

Oggetto: Fwd: richiesta acquisto dispositivo infungibile kit elves radial
Mittente: giuliana.flore@asloristano.it
Data: 24/01/2018 17:38
A: Rosalba Muscas <rosalba.muscas@asloristano.it>
CC: Farmacia Ospedale San Martino Oristano <farmaciaor@asloristano.it>

Buon giorno

Si trasmette in allegato una richiesta del Direttore della U.O. di chirurgia Dr. Gianfranco Porcu per l'acquisto del dispositivo infungibile Kit Elves per coartazione della safena.

Si precisa che sono state attivate le procedure previste dalla delibera ATS 1108/2017 e si è in attesa del parere da parte del gruppo di valutazione.
Il cod. areas 1194269

In attesa di riscontro

Saluti

Giuliana Flore

----- Messaggio inoltrato -----

Da: farmaciaor@asloristano.it

A: "giuliana flore" <giuliana.flore@asloristano.it>

Inviato: Mercoledì, 24 gennaio 2018 17:00:02

Documento acquisito da fotocopiatore Farmacia Ospedaliera

—Allegati:—

doc01391420180124155956.pdf

1,6 MB

- Controllato 1707/2017



ATSSardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Oristano

Prot N° 8/18

*F. Blaisel
al momento
eseguire
il provvisto
d'igiene
25/01/2018
[Signature]*

Unità Operativa Blocco Operatorio

**Al Responsabile del Provveditorato
Dottorssa R. Muscas**

**Al responsabile della Farmacia
Dottorssa G. Flore**

Oristano, lì 25/01/2018

Oggetto: Richiesta di acquisto kit elves radial 2Ring

Si richiede con carattere d'urgenza l'acquisto di 40 pezzi (pari a un consumo mensile) di kit elves radial 2Ring distribuito in esclusiva da Biolitec Italia, in attesa che si riunisca la commissione per l'acquisto.

Si allega richiesta di infungibilità

Il Direttore U. O. Chirurgia generale

Dottor Gianfranco Porcu

[Signature of Dottor Gianfranco Porcu]

ALLEGATO 1 – MODULO RICHIESTA ACQUISIZIONE PRODOTTO/SERVIZIO INFUNGIBILE ED ESCLUSIVO

STRUTTURA/U.O. RICHIEDENTE

Chirurgia Generale

TIPOLOGIA PRODOTTO/SERVIZIO

Kit elues radial 2 Ring

PRESTAZIONE RIENTRANTE NEI L.E.A.:

SI

☒ NO

Indicazione terapeutica per specifica patologia

Coartazione endovascolare della vena iliaca e
piccolo safene

Indicazione terapeutica per specifici casi clinici

Sole varicosa e fibrosi della vena
degli arti inferiori

Altro (specificare)

PRODUTTORE/FORNITORE

Biotech Italia

COSTO PER SINGOLA PRESTAZIONE

270,00

NUMERO DI PRESTAZIONI RICHIESTE

(per le specifiche vedasi oltre)

COSTO TOTALE PREVENTIVATO

54000,00

FORMA

DI

ACQUISIZIONE

PROPOSTA

EVENTUALI MATERIALI DI CONSUMO DEDICATI:

SI

NO

SE SI E' RISPOSTO "SI" ALLA PRECEDENTE DOMANDA, INDICARE TIPOLOGIA E QUANTITATIVI PRESUNTI, NONCHE' RELATIVI COSTI PER IL PERIODO CONSIDERATO:

PRODOTTI GIÀ IN USO IN ALTRE U.O.O.: SI NO

L'ACQUISIZIONE DEL BENE/SERVIZIO IMPLICA INCREMENTO DI PERSONALE? SI NO

SE SI, SPECIFICARE NUMERO E PROFILI PROFESSIONALI:

Particolari esigenze di formazione del personale

Stima delle prestazioni eseguibili in un anno

200 Kit interventi eseguiti a CRISTIANO e CHIARA

Previsione dei consumi per anno (incluso ogni voce di costo)

200 Unità per anno SGR

Dichiarazione di unicità ed infungibilità

I sottoscritti consapevoli delle conseguenti responsabilità PENALI, CIVILI, AMMINISTRATIVE E CONTABILI, dichiarano che per le indicazioni cliniche sopraindicate, non sono disponibili prodotti alternativi equivalenti dal punto di vista clinico-terapeutico, ovvero con effetto terapeutico comparabile e dichiarano di non versare in conflitto d'interesse ai sensi degli artt. 42 e 77 del D.Lgs 50/2016 e relative norme di rinvio di cui si è presa visione essendo allegate al modulo che si sottoscrive congiuntamente alla presente.

Data 09-10-17

Dirigente richiedente

Direttore Struttura/U.O. richiedente

ALLEGATO 3 – SCHEDA RACCOLTA FABBISOGNO ATS

ASSL PROPONENTE	DESCRIZIONE RICHIESTA				PRIORITÀ	STIMA COSTO		
						€		
	FABBISOGNO ATS							
	ASSL CAGLIARI	ASSL CARBONIA	ASSL LANUSEI	ASSL NUORO	ASSL OLBIA	ASSL ORISTANO	ASSL SANLURI	ASSL SASSARI
QUANTITÀ								
PRIORITÀ								
COSTO TOTALE ATS	€							

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE:

- tutti i valori debbono essere indicati al netto dell'IVA.

VAGLIO DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO

Dichiarazione di unicità ed infunibilità

I sottoscritti consapevoli delle conseguenti responsabilità PENALI, CIVILI, AMMINISTRATIVE E CONTABILI, dichiarano che le valutazioni sopra descritte sono rese secondo scienza e coscienza e dichiarano di non versare in conflitto d'interesse ai sensi degli artt. 42 e 77 del D.Lgs 50/2016 e relative norme di rinvio di cui si è presa visione essendo allegate al modulo che si sottoscrive congiuntamente alla presente.

Data _____

TIMBRO E FIRMA _____

TRASMISSIONE

ALLE

VARIE

DD.MM.PP.