

N.Richiesta	<b>MODULO DI RICHIESTA DISPOSITIVI MEDICI</b>	<b>IRE</b>  <b>ISG</b>
(Spazio Riservato)	Valdo per acquisizione di dispositivo medico, presidio medico chirurgico, dispositivo diagnostico e DPI infungibile	
Data	22/06/2023	
Dipartimento	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	RICERCA E TECNOLOGIE AVANZATE
U.O. / Servizio richiedente	UOSD FISICA MEDICA E SISTEMI ESPERTI	

### A) INFORMAZIONI SANITARIE

Tipologia, descrizione e caratteristiche tecniche del dispositivo:

Lastre di fantoccio solido 30x30cm. Marca GAMMEX con i seguenti spessori:

n1 slab 50mm - n1 slab 20mm - n1 slab 10mm - n1 slab 05mm - n2 slab 03mm inoltre sono necessari i seguenti plugs:

n1 plug Camera PTW TW 34045 (Advanced Markus)

n1 plug Camera PTW TW 31021 (Semiflex 3D)

Ragioni di natura tecnica correlate a specifiche indicazioni di natura diagnostico terapeutica e di risultato che non consentono l'impiego di prodotti con caratteristiche equivalenti e che giustificano la dichiarazione di infungibilità:

Le lastre andranno ad integrare quelle già in nostro possesso e per tale motivo devono essere della stessa tipologia e marca (GAMMEX) di quelle attualmente esistenti. L'integrazione si rende necessaria per effettuare verifiche di profilo di dose con nuovi apparecchi e misure di dose con due nuovi rivelatori acquistati.

### B) INFORMAZIONI ORGANIZZATIVE

Dispositivo dedicato ad apparecchiatura di proprietà?

si

no

Necessità di incremento del personale per il funzionamento e/o attività connesse ?

si (indicare numero, qualifica e costi)

no

Necessità di nuove modalità organizzative?

si (indicare quali)

no

Necessità di formazione del personale?

si (indicare quantità, tempi e costi)

no

Codice di repertorio nazionale:

Produttore:

GAMMEX FORNITORE TECNOLOGIE AVANZATE

Fabbisogno annuo presunto in UM:

N.A.

Spesa annua presunta (IVA esclusa):

Vedi allegato "Offerta lastre in acqua solida equivalente"  
CIRCA 7000 € IVA ESCLUSA

Durata proposta del contratto di fornitura:

Informazioni aggiuntive:

INTEGRAZIONE DISPOSITIVO GIÀ  
ESISTENTE

### C) DICHIARAZIONE DI INFUNGIBILITA'

I sottoscritti, consapevoli delle possibili responsabilità di natura civile, penale, disciplinare e amministrativo-contabile in merito all'attestazione di informazioni false, inesatte od erranee, dichiarano che, per le indicazioni cliniche sopra specificate, non sono disponibili nel repertorio nazionale DM prodotti alternativi con caratteristiche equivalenti, sia in termini prestazionali che funzionali, dal punto di vista clinico-terapeutico, ovvero con effetto terapeutico comparabile, fatte salve le variabilità individuali dei singoli pazienti da trattare.

Timbro/firma Dirigente Richiedente

*Storari*  
UOSD-Laboratorio di

Fisica Medica e Sistema Esperti  
Dipartimento di Ricerca e Diagnostica

Timbro/firma Capo Dipartimento

Avanzata

Direttore Dott. Antonello Vidiri

Timbro/firma Direttore Farmacia

D) Valutazione Direz.ne Sanitaria :

Massima urgenza

Priorità piano acquisti anno

Urgente

Non urgente

Programmabile

Timbro/Firma Direttore Sanitario