dal Clinico

Verifica nuovi prodotti

Varie (specificare): \_\_\_\_\_

Data .....

Il Responsabile della Farmacia

.....

Unità valutate N° ..... N° 3 Poggia TESTA

La valutazione deve essere espressa barrando le caselle secondo la scala di valutazione (adeguato 5; non adeguato 0):

Adeguato < 5    4    3    2    1    0 > non adeguato

	0	1	2	3	4	5
Facilità d'uso						<input checked="" type="checkbox"/>
Funzionalità						<input checked="" type="checkbox"/>
Maneggevolezza						<input checked="" type="checkbox"/>
Resistenza/Robustezza					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Compatibilità con altro DM o apparecchiature						<input checked="" type="checkbox"/>
Praticità nell'apertura della confezione						<input checked="" type="checkbox"/>
Praticità nello stoccaggio						<input checked="" type="checkbox"/>
Altro (specificare): TEMPERATURE TEMPO INDURIMENTO COMPATIBILITÀ SUPPOMO						

Rispetto al Dispositivo Medico in uso, il presente risulta essere:

|peggiore|

|uguale|

|migliore|

Valutazione Conclusiva:

**Idoneo** alle esigenze della Struttura

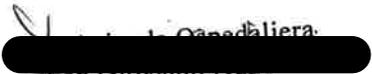
**Non Idoneo** alle esigenze della Struttura

Note:

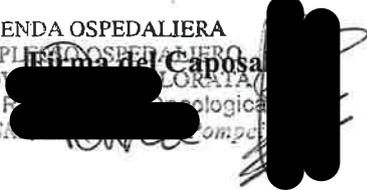
- 1) Buona maneggevolezza e tenuta (Sistemi steno)
- 2) Buona consistenza e Resistenza (Borite)
- 3) Buona tenuta in acqua e maneggevolezza (Marelli)

Data 19.04.2024

Firma del Responsabile della U.O.C.

  
Azienda Ospedaliera  
San Giovanni  
Uoc Radioterapia Oncologica  
CdC 1DOT050000

AZIENDA OSPEDALIERA  
COMPLESSO OSPEDALIERO  
S. GIOVANNI BATTISTA  
U.O.C. Radioterapia Oncologica  
CPS TS



I Dispositivi sono stati Valutati da :

Medici

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*caposala* COORDINATORE TECNICO MARCO POMPEI

Infermieri

NO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



REGIONE LAZIO  
AZIENDA OSPEDALIERA  
COMPLESSO OSPEDALIERO SAN GIOVANNI ADDOLORATA  
L.R. Lazio 16.06.94, n. 18 - D.G.R. Lazio 30.06.94, n. 5163



UOC Farmacia Dispositivi Biomedici e Presidi  
UOS Vigilanza e Appropriatazza d'Uso dei Dispositivi Medici

Responsabile: *Dr.ssa Agata S. Palumbo*

Tel. 0677053633 - Fax 06770579180

*ELSE SOLUTIONS*

## SCHEDA DI VALUTAZIONE Dispositivi Medici

CdC \_\_\_\_\_ Struttura \_\_\_\_\_

Responsabile: Dr/ Prof. \_\_\_\_\_  
(o eventuale Sostituto)

Caposala \_\_\_\_\_

CND \_\_\_\_\_

Codice Aziendale \_\_\_\_\_ Codice Fornitore \_\_\_\_\_

(se noto)

Descrizione D.M. *SISTEMA STENOOTASSICO / MASK / POCCHIATESTA*

Unità inviate N° ..... *3* .....

Motivazioni per la prova del Campione:

Gara

Campioni richiesti dal Clinico

Verifica nuovi prodotti

Varie (specificare): \_\_\_\_\_

Data *19/04/2024*

Il Responsabile della Farmacia

.....

Unità valutate N° ..... *5* ..... N° *1* ..... *SISTEMA STENOOTASSICO*

La valutazione deve essere espressa barrando le caselle secondo la scala di valutazione (adeguato 5; non adeguato 0):

Adeguato < 5    4    3    2    1     > non adeguato

Facilità d'uso	0	1	2	3	4	5
Funzionalità	0	1	2	3	4	5
Maneggevolezza	0	1	2	3	4	5
Resistenza/Robustezza	0	1	2	3	4	5
Compatibilità con altro DM o apparecchiature	0	1	2	3	4	5
Praticità nell'apertura della confezione	0	1	2	3	4	5
Praticità nello stoccaggio	0	1	2	3	4	5
Altro (specificare): <i>TEMPERATURE TEMPO INDAURIMENTO COMPATIBILITÀ SUPPOMO</i>	0	1	2	3	4	5



Rispetto al Dispositivo Medico in uso, il presente risulta essere:

|peggiore|

|uguale|

|migliore|

Valutazione Conclusiva:

**Idoneo** alle esigenze della Struttura

**Non Idoneo** alle esigenze della Struttura

Note:

- 1) Non valutabile perché non comparabile con vecchio sistema (Sist. St.)
- 2) Buona consistenza e tenuta (Base He)
- 3) 6 H in tenuta in acqua e nebulizzate (Noselec)

Data 29-04-2024

Firma del Responsabile della U.O.C.

[Redacted Signature]

San Giovanni Addolorata  
Uoc Radioterapia Oncologica  
CdC 1DOT050000

AZIENDA OSPEDALIERA  
COMPLESSO OSPEDALIERO  
S. GIOVANNI ADDOLORATA  
U.O. Oncologia  
CPS

Firma del Capos

[Redacted Signature]

I Dispositivi sono stati Valutati da :

Medici

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Caposala

COORDINATORE TECNICO MAREO POMPEO

Infermieri

NO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**REGIONE LAZIO**  
**AZIENDA OSPEDALIERA**  
**COMPLESSO OSPEDALIERO SAN GIOVANNI ADDOLORATA**  
 L.R. Lazio 16.06.94, n. 18 - D.G.R. Lazio 30.06.94, n. 5163



**UOC Farmacia Dispositivi Biomedici e Presidi**  
**UOS Vigilanza e Appropriatazza d'Uso dei Dispositivi Medici**  
*Responsabile: Dr.ssa Agata S. Palumbo*  
 Tel. 0677053633 - Fax 06770579180

## TECHOSAH

### SCHEDA DI VALUTAZIONE

#### Dispositivi Medici

CdC \_\_\_\_\_ Struttura \_\_\_\_\_

Responsabile: Dr/ Prof. \_\_\_\_\_  
 (o eventuale Sostituto)

Caposala \_\_\_\_\_

CND \_\_\_\_\_

Codice Aziendale \_\_\_\_\_ Codice Fornitore \_\_\_\_\_

(se noto)

Descrizione D.M. SISTEMA STEWETASSICO / MASK / POCCHIA TESTA

Unità inviate N° ..... 3 .....

Motivazioni per la prova del Campione:

- Gara  Campioni richiesti dal Clinico  
 Verifica nuovi prodotti  Varie (specificare): \_\_\_\_\_

Data 19/04/24

Il Responsabile della Farmacia

.....

.....

Unità valutate N° ..... 3 ..... N°1 SISTEMA STEWETASSI

La valutazione deve essere espressa barrando le caselle secondo la scala di valutazione (adeguato 5; non adeguato 0):

Adeguato < 5    4    X    2    1    0 > non adeguato

Facilità d'uso	0	1	<u>X</u>	3	4	5
Funzionalità	0	1	2	<u>X</u>	4	5
Maneggevolezza	0	1	2	<u>X</u>	4	5
Resistenza/Robustezza	0	1	2	3	4	5
Compatibilità con altro DM o apparecchiature	0	1	<u>X</u>	3	4	5
Praticità nell'apertura della confezione	0	1	2	3	<u>X</u>	5
Praticità nello stoccaggio	0	1	2	3	4	5
Altro (specificare): TEMPERATURE TEMPO INDURIMENTO COMPATIBILITÀ SUPPOMO	0	1	2	3	4	5



Rispetto al Dispositivo Medico in uso, il presente risulta essere:

|peggiore|

|uguale|

|migliore|

Valutazione Conclusiva:

**Idoneo** alle esigenze della Struttura

**Non Idoneo** alle esigenze della Struttura

Note:

- 1) Sufficiente compatibilità elett (Sistemi Steril)
- 2) Buona consistenza e resistenza (Basilic)
- 3) Sufficiente tenuta in ogni emergenza (Manica)

Data 18.06.2024

Firma del Responsabile della U.O.C.

  
Azienda Ospedaliera  
San Giovanni Addolorata  
Uoc Radioterapia Oncologica  
CdC 1DOT050000

Firma del Caposala

  
AZIENDA OSPEDALIERA  
S.C. SAN GIOVANNI ADDOLORATA  
U.O. ONCOLOGIA  
Caposala: Dott. Marco Pompei

I Dispositivi sono stati Valutati da :

Medici

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Caposala

COORDINATORE TECNICO MARCO POMPEI

Infermieri

NO



**REGIONE LAZIO**  
**AZIENDA OSPEDALIERA**  
**COMPLESSO OSPEDALIERO SAN GIOVANNI ADDOLORATA**  
 L.R. Lazio 16.06.94, n. 18 - D.G.R. Lazio 30.06.94, n. 5163



**UOC Farmacia Dispositivi Biomedici e Presidi**  
**UOS Vigilanza e Appropriatazza d'Uso dei Dispositivi Medici**

*Responsabile: Dr.ssa Agata S. Palumbo*

Tel. 0677053633 - Fax 06770579180

**TEMA SILVERGFE.**

**SCHEDA DI VALUTAZIONE**  
**Dispositivi Medici**

Cdc 107050000 Struttura \_\_\_\_\_

Responsabile: Dr/ Prof. DAPIELA MUSIO  
 (o eventuale Sostituto) \_\_\_\_\_

Caposala COORDINATORE TECNICO MARCO POMPEI

CND \_\_\_\_\_

Codice Aziendale \_\_\_\_\_ Codice Fornitore \_\_\_\_\_

(se noto)

Descrizione D.M. SISTEMA MODULARE STEWOTASSI FOGGIA TESTA

Unità inviate N° 2

Motivazioni per la prova del Campione:

Gara

Campioni richiesti dal Clinico

Verifica nuovi prodotti

Varie (specificare): \_\_\_\_\_

Data 16/04/2024

Il Responsabile della Farmacia

.....

Unità valutate N° 2 N°1 SISTEMA STEWOTASSI

La valutazione deve essere espressa barrando le caselle secondo la scala di valutazione (adeguato 5; non adeguato 0):

\* Adeguato  4    3    2    1    0 > non adeguato

Facilità d'uso	0	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/> 5
Funzionalità	0	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/> 5
Maneggevolezza	0	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/> 5
Resistenza/Robustezza	0	1	2	3	4	5
Compatibilità con altro DM o apparecchiature	0	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/> 4	5
Praticità nell'apertura della confezione	0	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/> 5
Praticità nello stoccaggio	0	1	2	3	4	5
Altro (specificare): TEMPERATURE TEMPO INDAURIMENTO COMPATIBILITÀ SUPPOMO	0	1	2	3	4	5



**REGIONE LAZIO**  
**AZIENDA OSPEDALIERA**  
**COMPLESSO OSPEDALIERO SAN GIOVANNI ADDOLORATA**  
 L.R. Lazio 16.06.94, n. 18 – D.G.R. Lazio 30.06.94, n. 5163



**UOC Farmacia Dispositivi Biomedici e Presidi**  
**UOS Vigilanza e Appropriattezza d'Uso dei Dispositivi Medici**  
*Responsabile: Dr.ssa Agata S. Palumbo*  
**Tel. 0677053633 - Fax 06770579180**

*TEMA S. LERCIO*

**SCHEDA DI VALUTAZIONE**  
**Dispositivi Medici**

CdC \_\_\_\_\_ Struttura \_\_\_\_\_

**Responsabile: Dr/ Prof.** \_\_\_\_\_  
 (o eventuale Sostituto)  
**Caposala** \_\_\_\_\_

CND \_\_\_\_\_

**Codice Aziendale** \_\_\_\_\_ **Codice Fornitore** \_\_\_\_\_  
 (se noto)

**Descrizione D.M.** \_\_\_\_\_

**Unità inviate N°** .....

**Motivazioni per la prova del Campione:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Gara<br><input type="checkbox"/> Verifica nuovi prodotti | <input type="checkbox"/> Campioni richiesti dal Clinico<br><input type="checkbox"/> Varie (specificare): _____ |
|---|--|

**Data** ..... **Il Responsabile della Farmacia** .....



**Unità valutate N°** ..... *N°2 POGGIA TESTA*

La valutazione deve essere espressa barrando le caselle secondo la scala di valutazione (adeguato 5; non adeguato 0):

Adeguato < ~~5~~ 4 3 2 1 0 > non adeguato

Facilità d'uso	0	1	2	3	4	5
Funzionalità	0	1	2	3	4	5
Maneggevolezza	0	1	2	3	4	5
Resistenza/Robustezza	0	1	2	3	4	5
Compatibilità con altro DM o apparecchiature	0	1	2	3	4	5
Praticità nell'apertura della confezione	0	1	2	3	4	5
Praticità nello stoccaggio	0	1	2	3	4	5
Altro (specificare): <i>TEMPE RATURE</i> <i>TEMPO INAURIAMENTO</i> <i>COMPATIBILITÀ SUPPOMO</i>	0	1	2	3	4	5

# TEMA SIERGIE

Rispetto al Dispositivo Medico in uso, il presente risulta essere:

\*  peggioro  uguale  migliore

Valutazione Conclusiva:

x  Idoneo alle esigenze della Struttura  Non Idoneo alle esigenze della Struttura

x Note:

- 1) Manin non adeguata e tenuta (Sintet stero)
- 2) Consistenza e resistenza ottima (Dose He)
- 3) Non disponibili (Mascher) (Mascher)

x Data 29.04.2024

Firma del Responsabile della U.O.C.

Azienda Ospedaliera  
San Giovanni Addolorata  
Uoc Radioterapia Oncologica  
CdC 1DOT050000

Firma del Capos

SPEDALIER  
OSPEDALI  
OLO  
na Onc  
San Marco

I Dispositivi sono stati Valutati da :

Medici

DAHIELA MUSIO

Caposala

COORDINATORE TECNICO MARCO POMPEI

Infermieri

NO