

Nuoro, / /2024_prot. n. _____

al Dir Generale ASL Nuoro
al Dir. Sanitario ASL Nuoro
al Dir Amministrativo ASL Nuoro
e p.c. Al Resp. SSD Radiologia interventistica ASL Nuoro

loro sedi

DIRETTORE GENERALE

Dott. Paolo Cannas

DIRETTORE SANITARIO

Dott. Serafinangelo Ponti

DIRETTORE

AMMINISTRATIVO

Dott. Francesco Pittalis

**Servizio di Farmacia
Ospedaliera - Nuoro**

Direttore S.C.

Dott.ssa Paola Chessa

Farmacia Ospedaliera

P.O. "S. Francesco" Nuoro

Tel. 0784240528

Farmacia Ospedaliera

P.O.U. "S. Camillo" Sorgono

Tel. 0784623328

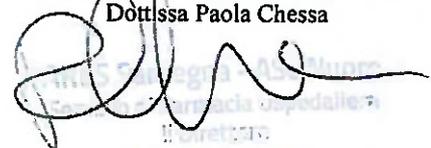
Oggetto: richiesta spirali da aneurisma e cateteri per posizionamento

Facendo seguito all'allegato fabbisogno della SSD di radiologia Interventistica si richiede acquisto di cateteri da posizionamento e spirali per embolizzazione aneurismi. Quanto sopra nelle more della definizione di procedura di gara centralizzata per la CND C attualmente in fase di revisione del capitolato tecnico da parte del GTP costituito in ARES. Si rappresenta l'urgenza considerata la valenza salvavita dei dispositivi medici richiesti.

Potenziale fornitore noto: Ditta MEMIS

Importo presunto della fornitura annua: € 102.000,00 + IVA 22%

Il Direttore S.C. Farmacia Ospedaliera
Dott.ssa Paola Chessa



Farmacia Ospedaliera
Nuoro

ASL3 - Nuoro
Data: 2024-02-28 13:31:09.0_NP/2024/R06

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) U.O. RICHIEDENTE: _SSD radiologia interventistica ;

2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: Dott Giovanni Dui ;

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

QUANTIT A'	CODICE AREAS	REFERENZA	RDM/CND/REPERTORIO	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
2		M0035471430	C0104020203 / 2391949	Spirale TARGET 360 soft 14mm x 30cm
2		M0035471230	C0104020203 / 2391947	Spirale TARGET 360 soft 12mm x 30cm
2		M0035471030	C0104020203 / 2391945	Spirale TARGET 360 soft 10mm x 30cm
2		M0036129300	756191	Target XL 360 Soft Detachable Coils 9mm x 30cm
2		M0035478300	C0104020203 / 2392177	Spirale TARGET 360 soft 8mm x 30cm
4		M0035478200	C0104020203 / 2391942	Spirale TARGET 360 soft 8mm x 20cm
2		M0036127200	756187	Target XL 360 Soft Detachable Coils 7mm x 20cm
4		M0035476150	C0104020203 / 2391939	Spirale TARGET 360 soft 6mm x 15cm
4		M0035476100	C0104020203 / 2391948	Spirale TARGET 360 soft 6mm x 10cm
10		M00345100950	Z12109001 / 555208	Distaccatore InZone 3.1 per spirali Target
2		M003IC058115 A0	C010402020702 / 1327900	AXS CATALYST 5 0.058" 115 cm - CATETERE PER ACCESSO DISTALE
2		DA5115ST	C0104020204 / 1306514	SOFIA DISTAL ACCESS CATHETER 6 FR 115 CM
5		DA6131ST	C0104020204 / 1306514	SOFIA PLUS DISTAL ACCESS CATHETER 6 FR 131 CM

QUANTITA'	CODICE AREAS	REFERENZA	RDM/CND/REPERTORIO	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
10		RED86KIT	C010402020702 / 2290514/R	Catetere per tromboaspirazione endocranica RED 68 KIT
5		RED62KIT	C010402020702 / 2290514/R	Catetere per tromboaspirazione endocranica RED 62 KIT
10		VEL160ST R	C0104020202 / 2145774	Microcatetere supportivo Velocity
10		M00146806 0	C04020201 / 20840	Cod Guidewire Transend EX soft tip 205 cm
2		PNML6F08 8804	C0104020204 / 2145750	Neuron MAX "Long Sheath" 6F, 80/4 Diritto
2		PNML6F08 8804M	C0104020204 / 2145748	Neuron MAX "Long Sheath" 6F, 80/4 MP
2		PNML6F08 8904	C0104020204 / 2145753	Neuron MAX "Long Sheath" 6F 90/4 Diritto
2		PNML6F08 8904M	C0104020204 / 2145752	Neuron MAX "Long Sheath" 6F, 90/4 MP
2		PNML6F08 81004	C0104020204 / 2145755	Neuron MAX "Long Sheath" 6F, 100/4 Diritto
2		PNML6F08 81004	C0104020204 / 2145754	Catetere Guida Neuron Max 100 cm Neuron MAX "Long Sheath" 6F, 100/4 MP
2		90186	C010402020702 / 2391489	Trevo Retriever XP ProVue 6x25 Cod 90186
2		90182	C010402020702 / 2391476	Trevo Retriever XP ProVue 4x20 Cod 90182
10		M00146807 0	C04020201 / 20840	Cod Guidewire Transend Floppy 205 cm
10		PAPS3	C010402020702 / 2145817	Cestello di raccolta

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**, ex Art. 63, c. 2, lett. b), del D. Lgs. n° 50/2016 sì

In caso affermativo specificare DITTA MEMIS e relativo COD. PRODOTTO _____

6) Richiesta per lotto unico: sì ;

www.aslнуoro.it

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI:

8) COSTO PRESUNTO: € 102000

9) FABBISOGNO: OCCASIONALE

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

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

DUI GIOVANNI

Firma da Direzione Dipartimento P.C./Servizio/Unità o suo Delegato

Firmato digitalmente da DUI GIOVANNI
Data: 2024.02.20 12:03:44 +01'00'

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)

CATTINA GRAZIA

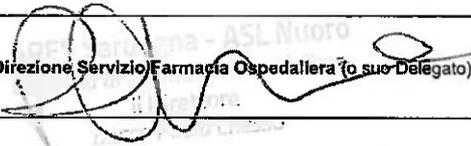
Firmato digitalmente da CATTINA

GRAZIA

Data: 2024.02.21 16:53:59 +01'00'

PARTE RISERVATA ALLA Direzione Servizio Farmacia ospedaliera ASL 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 ASL NUORO PER L'AUTORIZZAZIONE ALL'ACQUISTO:

Firma del Direttore ASL3 Nuoro
