

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA VISIONE/PROVA DI APPARECCHIATURE E SISTEMI Elettromedicali

QUADRO A

UNITÀ OPERATIVA RICHIEDENTE	
UO	
Nominativo Referente	
Telefono	
E-mail	
DATI APPARECCHIATURA	
Descrizione Tipologia* (ad esempio Elettrocardiografo, Laser, ecc)	
Motivazione/necessità di futura acquisizione* (ad es. impiego clinico)	
Produttore*	
Modello*	
Marcatura CE (SI/NO)	
Classe	
Accessori previsti	
Materiale di consumo previsto (quantità e tipologia)	
Valore commerciale (Euro)	
N. apparecchiature richieste	
Durata visione (in giorni)	
Data presunta inizio	
DATI FORNITORE	
Ragione Sociale*	
Indirizzo*	
Nominativo Referente*	
Telefono*	
E-mail*	

* campo obbligatorio.

DICHIARAZIONE

Il sopraindicato Dirigente Medico richiede alla Direzione Sanitaria Aziendale ed alla U.O.C. Tecnologia Ospedaliera ed HTA, ognuno per le rispettive competenze, l'autorizzazione alla visione scientifica dell'apparecchiatura sopra specificata.

A tal fine dichiara:

- ✓ di aver concordato con il fornitore, per il tramite del sopraindicato Referente, modalità, tempi di consegna, installazione e formazione all'uso e ritiro del bene;
- ✓ il collaudo dovrà essere effettuato dalla società fornitrice in contraddittorio con la U.O.C. Tecnologia Ospedaliera ed HTA e sarà a carico della ditta fornitrice, che avrà l'onere di fornire la strumentazione necessaria;
- ✓ l'utilizzo dell'apparecchiatura elettromedicale sarà autorizzato solo dopo il rilascio del certificato di collaudo con esito positivo;
- ✓ che l'utilizzo dell'apparecchiatura non comporterà, per l'Azienda, alcun onere economico in termini di acquisto di materiali di consumo in quanto tutti i materiali necessari all'utilizzo del bene saranno forniti, con oneri a proprio carico, da parte del fornitore;
- ✓ di voler allocare l'apparecchiatura presso il reparto _____, stanza _____ dove **vengono/non vengono** impiegati gas infiammabili;
- ✓ di leggere attentamente il manuale d'uso dell'apparecchiatura prima del suo utilizzo;
- ✓ di attenersi scrupolosamente alle disposizioni contenute nel suddetto manuale;
- ✓ di adottare tutti i DPI previsti dal produttore dell'apparecchiatura e/o dalla vigente normativa;
- ✓ di essere stato informato, che la cessione in prova dei beni succitati non impegna in alcun modo l'Azienda ad una successiva acquisizione degli stessi;
- ✓ di impegnarsi a trasmettere alla U.O.C. Tecnologia Ospedaliera ed HTA, al termine della visione, dettagliata relazione in merito.

Caserta, _____

Il Direttore U.O.
(timbro e firma)



QUADRO B

AUTORIZZAZIONE DELLA DIREZIONE SANITARIA

(compilazione a cura della Direzione Sanitaria)

Il Direttore Sanitario, vista la richiesta di visione scientifica di apparecchiatura elettromedicale inoltrata dal Direttore della U.O. _____, rif. prot. N° _____ del _____,

- ☐ **AUTORIZZA**, per la parte di competenza, l'ingresso e l'utilizzo previo collaudo.
☐ **NON AUTORIZZA** la visione richiesta.

Note:

Caserta, _____

Il Direttore Sanitario



QUADRO C

AUTORIZZAZIONE DELLA U.O.C. TECNOLOGIA OSPEDALIERA E HTA

(compilazione a cura della U.O.C. Tecnologia Ospedaliera e HTA)

Il direttore U.O.C. Tecnologia Ospedaliera e HTA,

- ✓ Vista la richiesta di visione scientifica di apparecchiatura elettromedicale inoltrata dal Direttore della U.O. _____, rif. prot. N° _____ del _____;
- ✓ Vista la documentazione presentata dalla Ditta a riscontro della richiesta prot. _____ del _____, in atti giacente;
- ✓ Visto il nulla osta espresso dalla direzione Sanitaria, in atti giacente;

☐ AUTORIZZA

☐ NON AUTORIZZA

l'ingresso del bene presso le strutture dell'Azienda Ospedaliera.

Il definitivo nulla osta all'utilizzo è subordinato al superamento del collaudo di accettazione, fissato per le ore _____ del _____.

Note:

Caserta, _____

Il Direttore U.O.C. Tecnologia Ospedaliera e HTA



QUADRO D

RELAZIONE FINALE SULLA VISIONE

(compilazione a cura della U.O. richiedente)

In riferimento alla richiesta di visione scientifica di apparecchiatura elettromedicale prot. _____ del _____, si dichiara:

Impiego clinico:

Vantaggi:

Svantaggi:

Conclusioni:

Caserta, _____

Il Direttore U.O.
(timbro e firma)



QUADRO E

RITIRO APPARECCHIATURA (compilazione a cura della U.O. richiedente)	
Si attesta che in data _____, la Ditta _____ ha provveduto al ritiro del bene:	
Descrizione classe tecnologica	_____
Produttore	_____
Modello	_____
Matricola/e	_____
Note	_____ _____ _____ _____ _____ _____
Caserta, _____	
Per la Ditta fornitrice (timbro e firma)	Il Direttore U.O. (timbro e firma)