



MODULO RICHIESTA ACQUISTO
BENE / SERVIZIO / APPARECCHIATURA
NON DI RILEVANZA ATS e per importo, in ragione d'anno, inferiore a € 40.000 (IVA esclusa)
(Rif. Tabella 3 allegata alla Deliberazione D.G. ATS n° 800 del 15/06/2018)

Alla Direzione P.O.U.O. "San Francesco" di Nuoro
Alla Direzione Servizio Farmaceutico Ospedaliero

Oggetto: Richiesta d'acquisto

N.B.: ai fini della privacy (dati sensibili) non indicare mai estremi anagrafici di assistiti/destinatari richiesta (solo nome e iniziale cognome)

1) SERVIZIO / STRUTTURA / U.O. RICHIEDENTE: BLOCCO OPERATORIO SALA OTORINOLARINGOIATRIA

2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: DR. CORRADO BOZZO

3) per esigenze del suddetto Servizio/U.O., si chiede la fornitura dei seguenti beni/servizi (barrare parte di non interesse) e a tal fine si dichiara che non vi sono procedure di gara aggiudicate/contratti attivi ARES/ASL N. 3 che quanto richiesto non è reperibile nei magazzini aziendali (economici, farmaceutici, protesici, ecc.) e/o non risulta disponibile presso il Servizio di Ingegneria Clinica.

4) Trattasi di richiesta di acquisto tipologia BENE / SERVIZIO EX D.P.C.M. 24/12/2015 sì no

QUANTITA'	CODICE AREAS	REFERENZA	RDM/CND/REPERTORIO	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
100	1418981	WB990007	CND Z12010985	ELETTRODO DI COAGULAZIONE BIPOLARE CelonProBreath

Ai fini dell'individuazione dell'esatta competenza dell'acquisto, la succitata richiesta deve obbligatoriamente ricadere nelle fattispecie di seguito indicate:

a) In primis, il bene/servizio/apparecchiatura NON deve essere di rilevanza ARES (se di rilevanza ARES la richiesta deve essere preventivamente trasmessa alla Direzione ASL 3 Di Nuoro che disporrà per l'inoltro alle competenti strutture ARES, ovvero: SC Acquisti Beni (per tutti i beni), SC Acquisti Servizi Sanitari (per servizi sanitari), SC Acquisti Servizi Non Sanitari (per i servizi non sanitari), SC Ingegneria Clinica (per le apparecchiature/attrezzature elettromedicali/biomedicali), Dipartimento Farmaco ARES.

b) Qualora NON SIA RILEVANZA ARES, il bene/dispositivo/apparecchiatura, ecc. richiesto deve avere un costo presunto di IMPORTO ANNUO inferiore a € 40.000 (IVA esclusa)

N.B.: Specificare, obbligatoriamente, quantità, codice AREAS, CND/RDM/REPERTORIO

5) Trattasi di bene DEDICATO/UNICO/INFUNGIBILE ex Art. 63, c. 2, lett. b), del D. Lgs. n° 50/2016 sì no

In caso affermativo specificare DITTA OLYMPUS e relativo COD. PRODOTTO Generatore ESG-400 Inventario 0009802 già presente nel nostro Blocco Operatorio

6) Richiesta per lotto unico sì no ; più lotti sì no

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI _____

8) COSTOPRESUNTO: _____ € 20.000

9) FABBISOGNO: MENSILE SEMESTRALE ANNUALE LURIENNALE CASIONALE

10) CODICE/PROGETTO/FINANZIAMENTO: fondi di bilancio o altro strumento (specificare) _____ SCHEDA TECNICA

11) EVENTUALI ALLEGATI (nel rispetto della vigente normativa privacy): _____

Firma del Direttore Dipartimento P.O./Servizio/U.O. (o suo delegato)
Corrado Bozzo
ATS Sardegna - ASSL Nuoro
Ospedale "San Francesco" - Nuoro
U.O. Otorinolaringoiatria
Direttore
Dott. Corrado Pasquale Bozzo

N.B.: Le Direzioni P.O.U.O. San Francesco di Nuoro e del Servizio Farmaceutico Ospedaliero per quanto di propria competenza qualora rilevino che la presente richiesta evidenzia la necessità di annotazioni e/o di elementi mancanti (da integrare/completare), provvederanno alla sua restituzione/integrazione/completamento ai fini del buon esito stesso della richiesta.

PARTE RISERVATA ALLA Direzione P.O.U.O. San Francesco di Nuoro (Evidenziare eventuali note e/o elementi mancanti nella richiesta ai fini della restituzione/integrazione/completamento della richiesta, altrimenti esprimere parere favorevole)

Firma Direzione P.O.U.O. (o suo Delegato)

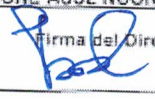



PARTE RISERVATA ALLA Direzione Servizio Farmacia ospedaliera ASSL Nuoro (Evidenziare eventuali note e/o elementi mancanti nella richiesta ai fini della restituzione/integrazione/completamento della richiesta, altrimenti esprimere parere favorevole)

Firma Direzione Servizio Farmacia Ospedaliera (o suo Delegato)

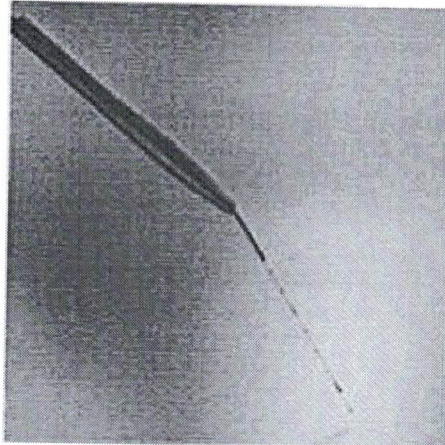
PARTE RISERVATA ALLA DIREZIONE ASSL NUORO PER L'AUTORIZZAZIONE ALL'ACQUISTO:

Firma del Direttore ASL 3 Nuoro

ELETTRODO DI COAGULAZIONE BIPOLARE *CelonProBreath*

Articolo: WB990007
Modello: *CelonProBreath*
Fabbricante: OLYMPUS WINTER & IBE GmbH
Località: Hamburg, Germany
Anno immissione
in commercio: 2016



APPLICAZIONE

L'impiego previsto per l'elettrodo di coagulazione *CelonProBreath* in combinazione con il generatore *Celon ELITE*, è l'ablazione e la coagulazione di tessuto molle in otorinolaringoiatria, compresa la retrazione del tessuto sottomucoso per la riduzione di conche nasali ipertrofiche nei pazienti con difficoltà respiratorie a livello nasale. Questo metodo terapeutico è definito anche termoterapia a radiofrequenza bipolare (RFITT). Impiegare lo strumento esclusivamente per l'applicazione descritta in questa scheda.

DESCRIZIONE

L'elettrodo di coagulazione *CelonProBreath* è realizzato secondo la tecnica bipolare, ossia non necessita di elettrodo neutro (elettrodo di ritorno separato). La corrente ad alta frequenza passa tra i due elettrodi a livello della punta dell'elettrodo di coagulazione bipolare e riscalda il tessuto che circonda l'elettrodo.
Il prodotto è sterile e monouso.

CARATTERISTICHE TECNICHE**Dimensioni**

Diametro elettrodo	1,1 mm
Lunghezza attiva dell'elettrodo	10 mm
Lunghezza dell'asta	100 mm
Lunghezza dell'impugnatura	140 mm
Lunghezza del cavo dell'elettrodo	3 m
Punta dell'applicatore	conica

Apparecchiature compatibili di controllo della potenza	Celon ELITE
Potenza in uscita RF massima ammessa	25 W
Tensione di picco RF massima ammessa	200 Vpicco

Condizioni Ambientali di Utilizzo

Temperatura Ambiente	10 ÷ 40 ° C
Umidità Relativa	15 ÷ 80 %, senza formazione di condensa

Condizioni Ambientali per la conservazione

Temperatura Ambiente	-20 ... + 50 °C
Umidità Relativa	20 ÷ 75 %, senza formazione di condensa

Normative di Riferimento apparecchiatura controllo potenza Celon ELITE

EN 60601-1 Apparecchiature elettromedicali	Norme generali per la sicurezza elettrica
EN 60601-2-2 Apparecchiature elettromedicali, apparecchiature chir. HF	Grado di protezione contro le scosse elettriche: Classe I, Parte applicata tipo BF, antidefibrillazione
EN 60601-1-2	Requisiti EMC compatibilità elettromagnetica
CEE 93/42	Direttiva per i dispositivi medici Classe IIb
Classificazione Nazionale Dispositivi Medici	Codice C.N.D.: Z12010905 (Applicatore codice CND: Z12010985)

FORNITURA

WB990007	CelonProBreath (5pcs)
	ISTRUZIONI

AVVERTENZE

Prima dell'uso di questo strumento, è opportuno leggere attentamente il manuale di istruzioni dello stesso e di tutte le attrezzature che verranno impiegate durante la procedura.