

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

ASL3 NUORO  
NP 2022/3902 del 15/11/2022 ore 11,52  
Mitt.: Dipartimento Area Medica  
Ass.: Servizio Giuridico Amministrativo



**Alla Direzione P.O.U.O. "San Francesco" di Nuoro  
All'Ufficio Giuridico Amministrativo**

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

2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: D.SSA GRAZIA CATTINA

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/ASSL, 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 si  no

Quantità	Codice AREAS	Referenza	RDM/CND/REPERTORIO	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
10.000	1412418	ID00500	ND	Sacche conta garze 5 tasche doppie
6	1412453	50511	ND	Supporto in acciaio per conta garze

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 ASSL Nuoro che disporrà per l'inoltro alle competenti strutture ATS, 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 si  no

In caso affermativo specificare DITTA M.D.M.S.r.l. oppure CardinaliHealth e relativo COD. PRODOTTO \_\_\_\_\_

Richiesta per lotto unico si  no  più lotti si

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI: \_\_\_\_\_

8) COSTO PRESUNTO: € 8.000

9) FABBISOGNO: MENSILE  SEMESTRALE  ANNUALE  TRIENNALE  OCCASIONALE

10) CODICE/PROGETTO/FINANZIAMENTO: fondi di bilancio o altro strumento (specificare) \_\_\_\_\_

11) EVENTUALI ALLEGATI (nel rispetto della vigente normativa privacy) SHEDS TECNICHE DI ENTRAMBE LE AZIENDE

Firma del Direttore Dipartimento/P.O./Servizio/U.O. (o suo Delegato)

*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).

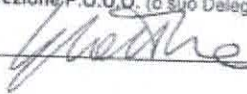
---

---

---

---

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



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

Firma del Direttore ASSL Nuoro

\_\_\_\_\_



Blocco Operatorio HSF

**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

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 CHIRURGIA

2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: DR. CARLO DE NISCO

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/ASI, 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)
10		610-898	RDM 2185546 CND Z1104018099	PALLONCINO ENDOCAVITARIO Mis.2 x 14 cm

Al 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'invio 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 M.D.M. S.r.l. e relativo COD. PRODOTTO \_\_\_\_\_

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

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI: \_\_\_\_\_

8) COSTO PRESUNTO: € 1.100

9) FABBISOGNO: MENSILE  SEMESTRALE  ANNUALE  LURIENNALE  CCASIONALE

10) CODICE/PROGETTO/FINANZIAMENTO: fondi di bilancio o altro strumento (specificare) \_\_\_\_\_

11) EVENTUALI ALLEGATI (nel rispetto della vigente normativa privacy) \_\_\_\_\_ SCHEDA TECNICA \_\_\_\_\_

Firma del Direttore Dipartimento/P.O./Servizio/U.O. (o suo Delegato)

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.

Blocco Operatore HSF

**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).

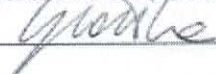
---

---

---

---

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

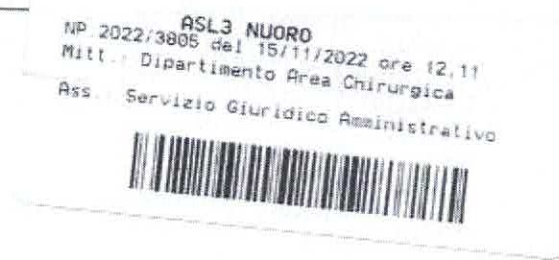
  
\_\_\_\_\_

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

Firma del Direttore ASL 3 Nuoro

\_\_\_\_\_

Nuoro 13/10/2022



Oggetto: Richiesta Palloncini endocavitari per ecografo BK


Si richiedono n° 10 Palloncini endocavitari per sonda ecografica BK Medical 2052 in nostra dotazione. Il palloncino è indicato per migliorare l'accoppiamento acustico della sonda con la parete rettale per la corretta visualizzazione della prostata. - Il Kit contiene unTubicino integrato che ne rende facile il riempimento, con sistema "easy purge" per eliminare l'aria e ridurre gli artefatti. Volume di gonfiaggio controllabile e regolabile.

A nostra conoscenza ,la M.D.M. S.r.l. è il Distributore ufficiale per La Sardegna del dispositivo Codice Ref. 610-898 Fabbricato dalla Civco Medical .

Il costo presunto della suddetta fornitura ammonta a € 1100

Si segnala che tale prodotto non è presente in gara regionale aggiudicata.

Dott. Carlo De Nisco

  
**ATS Sardegna - ASL Nuoro**  
Ospedale "San Francesco" - Nuoro  
**U.O. CHIRURGIA**  
Direttore  
Dott. Carlo De Nisco


**SCHEDA TECNICA E DI SICUREZZA del PRODOTTO**  
**LATEX-FREE ENDOCAVITY BALLOON**
rev. 2 del  
01/06/2022

<b>Destinazione d'uso</b>	Copertura di sonde endocavitari e miglioramento dell'accoppiamento acustico		
<b>Descrizione</b>	Palloncino endocavitario per sonde ecografiche BK Medical 8848, 8558, 8658, E14CI4b; GE Healthcare ER8; Hitachi UST-672, EUP-U533; Siemens Endo PII; Sonus Enovare Uro P5 e altre di dimensione compatibile. Il palloncino è indicato per migliorare l'accoppiamento acustico della sonda con la parete rettale per la corretta visualizzazione della prostata. - Tubicino integrato che ne rende facile il riempimento, con sistema "easy purge" per eliminare l'aria e ridurre gli artefatti. - Si adatta alla sonda ecografica. - Minimizza il disagio del paziente. - Volume di gonfiaggio controllabile. - Facile da usare.		
<b>Codice e misure</b>	610-898: 2 x 14 cm		
<b>Confezionamento</b>	Confezionamento primario: Confezionamento secondario: Confezioni da:	buste in tyvek® (HDPE) e film trasparente in PET/PE o OPA/PE o PE/Nylon buste in carta medica e film trasparente in PET/PP o OPA/PE blister in PET/PE sigillato con tyvek® (HDPE) buste in PE cartone 10 pezzi	
<b>Questo dispositivo</b>	ha materiali e processi produttivi <input checked="" type="checkbox"/> privi di lattice e <input checked="" type="checkbox"/> privi di ftalati è <input checked="" type="checkbox"/> monouso sterile riutilizzabile <input checked="" type="checkbox"/> non sterile è sterilizzato a ETO raggi beta raggi gamma appartiene alla classe I Is <input checked="" type="checkbox"/> IIa IIb III		
<b>CND</b>	Z1104018099		
<b>RDM</b>	2185546		
<b>Fabbricante</b>	CIVCO Medical Instruments Co., Inc. 102 First Street South - Kalona, IA, 52247, United States		
<b>Distributore esclusivo in Italia</b>	H.S. Hospital Service S.p.A. Sede legale: Via Zosimo 13 - 00178 Roma - Italia Sede operativa: Via A. Vacchi 23/25 - 04011 Aprilia (LT) - Italia tel.: 06 9201961 - <a href="http://www.hshospitalservice.com">www.hshospitalservice.com</a>		
<b>Distributore esclusivo per la Sardegna</b>	M.D.M. S.r.l. Sede legale: Zona Ind. Predda Niedda nord str 28 07100 Sassari SS tel.: 07926033 - Fax 079261215 - mail <a href="mailto:mdm@mdmss.it">mdm@mdmss.it</a>		

Conservazione del prodotto, informazioni fornite dal fabbricante e smaltimento

Conservare in luogo fresco ed asciutto, al riparo dalla luce e fonti di calore. L'etichetta contiene tutti i dati relativi al dispositivo in termini di descrizione e destinazione d'uso, codice, lotto di produzione, data di scadenza, tipo di sterilizzazione, fabbricante ed avvertenze. Il dispositivo, se correttamente conservato e movimentato, mantiene le proprie caratteristiche per tutta la durata della propria validità. La data di scadenza è riportata in modo chiaro su ogni confezione. Il dispositivo non è influenzato dalla luce delle comuni lampade per illuminazione.

Il dispositivo deve essere smaltito come rifiuto ospedaliero infetto dopo l'utilizzo e comunque in conformità alle normative vigenti in materia di smaltimento di rifiuti ospedalieri.

Fabbricazione e conformità

Il dispositivo soddisfa i requisiti della Direttiva 93/42/CEE modificata dalla Direttiva 2007/47/CEE sui Dispositivi Medici.