



MOD 01- MODULO DI RICHIESTA D'INTRODUZIONE DISPOSITIVI MEDICI NELLE PRATICHE ASSISTENZIALI

**AL PRESIDENTE DELLA COMMISSIONE TERAPEUTICA AZIENDALE E DEI DISPOSITIVI MEDICI
(CTA-DM)**

DATI GENERALI

1. Unità utilizzatrice

- UO richiedente: _____
- Centro di Costo: _____
- Dipartimento: _____

2. Recapiti

- Telefono: _____
- E-mail: _____

3. Tipo Richiesta

- Nuovo dispositivo
- Materiale di consumo
- Descrizione del prodotto e del suo utilizzo clinico

SEZIONE TECNICA

Informazioni relative alla gamma dei prodotti e dei produttori

- CND _____
- Numero di repertorio _____
- REF _____



**AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE
PESCARA
FARMACIA OSPEDALIERA
VIA R. PAOLINI, 47**



- Denominazione del produttore _____
- Denominazione del distributore _____
- Accessori richiesti per l'utilizzo del dispositivo: _____
- Eventuali esigenze di strumentazione legata all'utilizzo: _____

IMPATTO, COERENZA STRATEGICA

1. Il nuovo dispositivo andrebbe a :

- Innovare
- Sostituire
- Affiancare

Le alternative esistenti, di seguito descritte.

2. L'introduzione del dispositivo è necessaria per l'attività di base del Dipartimento/Unità?

- Sì
- No

Se sì indicare le motivazioni

3. L'introduzione del dispositivo è innovativa per l'Ente?

- Sì
- No

Se sì indicare le motivazioni

4. Esistono altri dispositivi analoghi già utilizzati dall'Ente?

- Sì



**AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE
PESCARA
FARMACIA OSPEDALIERA
VIA R. PAOLINI, 47**



No

Se si indicare quali.

VANTAGGI E PECULIARITA' LEGATE ALL' UTILIZZO

Se presenti alternative, quali sono i vantaggi clinici ed economici del dispositivo rispetto alle alternative già in uso:

1. Se prevedono vantaggi per il paziente?:

Si

No

Se si, indicare quali

2. Si prevede un risparmio di tempo dell'erogazione della prestazione?

Si

No

Se si indicare le motivazioni

3. Si prevede un risparmio nei costi?

Si

No

Se si indicare quali.



**AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE
PESCARA
FARMACIA OSPEDALIERA
VIA R. PAOLINI, 47**



DESCRIZIONE ATTIVITA'

1. Tipo di prestazioni effettuate (in quantità/ anno previste)

- Ordinarie _____
- DH: _____
- Ambulatori: _____

2. ICD 9 CM e DRG (se applicabile) associati all'utilizzo del dispositivo medico in Oggetto

- ICD 9 CM: _____
- DRG: _____

COSTI

- Costo unitario di acquisto in Euro (IVA esclusa) _____
- Fabbisogno annuale previsto in quantità _____

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

- Letteratura disponibile segnalando eventuali articoli in cui venga inclusa anche una valutazione economica. Per i criteri di selezione degli studi disponibili in letteratura si faccia riferimento alla struttura PICO (Popolazione, Intervento, Confronto, Outcome)

- Scheda tecnica del prodotto
- Altre informazioni ritenute utili dal richiedente



**AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE
PESCARA
FARMACIA OSPEDALIERA
VIA R. PAOLINI, 47**



DICHIARAZIONE DI INFUNGIBILITA'

NB: da compilare solo nel caso in cui non vi siano altri dispositivi utilizzabili per il trattamento del paziente

- Il bene è coperto da un brevetto, del quale beneficia una sola ditta che è l'unica a poterlo fornire o per diritto di esclusività sulla distribuzione in tutto il territorio europeo, o per diritto esclusivo di produzione e distribuzione.

Documentare ed allegare dichiarazione della Ditta

- Il prodotto è specificatamente dedicato ad un macchinario o ad una strumentazione di proprietà dell'azienda, già in dotazione, non compatibile con altri prodotti reperibili in commercio

Documentare

- Il prodotto presenta requisiti indispensabili alla tecnica chirurgica, terapeutica e di indagine diagnostica, non rinvenibile in altri prodotti esistenti in commercio

Documentare

Data

(Firma leggibile)

Il medico richiedente _____

Il Direttore dell'UO _____

Il Direttore del Dipartimento _____