



Nuoro, _____ prot. n. _____

**al Dir Serv. Provveditorato ASL Nuoro
e p.c.
al Dir. Sanitario ASL Nuoro
al Dir Amministrativo ASL Nuoro**

loro sedi

**COMMISSARIO
STRAORDINARIO**
Dott. Angelo Zuccarelli

DIRETTORE SANITARIO
Dott. Pierpaolo Bitti

**DIRETTORE
AMMINISTRATIVO**
Dott.ssa Paola Raspitzu

**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 acquisto KIT TRASLOCAZIONE nelle LEUCEMIE ACUTE

Vista la richiesta del Direttore della U.O. di Ematologia e CTMO del P.O. San Francesco di Nuoro, allegata alla presente, si richiede una procedura d'acquisto per i kit per l'individuazione delle traslocazioni nelle leucemie acute. Il sistema diagnostico Hemavision richiesto è già in uso presso il laboratorio specialistico di Ematologia ed è da utilizzarsi con lo strumento PCR AB7500 FAST. Si tratta di un kit diagnostico molecolare sviluppato per l'identificazione delle principali traslocazioni cromosomiche associate alle leucemie acute (sia mieloidi che linfoblastiche). Si basa sulla tecnica della RT-PCR (Reverse Transcriptase – Polymerase Chain Reaction) multipla, con l'obiettivo di rilevare le trascrizioni di fusione derivate da riarrangiamenti genici caratteristici delle diverse forme di leucemia.

Si allega la richiesta del Laboratorio specialistico con dettagliato elenco quali quantitativo dei reagenti programmati.

In attesa di riscontro si porgono

distinti saluti

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

MODULO RICHIESTA ACQUISTOBENE / 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_KIT TRASLOCAZIONI_LEUCEMIE ACUTE**

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

11-08-2025

1) SERVIZIO / STRUTTURA / U.O. RICHIEDENTE: _UOC EMATOLOGIA

2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: _Dottor ANGELO DOMENICO PALMAS

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 ATS/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 X si no

QUANTITA'	CODICE AREAS	REFERENZA	RDM/CND/ REPERTORIO	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
6		NLM AA1629/12 NLM AA1303		HEMAVISION /Q (12 TEST)

Da utilizzare su SISTEMA REALTIME PCR AB7500FAST (inv 0012293) e QUANTSTUDIO 5 DX (inv 20206) e

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 ATS (se di rilevanza ATS 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 ATS.

b) Qualora NON SIA RILEVANZA ATS, 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 NUCLEAR LASER MEDICINE SRL** e relativo COD. PRODOTTO: ELENCO sopra

6) Richiesta per lotto unico si X no ; più lotti si no

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI _____

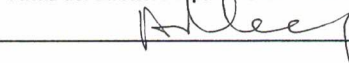
8) COSTO PRESUNTO: (EURO 12000)

9) FABBISOGNO: MENSILE SEMESTRALE X ANNUALE PLURIENNALE OCCASIONALE

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

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

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 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 ASSL Nuoro
