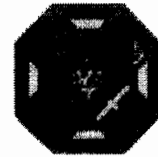


AZIENDA USL ROMA H

Borgo Garibaldi, 12 00041 Albano Laziale (Roma)
Tel. 06 93.27.1 - Fax 06 93.27.38.66



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE Su proposta del Dirigente U.O.C. ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI - LOGISTICA N. <u>1149</u> del <u>26 LUG. 2010</u>	
OGGETTO: Decreto del Commissario ad Acta n° 0049 del 31.X.2010 - punto 2.2.2 all. n° 2	
CENTRO DI COSTO: _____	
Tipo Atto : ATTO IMMEDIATAMENTE ESEGUIBILE	
Con la sottoscrizione del presente atto, a seguito dell'istruttoria effettuata, si attesta che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza ed è utile per il servizio pubblico.	
IL DIRIGENTE U.O.C. ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI - LOGISTICA (<u>DR. DANILA FIORANO</u>)	
Il Funzionario addetto al controllo di budget con la sottoscrizione del presente atto attesta che lo stesso non comporta scostamenti sfavorevoli rispetto al budget economico assegnato all'U.O. proponente: Conto n. _____ Importo _____ Esercizio _____	
IL DIRIGENTE U.O.C. ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI - LOGISTICA (<u>DR. DANILA FIORANO</u>)	
Parere del Direttore Amministrativo : <input checked="" type="checkbox"/> FAVOREVOLE Data <u>23. VII. 2010</u>	Drssa Cristina Matranga <input type="checkbox"/> NON FAVOREVOLE (con motivazioni allegate al presente atto) Firma
Parere del Direttore Sanitario : <input checked="" type="checkbox"/> FAVOREVOLE Data <u>23/7/2010</u>	Dr. Vittorio Amedeo Cicogna <input type="checkbox"/> NON FAVOREVOLE (con motivazioni allegate al presente atto) Firma
Il Direttore Generale Data <u>23 LUG 2010</u>	Dr. Alessandro Cipolla Firma

IL DIRETTORE UOC ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI

OGGETTO: Decreto del Commissario ad Acta n° 0049 del 31.X.2010 –punto 2.2.2 all. n° 2-
Proposte acquisto prodotti infungibili “Conferma del Collegio di Direzione
(seduta 09.07.2010)

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n° U0049 del 31.05.2010 con il quale sono state apportate integrazioni e modifiche ai programmi operativi di cui al precedente n° U0037 del 21.04.2010;

CONSIDERATO che nell'All. n° 2 al succitato Decreto, è riportato il testo integrato riguardante i programmi operativi per l'anno 2010;

VISTO in particolare l'obiettivo 2.2 concernente la “Razionalizzazione della spesa per l'acquisto di beni e servizi con particolare riferimento alla realizzazione di un sistema centralizzato di acquisti, alla standardizzazione dei beni e dei servizi da acquisire, alla ottimizzazione della rete logistica e distributiva”;

CONSIDERATO che la Regione nell'ambito del processo degli acquisti, rilevando serie criticità nel settore riguardante l'improprio utilizzo del criterio di infungibilità limitativo all'evidenza pubblica ha ritenuto di dover richiedere alle Aziende Sanitarie di acquisire, da parte degli ordinatori di farmaci e/o dispositivi medici, apposita dichiarazione, debitamente documentata e motivata che dimostri giuridicamente la ragione per cui solamente quel prodotto sarebbe dotato delle specificità tecniche necessarie assumendone di conseguenza la responsabilità contabile;

CHE le relazioni come sopra redatte, devono essere confermate dal Collegio di Direzione dell'Azienda;

DATO ATTO pertanto che in ottemperanza alle direttive di cui al Decreto del Commissario ad Acta n° 49/2010, il Collegio di Direzione, all'uopo convocato per gli adempimenti di cui sopra, ha confermato nella riunione del 9.07.2010 le richieste sintetizzate nell'allegato elenco, quale parte integrante del presente atto;

CHE nell'elenco di cui trattasi sono riportati:

-L'U.O. richiedente ed il nominativo del dirigente responsabile

;

-il prodotto infungibile richiesto;

-la ditta produttrice;

-la motivazione della richiesta:

a) coperto da privativa industriale;

b) specificatamente dedicato a macchinario non compatibile con altri prodotti;

c) presenta requisiti indispensabili alla tecnica chirurgica, terapeutica e diagnostica;

CHE le dichiarazioni di infungibilità sottoscritte dal responsabile della U.O. nell'apposito modello predisposto, sono allegate al presente atto quale parte integrante dello stesso;

CONSIDERATO che sugli ordini di acquisto dell'U.O. di Urologia (Prof. Naccarato) e dell'endoscopia (Prof. Scozzarro) il Collegio di Direzione ha richiesto un supplemento di istruttoria

e pertanto un riesame delle stesse da parte dei Comitati dei Dipartimenti ai quali afferiscono rispettivamente le due strutture complesse;

RITENUTO pertanto di dover dare atto che il Collegio di Direzione di questa Azienda, nella riunione del 09.07.2010 in ottemperanza alle direttive di cui al Decreto del Commissario ad Acta n° 0049 del 31.05.2010, e precisamente a quelle riportate al punto 2.2.2. dell'All.n°2 ha confermato le richieste dei Direttori di alcune UU.OO.CC di acquisizione di prodotti (farmaci, dispositivi medici, di altro materiale sanitario) "infungibili";

STABILITO pertanto di avviare con separati atti le procedure di acquisto dei prodotti di cui all'allegato elenco, alle ditte ivi indicate secondo la procedura di cui all'art. 57 lettera b) del D.lgs 163/06 e s.m.i.;

PROPONE

1) di dare atto che ai sensi del Decreto del Commissario ad Acta n° 0049 del 31.X.2010 –punto 2.2.2 all. n° 2- il Collegio di Direzione riunitosi il 9 luglio c.a., ha confermato le proposte di acquisto dei prodotti "infungibili" riportate nel prospetto allegato;

2) di procedere in conseguenza con separati atti all'acquisto dei prodotti di cui trattasi presso le ditte indicate a fianco di ciascun prodotto di cui all'elenco che si allega al presente atto quale parte integrante dello stesso, seguendo la procedura prevista dall'art. 57 lettera b) del D.lgs n.163/06 e s.m.i.;

3) di richiedere come proposto dal Collegio di Direzione un supplemento di istruttoria sugli ordini di acquisto dell'U.O.C. di Urologia e dell'U.O.C di Endoscopia, con riesame degli stessi da parte dei Comitati dei Dipartimenti ai quali afferiscono rispettivamente le due strutture complesse interessate.

IL DIRETTORE GENERALE

Letta e valutata la sopra esposta proposta di deliberazione, presentata del Dirigente della Struttura Complessa in frontespizio indicata;

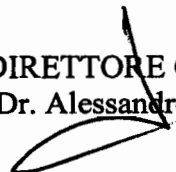
Sentiti il Direttore Amministrativo ed il Direttore Sanitario.

DELIBERA

di approvare la proposta di deliberazione avente per oggetto: "Decreto del Commissario ad Acta n° 0049 del 31.X.2010 –punto 2.2.2 all. n° 2- Acquisto prodotti infungibili .Conferma del Collegio di Direzione (seduta 09.07.2010).

Il presente provvedimento è immediatamente eseguibile, ai sensi di Legge.

IL DIRETTORE GENERALE
Dr. Alessandro Cipolla



SCHEDA DICHIARAZIONE PRODOTTI INFUNGIBILI

Da inoltrare alla Farmacia di Riferimento

OSPEDALE / DISTRETTO:	U.O. / SERVIZIO/ AMBULATORIO	C. COSTO
DENOMINAZIONE COMUNE ITALIANA DEL PRODOTTO/NOME GENERICO DEL PRODOTTO		
DESCRIZIONE GENERALE DEL PRODOTTO:		
CARATTERISTICHE TECNICHE (requisiti fondamentali)		
.....		
.....		
.....		
DESTINAZIONE D'USO:		
DITTA PRODUTTRICE:		
NOME COMMERCIALE:		
UNITA' RICHIESTE.....PER FABBISOGNO:		
<input type="radio"/> TRIMESTRALE <input type="radio"/> SEMESTRALE <input type="radio"/> ANNUALE		
Il sottoscritto.....Responsabile della U.O./Servizio/Ambulatorio sopra citato, dichiara, sotto la propria responsabilità che il prodotto richiesto è INFUNGIBILE in quanto: <ul style="list-style-type: none"> - coperto da privativa industriale(allegare dichiarazione della ditta) - specificatamente dedicato al seguente macchinario o strumentazione, già in dotazione, non compatibile con altri prodotti reperibili in commercio presenta requisiti indispensabili alla tecnica chirurgica, terapeutica e d'indagine diagnostica di seguito descritta, non rinvenibile nei prodotti esistenti in commercio (Art.1 lettera C)		
NB: E' possibile indicare più di una opzioioe.....		
IL sottoscritto dichiara di essere a conoscenza delle possibili responsabilità contabili per danno erariale		
Data:	IL DIRETTORE DELLA U.O.	
NOTE:	IL DIRETTORE SANITARIO/ DISTRETTO	
Data: (spazio riservato alla Direzione Sanitaria di Polo o di Distretto)		

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RMH

Collegio di Direzione del 09.07.2010			
BENI	INFUNGIBILI		
RICHIEDENTE	PRODOTTO	DITTA	MOTIVAZIONE
ORTOPEDIA, Dr. Amorese	manipolo -motore per artroscopia del ginocchio	Sinthes	C
DISTRETTO H4 D.ssa Bellucci	sistema VAC THERAPY.	KCL - Assago	A C
NEFROLOGIA Dr. Mauro	Nutrizione Parenterale in dialisi	Baxter	A B C
PEDIATRIA Dr. Baldassi	deflussore per pompa	Abbot	B
MED. NUCLEARE D.ssa Vitale	radiofarmaci	GE, ALTRE	
RIANIMAZIONE Dr. Pinto	filtri per pz.affetti da patologie respiratorie in rianimazione	Bellico	A B
	acquisto Cateteri PICC per Emodinamica in rianimazione	Seda	B
OTORINO dr. Lenci	kit sintesi per ricostruzione trauma e post oncologico, viti	Uber Ros	A
OTORINO dr. Diaferia	impianto palatale pillar	Arkon	A
ANESTESIA dr. Barbetta	laringoscopia	Prodol TE	C
CHIRURGIA dr. Lucchetti	protesi in polipropilene per cicatrizzazione	Assut Europe	A
	ligasano:poliuretano medicale con struttura a nido d'ape	Sini - Medik	A
GINECOLOGIA dr. Mogini	morcellatore per isterectomia laparoscopica e miomectomia	J & J	B
	retrattori elastici dedicati ad anelli per divaricazione autostatica	Arkon	C
	anello tecnico per divaricazione autostatica.	Arkon	C
	bulkamid volumizzante uretrale	Ethicon	C
GINECOLOGIA dr. Ambrogi	dispositivo monouso per taglio e coaguload energie pipolari	Ethicon	C
	tabotamp-emostatico fibroso assorbibile sterile.	Ethicon	A B C
	materiale di consumo per pompa laparo	Wolf	B
	set per isteroscopia diagnostica compatibilecon pompa endomet.	Storz	B
	gynecare m. totale sistema riparazione pavimento pelvico	Ethicon W. H.	A
	gynecare m. ant. e post. sistema riparazione pavimento pelvico	Ethicon W. H.	A
	elevate ant. e post. -disp. per il trattamento dei difetti pelvici	American M. S.	B
DIP. del Farmaco d.ssa Antonelli	farmaci molecola con AIC unico e a dosaggio con AIC unico	varie n. 86	A C
RADIOLOGIA Prof. Mucciaccio	guida aghi per stereotassi		

LEGENDA

A coperto da privata industriale

B specificatamente dedicato a macchinario non compatibile con altri prodotti

C presenta requisiti indispensabili alla tecnica chirurgica , terapeutica e diagnostica



AZIENDA USL ROMA H

Borgo Garibaldi, 12 00041 Albano Laziale (Roma)
Tel. 06 93.27.1 - Fax 06 93.27.38.66



U.O.C. di Medicina Nucleare
Responsabile : D.ssa L.Vitale

DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE Dr. V.A. Cicogna

DIRETTORE AMMINISTRATIVO D.ssa C. Matranga

DIRETTORE ABS D.ssa A.M. Giulianelli

CAPO DIPARTIMENTO DEL FARMACO D.ssa A.M. Antonelli

p.c. DIRETTORE SANITARIO OSP. MARINO Dr. R.Galli

DIRETTORE SANITARIO POLO H1 Dr. M. Di Paolo

Loro Sedi

OGGETTO : RELAZIONE RADIOFARMACI e KITS

Consultato il TERAP Aziendale dichiaro che i seguenti radiofarmaci e kits :

CERETEC fornitore GE HEALTHCARE

MYOVIEW fornitore GE HEALTHCARE

DATSCAN fornitore GE HEALTHCARE

Sono molecole infungibili.

Che i seguenti radiofarmaci o kits:

GENERATORE $99mTc$ fornitore COVIDIEN

ANGIOCIS; PENTACIS; OSTEOCIS; Ga67 iniettabile fornitore CIS BIO

**BRIDATEC, MAASOL, NANOCOLL, capsule per os $131I$ fornitore GE
HeLTCARE**

CARDIOLITE fornitore ASTRIM,

[Handwritten signature]
3

sono utilizzati dalla UOC di Medicina Nucleare dopo attenta valutazione delle caratteristiche tecniche, della qualità diagnostica, della compatibilità con l'organizzazione del Servizio.

Ritengo che, la particolarità dell'utilizzo di detti radiofarmaci, kits ed alcuni presidi (siringhe) finalizzato a garantire qualità, sicurezza, efficacia, rispetto di norme protezionistiche per operatori ed utenti (DL 230, DL 187, GU168 I° Supplemento XI ediz. "Farmacopea Ufficiale" Repubblica Italiana) prevede responsabilità dirette del Medico Nucleare e la scelta dovrebbe essere di quest'ultimo.

Allego Lista dei Radiofarmaci e Kits freddi utilizzati dal Servizio.

Cordiali Saluti

Marino 10/05/2010

Direttore Medicina Nucleare

D.ssa L. Vitale



**Elenco materiali in uso
presso il Servizio di Medicina Nucleare**

Nome

Ditta

Prodotto

Prodottrice

Note : Studio principale

commerciale

chimico

Angiocis

Cis Bio

Pirofosfato (20, 12 mg)

Marcatura globuli rossi

Bridatec

G.E. Healthcare

Mebrofenina (40 mg)

Scintigrafia epatobiliare

Pentacis

Cis Bio

Pentetato

Scintigrafia renale

Massol

G.E. Healthcare

Macroaggregati di di Albumina umana (1, 75 mg)

Scintigrafia polmonare perfusionale

Osteocis

Cis Bio

ossidronato

Scintigrafia ossea

Ceretec

G.E. Healthcare

esametazina **INFUNGIBILE**

Marcatura globuli bianchi e scintigrafia cerebrale

Nanocoll

G.E. Healthcare

nanocolloide \leq 30 nanometri

Linfoscintigrafia

Cardiolite

Astrim

Melossiobutilisntrile

Scintigrafia Miocardica (Piccoli volumi)

Myoview

G.E. Healthcare

Tetrafosmina **INFUNGIBILE**

Scintigrafia Miocardica (Grandi volumi)

Kits non Radioattivi

Radioattivi			
99mTc	COVIDIEN	Colonna umida per generare Tc99m	Eluzione da molibdeno 99 m Tc, per marc. Kits
I 131	G.E. Healthcare	Capsule	Capzione Tiroidea
Datscan I 123	G.E. Healthcare	Iofupane	Studio presinapatico, Sistema dopaminergico
Ga 67	Cis Bio	74; 111; 185 MBq	Interstiziopatia polmonare

Data:

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RM H
 Borgo Garibaldi, 12 - Albano Laziale
SCHEDA DICHIARAZIONE PRODOTTI INFUNGIBILI

OSPEDALE / DISTRETTO:	U.O. / SERVIZIO/ AMBULATORIO	C. COSTO
OSPEDALE ANHO	OTORINOLARINGOIATRIA	
DENOMINAZIONE COMUNE ITALIANA DEL PRODOTTO/NOME GENERICO DEL PRODOTTO		
KIT SINTESI / RICOSTRUZIONE TRATTA E POST ONCOLOGICO TEKKA CALCITEK		
DESCRIZIONE GENERALE DEL PRODOTTO:		
KIT DI SINTESI VITI E PIACCHE RICOSTRUZIONE MAXILLO FACCIALE		
CARATTERISTICHE TECNICHE (requisiti fondamentali)		
KIT RICOSTRUZIONE CALCITEK - ORTIANTEK - MINI/TI CALCITEK CON PIACCHE "UNICHE AGGIUSTABILI", VITI AUTOFILANTI E AUTO PENFORANTI E A STABILITA' ANSOIATA		
DESTINAZIONE D'USO:		
BLOCCO OPERATORIO OSPEDALI RUNITI DI ANZIO		
DITTA PRODUTTRICE:		
TEKKA -		
NOME COMMERCIALE:		
DISTRIBUTORE ITALIANO UBER ROS SPA		
UNITA' RICHIESTE <u>1 KIT CALCITEK *</u> PER FABBISOGNO:		
<input type="radio"/> TRIMESTRALE <input checked="" type="radio"/> SEMESTRALE <input type="radio"/> ANNUALE		
* ANTECIPATA RICHIESTA CON DESCRIZIONE MATERIALE		
Il sottoscritto <u>DOTT. GIOVANNI LENCA</u> Responsabile della U.O./Servizio/Ambulatorio sopra citato, dichiara, sotto la propria responsabilità che il prodotto richiesto è INFUNGIBILE in quanto:		
<input checked="" type="checkbox"/> coperto da brevetto industriale (allegare dichiarazione della ditta)		
<input type="checkbox"/> specificatamente dedicato al seguente macchinario o strumentazione, già in dotazione, non compatibile con altri prodotti reperibili in commercio		
<input type="checkbox"/> presenta requisiti indispensabili alla tecnica chirurgica, terapeutica e d'indagine diagnostica di seguito descritta, non rinvenibile nei prodotti esistenti in commercio (Art.1 lettera C)		
NB: E' possibile indicare più di una opzic.		
IL sottoscritto dichiara di essere a conoscenza delle possibili responsabilità <u>DOTT. GIOVANNI LENCA</u> IL DIRETTORE SANITARIO/DISTRETTO		
Data:	17 GIUGNO 2010	
	1081200433801164	
NOTE:	IL DIRETTORE SANITARIO/ DISTRETTO	
Data:	(spazio riservato alla Direzione Sanitaria di Polo o di Distretto)	

h
6



AZIENDA USL ROMA H

Borgo Garibaldi, 12 - 00041 Albano Laziale (Roma)

Tel. 06 / 93.27.1 - Fax. 06 / 93.27.38.66

per tutto il dipartimento

SCHEDA DICHIARAZIONE PRODOTTI INFUNGIBILI

AZIENDA USL RM H

PRESIDIO OSPEDALIERO DI GENZANO

BLOCCO OPERATORIO

U.O. / Servizio

C. COSTO 0403810013

Centro di Costo

1. Denominazione Comune Italiana del prodotto (Nome generico del prodotto)

LARINGOSCOPIO OTTICO

2. Caratteristiche tecniche (requisiti fondamentali)

3. Destinazione d'uso INTUBAZIONI DIFFICILI

4. Ditta Produttrice PRODOL - TE

5. Nome Commerciale AIRTRAQ - LARINGOSCOPIO OTTICO

6. Numero delle unità richieste 20 (VARIE MISURE) per fabbisogno trim sem ann

7. Dati di consumo per unità - Mensile Annuale Pluriennale

DICHIARAZIONE DI INFUNGIBILITA'

Il sottoscritto BARBETTA FAUSTO Responsabile della U.O. / Servizio su citato, dichiara sotto la propria responsabilità che il prodotto di cui ai punti precedenti è **INFUNGIBILE** in quanto:

- Coperto da privativa industriale (allegata dichiarazione della Ditta)
- Specificatamente dedicato al seguente macchinario o strumentazione, già in dotazione, non compatibile con altri prodotti reperibili in commercio
- ✗ Presenta requisiti indispensabili alla tecnica chirurgica, terapeutica e d'indagine diagnostica di seguito descritta, non rinvenibile in altri prodotti esistenti in commercio (Art.1 lettera c) L.R. 22/89) quali:

Firma del Responsabile U.O. / Servizio

Il Direttore Sanitario
Parere Favorevole

[Signature]
 AZIENDA USL RMH
 PRESIDIO OSPEDALIERO HX
 Il Direttore Sanitario
 Dott.ssa Santina Mezagutti

Mod. Infungibilità

AZIENDA USL RM H
 PRESIDIO OSPEDALIERO DI GENZANO
 REPARTO OPERATORIO
 Resp. Dr. H. A. Barbetta

[Signature]

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RM H
 Borgo Garibaldi, 12 - Albano Laziale
SCHEDA DICHIARAZIONE PRODOTTI INFUNGIBILI

OSPEDALE / DISTRETTO: FRASCATI	U.O. / SERVIZIO / AMBULATORIO RADIOLOGIA	C. COSTO 0445691010
DENOMINAZIONE COMUNE ITALIANA DEL PRODOTTO/NOME GENERICO DEL PRODOTTO AGHI PER STEROTASSI		
DESCRIZIONE GENERALE DEL PRODOTTO:		
CARATTERISTICHE TECNICHE (requisiti fondamentali) AGHI 16GX100MM COD PRE 1610 18GX100MM COD PRE 1810		
DESTINAZIONE D'USO: SEPOLOGIA		
DITTA PRODUTTRICE:		
NOME COMMERCIALE:		
UNITA' RICHIESTE..... 5 AL MESE X TIPO PER FABBISOGNO: <input checked="" type="radio"/> TRIMESTRALE <input type="radio"/> SEMESTRALE <input type="radio"/> ANNUALE		
Il sottoscritto Prof. P. Mucosca Responsabile della U.O./Servizio/Ambulatorio sopra citato, dichiara, sotto la propria responsabilità che il prodotto richiesto è INFUNGIBILE in quanto: - coperto da privativa industriale (allegare dichiarazione della ditta) <input checked="" type="checkbox"/> specificatamente dedicato al seguente macchinario o strumentazione, già in dotazione, non compatibile con altri prodotti reperibili in commercio - presenta requisiti indispensabili alla tecnica chirurgica, terapeutica e d'indagine diagnostica di seguito descritta, non rinvenibile nei prodotti esistenti in commercio (Art.1 lettera C) NB: E' possibile indicare più di una opzione.....		
Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza delle possibili responsabilità contabili per danno erariale		
Data: 07.07.2010	IL DIRETTORE SANITARIO/ DISTRETTO U.O. DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E RADIOLOGIA INTERVENTISTICA Dr. Claudio Musciaccio IL DIRETTORE SANITARIO/ DISTRETTO Dr. P. Mucosca	
NOTE: Data: (spazio riservato alla Direzione Sanitaria di Polo o di Distretto)		

sh

SCHEDA DICHIARAZIONE PRODOTTI INFUNGIBILI

Da inoltrare alla Farmacia di Riferimento

OSPEDALE / DISTRETTO: TUTTI ASL RMH	U.O. / SERVIZIO/ AMBULATORIO M.P. del FARMACO	C. COSTO
DENOMINAZIONE COMUNE ITALIANA DEL PRODOTTO/NOME GENERICO DEL PRODOTTO		
DESCRIZIONE GENERALE DEL PRODOTTO: FARMACI da elenco allegato parte integrante		
CARATTERISTICHE TECNICHE (requisiti fondamentali)		
MOLECOLA con ALC UNICO		
" con a Notaggio con ALC UNICO		
DESTINAZIONE D'USO: U.O. Aziendali		
DITTA PRODUTTRICE: INDICATE nell' allegato		
NOME COMMERCIALE: idem		
UNITA' RICHIESTE..... idem..... PER FABBISOGNO:		
<input type="radio"/> TRIMESTRALE <input type="radio"/> SEMESTRALE <input checked="" type="radio"/> ANNUALE		
Il sottoscritto ANTONELLI ANNA MARIA, Responsabile della U.O. Servizio Ambulatorio sopra citato, dichiara, sotto la propria responsabilità che il prodotto richiesto è INFUNGIBILE in quanto MOLECOLE UNICHE <ul style="list-style-type: none"> - coperto da privativa industriale (allegare dichiarazione della ditta) - specificatamente dedicato al seguente macchinario o strumentazione, già in dotazione, non compatibile con altri prodotti reperibili in commercio - presenta requisiti indispensabili alla tecnica chirurgica, terapeutica e d'indagine diagnostica di seguito descritta, non rinvenibile nei prodotti esistenti in commercio (Art. 1 lettera C) NB: E' possibile indicare più di una opzione. IN ATTESA di GARA REGIONALE		
IL sottoscritto dichiara di essere a conoscenza delle possibili responsabilità contabili per danno erariale		
Data:	IL DIRETTORE DELLA U.O.	
NOTE:	AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE / DISTRETTO DIPARTIMENTO DEL FARMACO Dott.ssa Anna Maria Antonelli	
Data: 24.6.2010 (spazio riservato alla Direzione Sanitaria di Polo o di Distretto)		

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RM H Allegato 4
 Borgo Garibaldi, 12 - Albano Laziale

SCHEDE DICHIARAZIONE PRODOTTI INFUNGIBILI
 Da inoltrare alla Farmacia di Riferimento

OSPEDALE / DISTRETTO: H 4	U.O.C OSTETRICIA - GINECOLOGIA C. COSTO 0843370100
DENOMINAZIONE COMUNE ITALIANA DEL PRODOTTO/NOME GENERICO DEL PRODOTTO MiniArc™	
DESCRIZIONE GENERALE DEL PRODOTTO: DISPOSITIVO MEDICO	
CARATTERISTICHE TECNICHE (requisiti fondamentali) UNICA INCISIONE VAGINALE Riduzione del numero delle incisioni da tre a una. Riduzione della dissezione, delle lesioni a carico dei tessuti, delle perdite ematiche e del dolore post-operatorio. Permette di ridurre i casi di perforazione di vescica, anse intestinali ed altri vasi maggiori. COMPROVATA SLINGSling in polipropilene monofilamento con segno centrale. Efficacia clinica comprovata e impianto effettuato in oltre 400.000 pazienti. Presenta un'ottima elasticità che consente di limitare l'erosione. Facilita la cicatrizzazione e favorisce la ricrescita tissutale. Il segno centrale aiuta a garantire il corretto posizionamento sotto l'uretra.	
DESTINAZIONE D'USO: Incontinenza da sforzo uretrale	
DITTA PRODUTTRICE: American Medical Systems Inc. 11700 Bren Road West Minnetonk	
NOME COMMERCIALE: Elevate System con Inbipro Lite™ (posteriore)	
UNITA' RICHIESTE PER PAZIENTE: <input type="radio"/> TRIMESTRALE <input type="radio"/> SEMESTRALE <input checked="" type="radio"/> ANNUALE	
Il sottoscritto Dr. Virginio Ambroggi, Responsabile della U.O.C di Ostetricia e Ginecologia sopra citato, dichiara, sotto la propria responsabilità che il prodotto richiesto è INFUNGIBILE in quanto: - coperto da brevetto industriale (allegare dichiarazione della ditta) <input checked="" type="checkbox"/> specificamente dedicato al seguente macchinario o strumentazione, già in dotazione, non compatibile con altri prodotti reperibili in commercio presenta requisiti indispensabili alla tecnica chirurgica, terapeutica e d'indagine diagnostica di seguito descritta, e non rinvenibile nei prodotti esistenti in commercio (Art.1 lettera C) NB: E' possibile indicare più di una opzione	
IL sottoscritto dichiara di essere a conoscenza delle possibili responsabilità contabili per danno erariale Data: 04-05-2010 IL DIRETTORE DELL'U.O. Dr. V. Ambroggi	
NOTE: Data: _____ (spazio riservato alla Direzione Sanitaria di Polo o di Distretto) IL DIRETTORE SANITARIO/DISTRETTO AMBROGGI VIRGINIO DIRETTORE SANITARIO U.O.C. ANZIO Dott. Virgilio Ambroggi Dott. Virgilio Ambroggi - COORDINANTE	

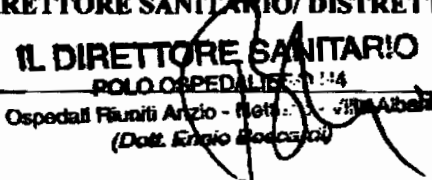
SCHEDA DICHIARAZIONE PRODOTTI INFUNGIBILI
Da inoltrare alla Farmacia di Riferimento

OSPEDALE / DISTRETTO: H 4	U.O.C OSTETRICIA - GINECOLOGIA C. COSTO 0843370100
DENOMINAZIONE COMUNE ITALIANA DEL PRODOTTO/NOME GENERICO DEL PRODOTTO	
Pinza taglio e coagulo	
DESCRIZIONE GENERALE DEL PRODOTTO: DISPOSITIVO MEDICO	
CARATTERISTICHE TECNICHE (requisiti fondamentali): dispositivi monosuo per il taglio e coagulo ad energia bipolare avanzata per impiego in laparoscopia (versione con stelo più lungo ETRIO335H) e open (versione con stelo più corto ETRIO325H) Lo strumentario è infungibile per la tecnologia presente sulle branche (PTC) che permette il mantenimento di una temperatura controllata riducendo il danno termico e salvaguardando il tessuto pur svolgendo le funzioni di taglio e coagulo	
DESTINAZIONE D'USO: Laparoscopia e laparotomia urologia-ginecologia e chirurgia aziendale	
DITTA PRODUTTRICE: Ethicon	
NOME COMMERCIALE: Enseal	
UNITA' RICHIESTE 36 PER FABBISOGNO: <input type="radio"/> TRIMESTRALE <input type="radio"/> SEMESTRALE <input checked="" type="radio"/> ANNUALE	
Il sottoscritto Dr. Virginio Ambroggi, Responsabile della U.O.C di Ostetricia e Ginecologia sopra citato, dichiara, sotto la propria responsabilità che il prodotto richiesto è INFUNGIBILE in quanto: <ul style="list-style-type: none">- coperto da privativa industriale(allegare dichiarazione della ditta)- specificatamente dedicato al seguente macchinario o strumentazione, già in dotazione, non compatibile con altri prodotti reperibili in commercio X presenta requisiti indispensabili alla tecnica chirurgica, terapeutica e d'indagine diagnostica di seguito descritta, non rinvenibile nei prodotti esistenti in commercio (Art.1 lettera C) NB: E' possibile indicare più di una opzione	
IL sottoscritto dichiara di essere a conoscenza delle possibili responsabilità contabili per Appuntamento Dipartimento Area Scienze Chirurgiche Dott. Dr. Virginio Ambroggi	
Data: 17-05-2010	IL DIRETTORE DELLA U.O. <i>Dr. V. Ambroggi</i>
NOTE: Data: (spazio riservato alla Direzione Sanitaria di Polo o di Distretto)	IL DIRETTORE SANITARIO DISTRETTO AZIENDA U.S.L. RM H DIREZIONE SANITARIA PO. ANZIO IL DIRIGENTE MEDICO Dott. Ciriacò Alfonso CONSOLANTE

u

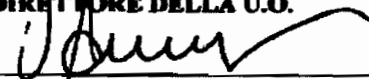
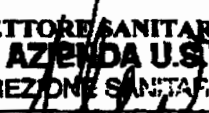
SCHEDA DICHIARAZIONE PRODOTTI INFUNGIBILI

Da inoltrare alla Farmacia di Riferimento

OSPEDALE / DISTRETTO: H 4	U.O.C OSTETRICIA - GINECOLOGIA C. COSTO 0843370100
DENOMINAZIONE COMUNE ITALIANA DEL PRODOTTO/NOME GENERICO DEL PRODOTTO TABOTAMP FIBRILLARE	
DESCRIZIONE GENERALE DEL PRODOTTO: DISPOSITIVO MEDICO	
CARATTERISTICHE TECNICHE (requisiti fondamentali) EMOSTATICO FIBROSO ASSORBIBILE STERILE IN CELLULOSA OSSIDATA E RIGENERATA	
DESTINAZIONE D'USO: COADIUVANTE NEGLI INTERVENTI CHIRURGICI PER FACILITARE IL CONTROLLO DELL'EMORRAGIA CAPILLARE, VENOSA E DELLE PICCOLE ARTERIE	
DITTA PRODUTTRICE: ETHICON Inc. (USA)	
NOME COMMERCIALE: TABOTAMP FIBRILLARE	
UNITA' RICHIESTE 10 PER FABBISOGNO: <input type="radio"/> TRIMESTRALE <input type="radio"/> SEMESTRALE <input checked="" type="radio"/> ANNUALE	
Il sottoscritto Dr. Virginio Ambrogi, Responsabile della U.O C di Ostetricia e Ginecologia sopra citato, dichiara, sotto la propria responsabilità che il prodotto richiesto è INFUNGIBILE in quanto: <ul style="list-style-type: none">- coperto da privativa industriale(allegare dichiarazione della ditta)- specificatamente dedicato al seguente macchinario o strumentazione, già in dotazione, non compatibile con altri prodotti reperibili in commercio- presenta requisiti indispensabili alla tecnica chirurgica, terapeutica e d'indagine diagnostica di seguito descritta, non rinvenibile nei prodotti esistenti in commercio (Art.1 lettera C) <p>.....</p> <p>NB: E' possibile indicare più di una opzione</p> <p>IL sottoscritto dichiara di essere a conoscenza delle possibili responsabilità contabili per danno erariale</p>	
Data: 27/02/2010	IL DIRETTORE DELLA U.O. Dipartimento Area Scienze Chirurgiche Dr. V. Ambrogi Direttore Dr. Virginio Ambrogi
NOTE: Data: (spazio riservato alla Direzione Sanitaria di Polo o di Distretto)	IL DIRETTORE SANITARIO/ DISTRETT IL DIRETTORE SANITARIO POLO OSPEDALIERO H 4 Ospedali Riuniti Anzio - Nettuno - Villa Albani (Dott. Enrico Rocca) 

SCHEDA DICHIARAZIONE PRODOTTI INFUNGIBILI

Da inoltrare alla Farmacia di Riferimento

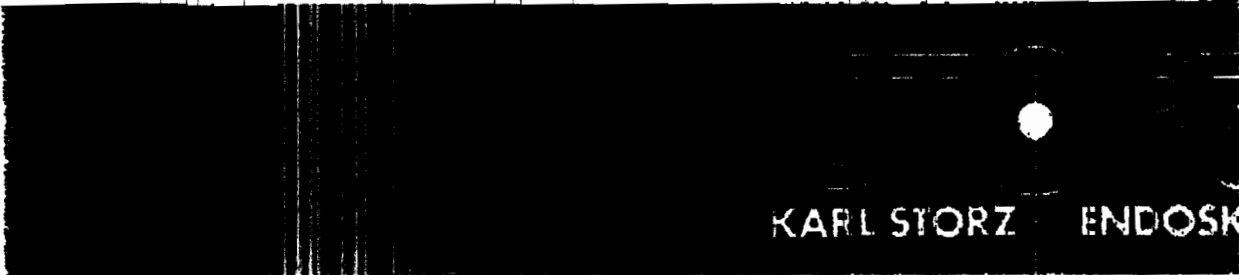
OSPEDALE / DISTRETTO: H 4	U.O.C OSTETRICIA - GINECOLOGIA C. COSTO 0843370100
DENOMINAZIONE COMUNE ITALIANA DEL PRODOTTO/NOME GENERICO DEL PRODOTTO	
SET TUBO FLESSIBILE PER IRRIGAZIONE E ASPIRAZIONE PER LAPAROSCOPIA	
DESCRIZIONE GENERALE DEL PRODOTTO: DISPOSITIVO MEDICO	
CARATTERISTICHE TECNICHE (requisiti fondamentali)	
Materiale di consumo sterile per :apparecchio che permette di effettuare in modo semplice ed efficace l'irrigazione e l'aspirazione nell'ambito della chirurgia laparoscopica mininvasiva, da utilizzare con POMPA LAPARO PER IRRIGAZIONE E ASPIRAZIONE LIQUIDI X CHIRURGIA LAPAROSCOPICA MININVASIVA mod. 2215 In dotazione alla nostra Sala Operatoria: delibera n° 2322 del 27/12/2007	
DESTINAZIONE D'USO: Laparoscopia	
DITTA PRODUTTRICE: Wolf.	
NOME COMMERCIALE: SET TUBO FLESSIBILE PER IRRIGAZIONE E ASPIRAZIONE PER LAPAROSCOPIA unico compatibile con la nostra pompa mod.2215	
UNITA' RICHIESTE 20 PER FABBISOGNO: <input type="radio"/> TRIMESTRALE <input type="radio"/> SEMESTRALE <input checked="" type="radio"/> ANNUALE	
Il sottoscritto Dr. Virginio Ambroggi, Responsabile della U.O C di Ostetricia e Ginecologia sopra citato, dichiara, sotto la propria responsabilità che il prodotto richiesto è INFUNGIBILE in quanto: <ul style="list-style-type: none">- coperto da privativa industriale(allegare dichiarazione della ditta)X specificatamente dedicato al seguente macchinario o strumentazione, già in dotazione, non compatibile con altri prodotti reperibili in commercio- presenta requisiti indispensabili alla tecnica chirurgica, terapeutica e d'indagine diagnostica di seguito descritta, non rinvenibile nei prodotti esistenti in commercio (Art.1 lettera C)	
NB: E' possibile indicare più di una opzione	
IL sottoscritto dichiara di essere a conoscenza delle possibili responsabilità contabili	
Data:	Dipartimento Area Scienze Chirurgiche Direttore Dr. Virginio Ambroggi IL DIRETTORE DELLA U.O.
17/05/2010	Dr. V. Ambroggi 
NOTE:	IL DIRETTORE SANITARIO/ DISTRETTO AZIENDA U.S.L. RM H DIREZIONE SANITARIA P.O. ANZIO DIRIGENTE MEDICO
Data: (spazio riservato alla Direzione Sanitaria di Polo o di Distretto)	 Dott. Ciriaco Alfonso CONSOLANTE

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RM H *Allegata*
Borgo Garibaldi, 12 - Albano Laziale

SCHEDA DICHIARAZIONE PRODOTTI INFUNGIBILI

Da inoltrare alla Farmacia di Rifornimento

OSPEDALE / DISTRETTO: H 4	U.O.C OSTETRICIA - GINECOLOGIA C. COSTO 0843370100
DENOMINAZIONE COMUNE ITALIANA DEL PRODOTTO/NOME GENERICO DEL PRODOTTO Calotta monouso per isteroscopia	
DESCRIZIONE GENERALE DEL PRODOTTO: DISPOSITIVO MECCANICO compatibile con pompa Endomat	
CARATTERISTICHE TECNICHE (requisiti fondamentali):calotta monouso con pompa da Endomat	
DESTINAZIONE D'USO:isteroscopia diagnostica ed operativa	
DITTA PRODUTTRICE: Storz	
NOME COMMERCIALE: Set tubi con due canali di aspirazione	
UNITA' RICHIESTE (Sì) PER FABBISOGNO: <input type="radio"/> TRIMESTRALE <input type="radio"/> SEMESTRALE <input checked="" type="radio"/> ANNUALE	
<p>Il sottoscritto Dr. Virginia Ambrogi, Responsabile della U.O.C di Ostetricia e Ginecologia sopra citata, dichiara, a la propria responsabilità che il prodotto richiesto è INFUNGIBILE in quanto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - coperto da brevetto industriale (allegare dichiarazione della ditta) <input checked="" type="checkbox"/> specificamente dedicato al seguente meccanismo o strumentazione, già in dotazione, non compatibile con altri prodotti reperibili in commercio - presenta requisiti indispensabili alla tecnica chirurgica, terapeutica e d'indagine diagnostica di segmenta, non rinvenibile nei prodotti esistenti in commercio (Art.1 lettera C) <p>NOTA: E' possibile indicare più di una opzione.</p> <p>IL sottoscritto dichiara di essere a conoscenza delle possibili responsabilità contabili per danno erariale</p>	
Data: 20/03/2010	IL DIRETTORE DELLA U.O. Dr. F. Ambrogi
NOTE: Data: (spazio riservato alla Direzione Sanitaria di Polo o di Distretto)	IL DIRETTORE SANITARIO DISTRETTO IL DIRETTORE U.O. POLO OSPEDALIERO Ospedale F.lli Angeli - Nuovo - Via Albani 0843370100



KARL STORZ Endoscopia Italia S.r.l. - Via dell'Artigianato, 3 - 37135 Verona

ENDOSCOPIA PER LA MEDICINA
E LA TECNICA INDUSTRIALE
STRUMENTARIO PER ORO-RINO-LARINGOLC

Verona, 24 marzo 2010

Spettabile
Azienda U.I.L. Roma H
Borgo Garibaldi, 12
00041 Albano Laziale (RM)

Oggetto: Sistema Karl Storz.

Egredi Signori,

Con la presente desideriamo comunicarVi che per la pompa peristaltica Hamov Endomet codice 263310 di produzione KARL STORZ, nelle sue applicazioni endoscopiche, garantiamo le prestazioni ottimali con l'uso dei tubi neoprene MTP codice 031117-10, come indicato sul manuale di istruzioni.

Vi ringraziamo per la cortese attenzione e Vi chiediamo di prendere nota di quanto sopra.

Distinti saluti.

KARL STORZ ENDOSCOPIA ITALIA S.R.L.

E. Kichler
 Ekkhard Kichler
 Sales & Marketing Manager

J

SCHEDA DICHIARAZIONE PRODOTTI INFUNGIBILI
 Da inoltrare alla Farmacia di Riferimento

OSPEDALE / DISTRETTO: H 4	U.O.C OSTETRICA - GINECOLOGIA C. COSTO 0843370100
DENOMINAZIONE COMUNE ITALIANA DEL PRODOTTO/NOME GENERICO DEL PRODOTTO	
GYNECARE PROLIFT + M TOTALE	
DESCRIZIONE GENERALE DEL PRODOTTO: DISPOSITIVO MEDICO	
CARATTERISTICHE TECNICHE (requisiti fondamentali)	
I SISTEMA DI RIPARAZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO, COSTITUITO DA UNA RETE PARZIALMENTE RIASSORBIBILE IN PROLENE MORBIDO + MONOCRYL.	
DESTINAZIONE D'USO: PROLASSO GENITALE	
DITTA PRODUTTRICE: ETHICON WOMEN'S HEALTH & UROLOGY	
NOME COMMERCIALE: GYNECARE PROLIFT + M TOTALE	
UNITA' RICHIESTE 20 PER FABBISOGNO:	
<input type="radio"/> TRIMESTRALE <input type="radio"/> SEMESTRALE <input checked="" type="radio"/> ANNUALE	
Il sottoscritto Dr. Virginio Ambrogio, Responsabile della U.O.C di Ostetricia e Ginecologia sopra citato, dichiara, sotto la propria responsabilità che il prodotto richiesto è INFUNGIBILE in quanto:	
<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> coperto da privativa industriale (allegare dichiarazione della ditta) <input type="checkbox"/> specificatamente dedicato al seguente macchinario o strumentazione, già in dotazione, non compatibile con altri prodotti reperibili in commercio <input type="checkbox"/> presenta requisiti indispensabili alla tecnica chirurgica, terapeutica e d'indagine diagnostica di seguito descritta, non rinvenibile nei prodotti esistenti in commercio (Art.1 lettera C) 	
NB: E' possibile indicare più di una opzione	
IL sottoscritto dichiara di essere a conoscenza delle possibili responsabilità contabili per danno erariale	
Data:	Dipartimento Area Scienze Chirurgiche Dr. Virginio Ambrogio IL DIRETTORE DELLA U.O.
27/02/2010	Dr. V. Ambrogio
NOTE:	IL DIRETTORE SANITARIO/DISTRETT IL DIRETTORE SANITARIO POLO OSPEDALIERO 114 Ospedali Riuniti Anzio - Nettuno - Villa Albani (Dot. Ennio Boccardi)
Data:	
(spazio riservato alla Direzione Sanitaria di Polo o di Distretto)	

SCHEMA DICHIARAZIONE PRODOTTI INFUNGIBILI

Da inoltrare alla Farmacia di Riferimento

OSPEDALE / DISTRETTO: H 4	U.O.C OSTETRICIA - GINECOLOGIA C. COSTO 0843370100
DENOMINAZIONE COMUNE ITALIANA DEL PRODOTTO/NOME GENERICO DEL PRODOTTO	
GYNECARE PROLIFT + M ANTERIORE	
DESCRIZIONE GENERALE DEL PRODOTTO: DISPOSITIVO MEDICO	
CARATTERISTICHE TECNICHE (requisiti fondamentali)	
I SISTEMA DI RIPARAZIONE ANTERIORE DEL PAVIMENTO PELVICO, COSTITUITO DA UNA RETE PARZIALMENTE RIASSORBIBILE IN PROLENE MORBIDO + MONOCRYL.	
DESTINAZIONE D'USO: CISTOCFLE	
DITTA PRODUTTRICE: ETHICON WOMEN'S HEALTH & UROLOGY	
NOME COMMERCIALE: GYNECARE PROLIFT + M ANTERIORE	
UNITA' RICHIESTE 20 PER FABBISOGNO:	
<input type="radio"/> TRIMESTRALE <input type="radio"/> SEMESTRALE <input checked="" type="radio"/> ANNUALE	
Il sottoscritto Dr. Virginio Ambrogio, Responsabile della U.O.C di Ostetricia e Ginecologia sopra citato, dichiara, sotto la propria responsabilità che il prodotto richiesto è INFUNGIBILE in quanto:	
<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> coperto da privativa industriale (allegare dichiarazione della ditta) - specificatamente dedicato al seguente macchinario o strumentazione, già in dotazione, non compatibile con altri prodotti reperibili in commercio - presenta requisiti indispensabili alla tecnica chirurgica, terapeutica e d'indagine diagnostica di seguito descritta, non rinvenibile nei prodotti esistenti in commercio (Art.1 lettera C) 	
NB: E' possibile indicare più di una opzione	
IL sottoscritto dichiara di essere a conoscenza delle possibili responsabilità contabili per danno erariale	
Data: 27/02/2010	IL DIRETTORE DELLA U.O. Dipartimento Area Scienze Chirurgiche ASL RMH Dr. V. Ambrogio Direttore Dr. Virginio Ambrogio
NOTE: Data: (spazio riservato alla Direzione Sanitaria di Polo o di Distretto)	IL DIRETTORE SANITARIO / DISTRETT IL DIRETTORE SANITARIO POLO OSPEDALIERO Ospedali Riuniti Anzio - Nettuno - Velletri - Ladispoli (Dott. Enrico Boccia)

SCHEMA DICHIARAZIONE PRODOTTI INFUNGIBILI
Da inoltrare alla Farmacia di Riferimento

OSPEDALE / DISTRETTO: H 4	U.O.C OSTETRICA - GINECOLOGIA C. COSTO 0843370100
DENOMINAZIONE COMUNE ITALIANA DEL PRODOTTO/NOME GENERICO DEL PRODOTTO	
GYNECARE PROLIFT + M POSTERIORE	
DESCRIZIONE GENERALE DEL PRODOTTO: DISPOSITIVO MEDICO	
CARATTERISTICHE TECNICHE (requisiti fondamentali)	
1 SISTEMA DI RIPARAZIONE POSTERIORE DEL PAVIMENTO PELVICO, COSTITUITO DA UNA RETE PARZIALMENTE RIASSORBIBILE IN PROLENE MORBIDO + MONOCRYL.	
DESTINAZIONE D'USO: RETTOCELE	
DITTA PRODUTTRICE: ETHICON WOMEN'S HEALTH & UROLOGY	
NOME COMMERCIALE: GYNECARE PROLIFT + M POSTERIORE	
UNITA' RICHIESTE 5 PER FABBISOGNO:	
<input type="radio"/> TRIMESTRALE <input type="radio"/> SEMESTRALE <input checked="" type="radio"/> ANNUALE	
Il sottoscritto Dr. Virginio Ambrogi, Responsabile della U.O.C di Ostetricia e Ginecologia sopra citato, dichiara, sotto la propria responsabilità che il prodotto richiesto è INFUNGIBILE in quanto: <input checked="" type="checkbox"/> coperto da privativa industriale(allegare dichiarazione della ditta) - specificatamente dedicato al seguente macchinario o strumentazione, già in dotazione, non compatibile con altri prodotti reperibili in commercio - presenta requisiti indispensabili alla tecnica chirurgica, terapeutica e d'indagine diagnostica di seguito descritta, non rinvenibile nei prodotti esistenti in commercio (Art.1 lettera C) NB: E' possibile indicare più di una opzione	
IL sottoscritto dichiara di essere a conoscenza delle possibili responsabilità contabili per danno erariale	
Data: 27/02/2010	IL DIRETTORE DELLA U.O. Dipartimento Area Scienze Chirurgiche ASL RMH Dr. V. Ambrogi Direttore Dr. Virginio Ambrogi
NOTE: Data: (spazio riservato alla Direzione Sanitaria di Polo o di Distretto)	IL DIRETTORE SANITARIO / DISTRETTO IL DIRETTORE SANITARIO POLO OSPEDALIERO H4 Ospedali Riuniti Anzio - Nettuno - Villa Albani (Dot. Ennio Bocca:07)

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RM H Allegato 4
Borgo Garibaldi, 12 - Albano Laziale

SCHEDA DICHIARAZIONE PRODOTTI INFUNGIBILI

Da inoltrare alla Farmacia di Riferimento

OSPEDALE / DISTRETTO: H4	U.O.C OSTETRICIA - GINECOLOGIA C. COSTO 0843370100
DENOMINAZIONE COMUNE ITALIANA DEL PRODOTTO/NOME GENERICO DEL PRODOTTO	
Elevate™ System con IntePro Lite (Anteriore)	
DESCRIZIONE GENERALE DEL PRODOTTO: DISPOSITIVO MEDICO	
CARATTERISTICHE TECNICHE (requisiti fondamentali) Elevate™ System con IntePro Lite (Anteriore) è un dispositivo monouso per il trattamento dei difetti anteriori e centrali del pavimento pelvico femminile. Elevate™ grazie ad 2 introduttori in acciaio inox appositamente studiati inserisce, attraverso una singola incisione, una mesh in polipropilene che viene ancorata al legamento sacrospinoso e al muscolo otturatorio interno.	
DESTINAZIONE D'USO: CISTOCELE	
DITTA PRODUTTRICE: American Medical Systems, Inc. 117700 Bren Road West Minnetonka	
NOME COMMERCIALE: Elevate™ System con IntePro Lite (Anteriore)	
UNITA' RICHIESTE PER IL PAESIBISOGNO: <input type="radio"/> TRIMESTRALE <input type="radio"/> SEMESTRALE <input checked="" type="radio"/> ANNUALE	
<p>Il sottoscritto Dr. Virginio Ambrogi, Responsabile della U.O.C di Ostetricia e Ginecologia sopra citata, dichiara, sotto la propria responsabilità che il prodotto richiesto è INFUNGIBILE in quanto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - coperto da brevetto industriale (allegare dichiarazione della ditta) X specificamente dedicato al seguente macchinario o strumentazione, già in dotazione, non compatibile con altri prodotti reperibili in commercio - presenta requisiti indispensabili alla tecnica chirurgica, terapeutica e d'indagine diagnostica di seguito descritta, non rinvenibile nei prodotti esistenti in commercio (Art.1 lettera C) <p>NB: E' possibile indicare più di una opzione</p> <p>Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza delle possibili responsabilità del prodotto.</p>	
Data: 04-05-2010	IL DIRETTORE U.O.C. OSTETRICIA - GINECOLOGIA Dr. V. Ambrogi
NOTE:	IL DIRETTORE SANITARIO/DISTRETTO
Data: (spazio riservato alla Direzione Sanitaria di Polo o di Distretto)	

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RM H Allegato 4
Borgo Garibaldi, 12 - Albano Laziale

SCHEDA DICHIARAZIONE PRODOTTI INFUNGIBILI
 Da inoltrare alla Farmacia di Riferimento

OSPEDALE / DISTRETTO: R4	U.O.C OSTETRICIA - GINECOLOGIA C. COSTO 0843370100
DENOMINAZIONE COMPLETIVA ITALIANA DEL PRODOTTO/NOME GENERICO DEL PRODOTTO Elevate System con IntePro Lite™ (posteriore)	
DESCRIZIONE GENERALE DEL PRODOTTO: DISPOSITIVO MEDICO	
CARATTERISTICHE TECNICHE (requisiti fondamentali) Elevate System con IntePro Lite™ (posteriore) è un dispositivo monouso per il trattamento dei difetti apicali e posteriori del pavimento pelvico femminile. Elevate™ grazie ad un ago in acciaio inox appositamente studiato inserisce 2 braccia fissanti nel legamento sacrospinoso che permettono un posizionamento accurato e preciso della mesh in polipropilene attraverso una singola incisione vaginale, otturatorio interno.	
DESTINAZIONE D'USO: Rettocele	
DITTA PRODUTTRICE: American Medical Systems Inc. 10700 Brea Road West Mirmetont	
NOME COMMERCIALE: Elevate System con IntePro Lite™ (posteriore)	
UNITA' RICHIESTE PER FABBISOGNO: <input type="checkbox"/> TRIMESTRALE <input type="checkbox"/> SEMESTRALE <input checked="" type="checkbox"/> ANNUALE	
<p>Il sottoscritto Dr. Virginio Ambrogi, Responsabile della U.O.C di Ostetricia e Ginecologia sopra citata, dichiara, sotto la propria responsabilità che il prodotto richiesto è INFUNGIBILE in quanto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - coperto da privativa industriale (allegare dichiarazione della ditta) X specificamente dedicato al seguente macchinario o strumentazione, già in dotazione, non compatibile con altri prodotti reperibili in commercio - presenta requisiti indispensabili alla tecnica chirurgica, terapeutica e d'indagine diagnostica di seguito descritta, non rinvenibile nei prodotti esistenti in commercio (Art.1 lettera C) <p>NB: E' possibile indicare più di una opzione</p> <p>IL sottoscritto dichiara di essere a conoscenza delle possibili responsabilità connessi con l'uso di questo prodotto chirurgico</p>	
Data: 04-05-2010	IL DIRETTORE DELLA U.O. Dirigente Medico Dr. V. Ambrogi
NOTE: Data: (spazio riservato alla Direzione Sanitaria di Polo o di Distretto)	IL DIRETTORE SANITARIO/DISTRETTO AZIENDA U.S.L. RM H DIREZIONE SANITARIA P.O. ANZIO IL DIRIGENTE MEDICO Dott. Ciriaco Alfonso CONSOLANTE



20.6.10
OK Telefonico Dr
KASROG
quinta

AZIENDA USL ROMA H
Borgo Garibaldi, 12 - 00041 Albano Laziale (Roma)
Tel. 06 / 93.27.1 - Fax. 06 / 93.27.38.66

SCHEDA DICHIARAZIONE PRODOTTI INFUNGIBILI

AZIENDA USL RM H
PRESIDIO OSPEDALIERO DI GENZANO
BLOCCO OPERATORIO

AZIENDA USL RM H
PRESIDIO OSPEDALIERO DI GENZANO
BLOCCO OPERATORIO
C. COSTO 0403810013

U.O. / Servizio _____

1. Denominazione Comune Italiana del prodotto (Nome generico del prodotto)

Moceclatore Gynecare MMK10357

OK
Dott. Mogini
20.06.2010

2. Caratteristiche tecniche (requisiti fondamentali)

Pinzola monouso con valvola per pneumoperitoneo

3. Destinazione d'uso Miomectomie e isterectomie laparoscopiche

4. Ditta Produttrice JOHNSON & JOHNSON

5. Nome Commerciale X-TRACT

6. Numero delle unità richieste 1 scatola per Sp per fabbisogno trim sem anno

7. Dati di consumo per unità - Mensile Annuale Pluriennale

DICHIARAZIONE DI INFUNGIBILITA'

Il sottoscritto CARLO MOGINI Responsabile della U.O. / Servizio su citato, dichiara sotto la propria responsabilità che il prodotto di cui ai punti precedenti è **INFUNGIBILE** in quanto:

- Coperto da privativa industriale (allegata dichiarazione della Ditta)
- Specificatamente dedicato al seguente macchinario o strumentazione, già in dotazione, non compatibile con altri prodotti reperibili in commercio Generatore X-TRACT cod MPO100
- Presenta requisiti indispensabili alla tecnica chirurgica, terapeutica e d'indagine diagnostica di seguito descritta, non rinvenibile in altri prodotti esistenti in commercio (Art.1 lettera c) L.R. 22/89)
quali: _____

Firma del Responsabile U.O / Servizio

Dott. C. Mogini

Il Direttore Sanitario
Dr.ssa Santina Medagliani
Parere Favorevole
AZIENDA USL ROMA H
PRESIDIO OSPEDALIERO H2
Direttore Sanitario

Mod. Infungibilità

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE N. 11
 Borgo Garibaldi, 12 - Albano Laziale

SCHEDA DICHIARAZIONE PRODOTTI INFUNGIBILI
 Da inoltrare alla Farmacia di Riferimento

ASL RM 4

OSPED. DISTRETTO OSP. DI GENZANO UNITA' OPERATIVA DI OSTETRICIA - GINECOLOGIA	U.O. / SERVIZIO/ AMBULATORIO	C. COSTO 064430101
DENOMINAZIONE COMUNE ITALIANA DEL PRODOTTO/NOME GENERICO DEL PRODOTTO RETRATTORI ELASTICI		
DESCRIZIONE GENERALE DEL PRODOTTO:		
CARATTERISTICHE TECNICHE (requisiti fondamentali) DISPOSITIVO MONOUSO STERILE		
DESTINAZIONE D'USO: DEDICATI AGLI ANELLI PER DIVARICAZIONE AUTOSTATICA		
DITTA PRODUTTRICE: ARKON		
NOME COMMERCIALE: LONE STAR RETRACTOR SYSTEM		
UNITA' RICHIESTE 8 CONF x 8 PEZZI PER FABBISOGNO: <input type="radio"/> TRIMESTRALE <input type="radio"/> SEMESTRALE <input checked="" type="radio"/> ANNUALE		
<p>Il sottoscritto MOGINI CARLO Responsabile della U.O./Servizio/Ambulatorio sopra citato, dichiara, sotto la propria responsabilità che il prodotto richiesto è INFUNGIBILE in quanto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - coperto da privativa industriale (allegare dichiarazione della ditta) - specificatamente dedicato al seguente macchinario o strumentazione, già in dotazione, non compatibile con altri prodotti reperibili in commercio <input checked="" type="checkbox"/> presenta requisiti indispensabili alla tecnica chirurgica, terapeutica e d'indagine diagnostica di seguito descritta, non rinvenibile nei prodotti esistenti in commercio (Art.1 lettera C) <p>NB: E' possibile indicare più di una opzione.</p>		
<p>Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza delle possibili responsabilità contabili per danno erariale</p>		
Data: 21/5/2010	<p>ASL RM 4 Osp. GENZANO IL DIRETTORE DELLA U.O. Medico Chirurgo Specialista Ostetricia e Ginecologia</p>	
NOTE:	<p>NO. IL DIRETTORE SANITARIO/DISTRETTO ASL RM 4 - OSPEDALE DI GENZANO DIREZIONE SANITARIA OSPED.</p>	
Data: (spazio riservato alla Direzione Sanitaria di Polo o di Distretto)		

100120040297-166

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE N. 11

Borgo Garibaldi, 12 - Albano Laziale

SCHEDA DICHIARAZIONE PRODOTTI INFUNGIBILI

Da inoltrare alla Farmacia di Riferimento

OSPEDALE / DISTRETTO: OSP. DI GENZANO UNITA' OPERATIVA DI OSTETRICIA - GINECOLOGIA	U.O. / SERVIZIO/ AMBULATORIO	C. COSTO 064430101
DENOMINAZIONE COMUNE ITALIANA DEL PRODOTTO/NOME GENERICO DEL PRODOTTO ANELLO TECNO PER DIAPRIZIONE AUTOSTATICA		
DESCRIZIONE GENERALE DEL PRODOTTO:		
CARATTERISTICHE TECNICHE (requisiti fondamentali) DISPOSITIVO MONOUSO PER DIAPRIZIONE AUTOSTATICA		
DESTINAZIONE D'USO: CHIRURGIA GINECOLOGICA		
DITTA PRODUTTRICE: ARKON		
NOME COMMERCIALE: LONE STAR RETRACTOR SYSTEM		
UNITA' RICHIESTE: 6 (SEI)		PER FABBISOGNO:
<input type="radio"/> TRIMESTRALE <input type="radio"/> SEMESTRALE <input checked="" type="radio"/> ANNUALE		
Il sottoscritto <u>MOGINI CARLO</u> Responsabile della U.O./Servizio/Ambulatorio sopra citato, dichiara, sotto la propria responsabilità che il prodotto richiesto è INFUNGIBILE in quanto: <ul style="list-style-type: none"> - coperto da privativa industriale (allegare dichiarazione della ditta) - specificatamente dedicato al seguente macchinario o strumentazione, già in dotazione, non compatibile con altri prodotti reperibili in commercio <input checked="" type="checkbox"/> presenta requisiti indispensabili alla tecnica chirurgica, terapeutica e d'indagine diagnostica di seguito descritta, non rinvenibile nei prodotti esistenti in commercio (Art. 1 lettera C) 		
NB: E' possibile indicare più di una opzione.....		
Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza delle possibili responsabilità contabili per danna erariale		
Data: 27/5/2010	IL DIRETTORE DELLA U.O. ASL RMH-CAP/GENZANO Dott. Mogini Carlo Medico Chirurgo	
NOTE:	DIRETTORE SANITARIO DISTRETTO N.0. DIREZIONE SANITARIA OSPED. 1081200408973560	
Data:	(spazio riservato alla Direzione Sanitaria di Polo o di Distretto)	



AZIENDA USL ROMA H

Borgo Garibaldi, 12 - 00041 Albano Laziale (Roma)

Tel. 06 / 93.27.1 - Fax. 06 / 93.27.38.66

SCHEDA DICHIARAZIONE PRODOTTI INFUNGIBILI

AZIENDA USL ROMA H

PRESIDIO OSPEDALIERO GENZANO

BLOCCO OPERATORIO

C. COSTO 0403810013

U.O. / Servizio _____

Centro di Costo _____

1. Denominazione Comune Italiana del prodotto (Nome generico del prodotto)

BULKAMID

2. Caratteristiche tecniche (requisiti fondamentali)

VOLOMIZZANTE - URETRALE

3. Destinazione d'uso _____

4. Ditta Produttrice ETHICON

5. Nome Commerciale BULKAMID

6. Numero delle unità richieste 20 (DECI) per fabbisogno trim sem anno

7. Dati di consumo per unità - Mensile Annuale Pluriennale

DICHIARAZIONE DI INFUNGIBILITA'

Il sottoscritto MOGINI CARLO Responsabile della U.O. / Servizio su citato, dichiara, sotto la propria responsabilità che il prodotto di cui ai punti precedenti è INFUNGIBILE in quanto:

- Coperto da privativa industriale (allegata dichiarazione della Ditta)
- Specificatamente dedicato al seguente macchinario o strumentazione, già in dotazione, non compatibile con altri prodotti reperibili in commercio _____
- ✗ Presenta requisiti indispensabili alla tecnica chirurgica, terapeutica e d'indagine diagnostica di seguito descritta, non rinvenibile in altri prodotti esistenti in commercio (Art.1 lettera c) L.R. 22/39) quali: _____

Firma del Responsabile U.O. / Servizio

Dott. C. Mogini

Il Direttore Sanitario

PAZZI FIORENOLE

POLICLINICO OSPEDALIERO n. 1

Il Direttore Sanitario

Dott.ssa Santina Medaglini

Mod. Infungibilità

24



**ETHICON
Women's Health & Urology**

Pomezia, 19/10/09

**DICHIARAZIONE DI ESCLUSIVITA'
SISTEMA BULKAMID**

La sottoscritta Johnson & Johnson Medical S.p.a. - Divisione Ethicon Women's Health & Urology, con sede e domicilio fiscale in Pratica di Mare, Pomezia (RM), Via del Mare n. 56, società facente parte del gruppo multinazionale Johnson & Johnson Spa

DICHIARA

Che il Sistema Iniettabile BULKAMID BULKING URETHRAL SYSTEM presenta le seguenti caratteristiche tecniche:

- BULKAMID URETROSCOPIO 0° gradi di 2,7 mm di diametro e 11,4 cm di lunghezza, consente il controllo visivo del sito di applicazione del gel, codice BUOP;
- BULKAMID KIT formato da: 2 fiale sterili da 1 cc ciascuna pre-riempite di Hydrogel, camicia rotante monouso, 2 aghi centimetrati da 23 Gauge, codice BUKIT;
- BULKAMID FIALA, da 1 cc, monouso, codice BU10.
- BULKAMID contenitore per sterilizzazione ottica, codice BUSC.

Tali caratteristiche tecniche rendono il sistema assolutamente miniminvasivo, con la possibilità di poter effettuare le iniezioni di hydrogel sotto controllo visivo ed attraverso un sistema di rotazione della camicia che consente di inserire gli aghi con assoluta precisione e riproducibilità.

Inoltre, il materiale iniettato è costituito da un gel la cui composizione è attualmente unica nel panorama della cura dell'incontinenza urinaria da stress nelle donne

Sulla base delle nostre conoscenze in materia uroginecologica queste caratteristiche sono possedute esclusivamente dal Sistema BULKAMID URETHRAL BULKING SYSTEM, distribuito in esclusiva per l'Italia dalla "Johnson & Johnson Medical S.p.a. - Divisione Ethicon Women's Health & Urology".

Carlo Martinelli
Business Unit Director
Ethicon Women's Health & Urology
Division of Johnson & Johnson Medical S.p.a.

56

AZIENDA U.S.L. ROMA-H

N° 69672

Richiesta al magazzino/farmacia del 22/10/09

Distretto HZ

Centro di Costo: AZIENDA USL RM H
PRESIDIO OSPEDALIERO GENZANO

Presidio GENZANO

Servizio / Reparto BLOCCO OPERATORIO
C. COSTO 0403810013

CODICE ARTICOLO	Descrizione Materiali - Farmaci	U.M.	Q.tà Richiesta	Q.tà Consegnata
	BULKAMID - AGENTE VOLUMIZZANTE URETRALE COD BUKIT ETHICON		2	
	SI PREVEDE UN UTILIZZO ANNUALE DI 10 UN.FA			
	AZIENDA USL RM/H POLO OSPEDALIERO H2 Direttore Sanitario Dott.ssa Sandra Medaglini			
	SI ALLEGANO: - SCHEDE INFUNGIBILITA' - DICHIARAZIONE ESCLUSIVA ETHICON			

Il Dirigente del Reparto

L'Ufficio Economato

Il Resp. magazzino/farmacia

Dot. G. Mogini

Si conferma l'avvenuta consegna dei MATERIALI/MEDICINALI nelle quantità sopra indicate:

Data

L'Incaricato

26



AZIENDA USL ROMA H

Borgo Garibaldi, 12 00141 Albano Laziale (Roma)
tel. 06 93.27.1 - Fax 06 93.27.38.66



REGIONE LAZIO

SCHEDA DICHIARAZIONE PRODOTTI INFUNGIBILI

U.O./Servizio: **CHIRURGIA VASCOLARE** Centro di Costo: **0754090103**

1. Denominazione comune italiana del prodotto (nome generico del prodotto)
LIGASANO

2. Caratteristiche tecniche (requisiti fondamentali):

Il "LIGASANO" è un polluretano medicale con struttura a nido che assicura un'azione di detersione e pulizia della lesione anche infetta, mantiene le condizioni di caldo/umido con riduzione della flora batterica, stimolo meccanico e rapido assorbimento dell'essudato e trattenimento dello stesso con azione drenante e scambio gassoso.

E' un prodotto versatile e con varie forme e dimensione a secondo della necessità, infatti lo stesso prodotto viene usato con ottimi risultati anche per la prevenzione per la sua capacità di redistribuzione dei carichi compressivi ed infine è un prodotto economico.

Il "LIGASANO" ha tutte le certificazioni CEE.

3. Destinazione d'uso: **CHIRURGIA VASCOLARE (Sala operatoria, Ambulatorio)**

4. Ditta produttrice: **Tedesca LIGAMED medical Product GmbH** unica rivenditrice
SINI-MEDIK

5. Nome commerciale: **LIGASANO**

6. Numero delle unità richieste: 3 conf. da 280 pezzi non sterili cod.: 15009
10 conf da 140 pezzi sterili cod.: 15351/p
per fabbisogno trim. sem. Anno **NNN 1027-1**

7. Dati di consumo per unità: Mensile Annuale Pluriennale

DICHIARAZIONE DI INFUNGIBILITA'

Il sottoscritto **Giuseppe Lucchetti** Responsabile della U.O. / Servizio su citato, dichiara, sotto la propria responsabilità che il prodotto di cui ai punti precedenti è INFUNGIBILE in quanto:

- Coperto da privativa industriale (allegata dichiarazione della ditta)
- Specificatamente dedicato al seguente macchinario o strumentazione. già in dotazione, non compatibile con altri prodotti reperibili in commercio
- Presenta requisiti indispensabili alla tecnica chirurgica, terapeutica e d'indagine diagnostica di seguito descritta, non rinvenibile in altri prodotti esistenti in commercio (Art. 1 lettera c L.R. 22/89) quali:

Il sottoscritto **Giuseppe Lucchetti** dichiara di essere a conoscenza delle possibili responsabilità contabili per danno erariale.

Il Direttore Sanitario

Parere Favorevole

Firma
ASL ROMA H P.O. VELLETRI
IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Paolo Angeletti

Firma del responsabile U.O./Servizio

ASL RM-H Ospedale di VELLETRI
U.O.S. CHIRURGIA VASCOLARE
Dott. Giuseppe Lucchetti
1081200540911182



AZIENDA USL ROMA H

PRESIDIO OSPEDALIERO DI VELLETRI

U. O. S. DI CHIRURGIA VASCOLARE

Resp. : Dott. G. Lucchetti



Velletri: 18/03/10

Relazione sulle caratteristiche del "LAPAROMESH®".

Laparomesh® è una nuova generazione di protesi composta da polipropilene a bassa densità ricoperta da silicone, ideata per rinforzare la chiusura della linea alba dopo laparotomia.

Laparomesh® ha come obiettivo la prevenzione del laparocoele in pazienti con deficit cicatriziale.

Il suo uso migliora la cicatrizzazione, stimolando la crescita di tessuto connettivo, aumentando in spessore ed altezza, la linea alba.

I tessuti dell'area trattata con Laparomesh, mostrano un significativo incremento della resistenza meccanica, rispetto alle chiusure della fascia effettuate con tecnica convenzionale.

Laparomesh® è raccomandato nelle procedure di chirurgia "pulita e/o pulita contaminata"

Misura piccola : 2x0.8x30cm codice L 20830

Misura grande : 4x1.5x30cm codice L 41530

- Si pone in evidenza che LAPAROMESH è un prodotto esclusivo -

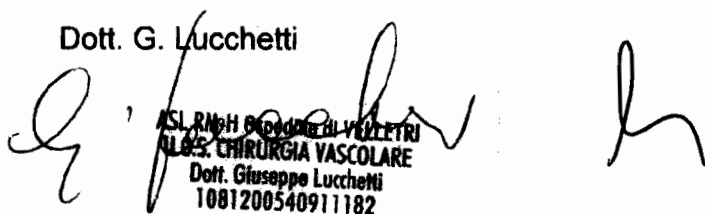
Inoltre,

per la chiusura della fascia addominale con tecnica continua, e posizionamento della protesi stessa,

è indicato l'uso della sutura Dermafil Loop: codice FR26AHMNBE

si tratta di una sutura esclusiva, ideata per unire i vantaggi del monofilamento confezionato con ansa loop da 130 cm, ma allo stesso tempo assicurare un perfetto bloccaggio della sutura stessa, in quanto il filamento presenta tratti con spigatura di ancoraggio, ideale per limitare al massimo i pericoli legati ad eventuali rotture del nodo; inoltre è montata su un ago cilindrico rinforzato, a punta tagliente, ideale per il passaggio nella fascia addominale, anche dopo re intervento.

Dott. G. Lucchetti



ASL ROMA H PRESIDIO OSPEDALIERO DI VELLETRI
U.O.S. CHIRURGIA VASCOLARE
Dott. Giuseppe Lucchetti
1081200540911182

15

SCHEDA DICHIARAZIONE PRODOTTI INFUNGIBILI
 Da inoltrare alla Farmacia di Riferimento

OSPEDALE/DISTRETTO: ANZIO	U.O./SERVIZIO/AMBULATORIO ANESTESIA RADIATIONE	C. COSTO 0242490101
DENOMINAZIONE COMUNE ITALIANA DEL PRODOTTO/NOME GENERICO DEL PRODOTTO KIT PER SISTEMA PICCO		
DESCRIZIONE GENERALE DEL PRODOTTO: CASETERE PER MISURAZIONE PARAMETRI EMODINAMICI		
CARATTERISTICHE TECNICHE (requisiti fondamentali) CASETERE DEDICATO PER MONITORAGGIO EMODINAMICO		
DESTINAZIONE D'USO: PAZ: RADIATIONE		
DITTA PRODUTTRICE: DISTRIBUTTRICE SEBA		
NOME COMMERCIALE: KIT PER SISTEMA PICCO		
UNITA' RICHIESTE..... 20PER FABBISOGNO: <input type="radio"/> TRIMESTRALE <input type="radio"/> SEMESTRALE <input checked="" type="radio"/> ANNUALE		
Il sottoscritto..... <u>PILATO ANTONIA</u>Responsabile della U.O./Servizio/Ambulatorio sopra citato, dichiara, sotto la propria responsabilità che il prodotto richiesto è INFUNGIBILE in quanto: <ul style="list-style-type: none"> - coperto da privativa industriale(allegare dichiarazione della ditta) <input checked="" type="checkbox"/> specificatamente dedicato al seguente macchinario o strumentazione, già in dotazione, non compatibile con altri prodotti reperibili in commercio <u>MONITORAGGIO DRABER.</u> - presenta requisiti indispensabili alla tecnica chirurgica, terapeutica e d'indagine diagnostica di seguito descritta, non rinvenibile nei prodotti esistenti in commercio (Art.1 lettera C) 		
NB: E' possibile indicare più di una opzione		
Data: 26/11/2009	IL DIRETTORE SANITARIO U.O. ASL RM H - P.O. ANZIO NETTUNO SE ANESTESIA	
NOTE: Data: (spazio riservato alla Direzione Sanitaria di Polo o di Distretto)	01091200409240087 IL DIRETTORE SANITARIO/DISTRETTO DIREZIONE SANITARIA-PC UFFICIO ALONSO CONSULTANTE	

29

SCHEDA DICHIARAZIONE PRODOTTI INFUNGIBILI

Da inoltrare alla Farmacia di Riferimento

OSPEDALE / DISTRETTO: MARINO	U.O. / SERVIZIO / AMBULATORIO OTORINO	C. COSTO
DENOMINAZIONE COMUNE ITALIANA DEL PRODOTTO/NOME GENERICO DEL PRODOTTO IMPIANTO PALATALE PICCAR		
DESCRIZIONE GENERALE DEL PRODOTTO: INSERTI DI TESSUTO IN POLIESTER		
CARATTERISTICHE TECNICHE (con relazione motivata e documentata) Vedi Allegato		
DESTINAZIONE D'USO: S. Operatore OTORINOLARINGOIATRICO		
DITTA PRODUTTRICE: ARKON		
NOME COMMERCIALE: PROCEDURA PICCAR OSAS		
UNITA' RICHIESTE.....PER FABBISOGNO:		
<input type="radio"/> TRIMESTRALE <input type="radio"/> SEMESTRALE <input checked="" type="radio"/> ANNUALE 70 (Settimane)		
Il sottoscritto Carlo Di AFENAResponsabile della U.O./Servizio/Ambulatorio sopra citato, dichiara di essere a conoscenza delle possibili responsabilità contabili per danno erariale. Dichiara altresì, sotto la propria responsabilità che il prodotto richiesto è INFUNGIBILE in quanto:		
<input checked="" type="checkbox"/> coperto da privativa industriale(allegare dichiarazione della ditta)		
- specificatamente dedicato al seguente macchinario o strumentazione, già in dotazione, non compatibile con altri prodotti reperibili in commercio		
- presenta requisiti indispensabili alla tecnica chirurgica, terapeutica e d'indagine diagnostica di seguito descritta, non rinvenibile nei prodotti esistenti in commercio (Art.1 lettera C)		
NB: E' possibile indicare più di una opzione		
Data: 15-06-2010	AZIENDA USL RMH POLO HI FRASCATI - MARINO U.O.C. OTORINOLARINGOIATRIA Direttore Dr. C. Di AFENA IL DIRETTORE DELLA U.O. Direttore Dr. C. Di AFENA Direttore Dr. C. Di AFENA U.O.C. OTORINOLARINGOIATRIA POLO HI FRASCATI - MARINO IL DIRETTORE SANITARIO DISTRETTO	
NOTE: Data: (spazio riservato alla Direzione Sanitaria di Polo o di Distretto)		

Rapp invio fax

16-GIU-2010 10:30 MER

Numero fax : 0693273021
Nome : FARMACIA PO MARINO

Nome/Numero : 3579
Pag. : 1
Ora iniz. : 16-GIU-2010 10:30 MER
Tempo trascorso : 00'16"
Modalita' : STD ECM
Risultati : [O.K]



Roma, 07.05.2010

Spett. le:
AZIENDA U.S.L. RM/H
BORGO GARIBALDI N.12
00041 - ALBANO LAZIALE - RM

➤ **OGGETTO: "Dichiarazione di unicità del prodotto" e "Privativa Industriale" relativa al brevetto Pillar Implant "Sistema di Impianto Palatale" prodotto dalla Restore Medical Incorporated e distribuito in esclusiva dalla ARKON SRL**

Con la presente il sottoscritto, Gaetano Chiacchiarì nella sua qualità di legale Rappresentante della ARKON S.r.l., Viale Città d'Europa n. 681 – 00144 Roma,

DICHIARA

che il Pillar **è un brevetto esclusivo, unico nel suo genere** e regolarmente registrato dalla Società Produttrice, al n. EP1216013, CE66447, CND P0199, N° REPERTORIO 19936/R e **che la scrivente società è l'importatore esclusivo per l'Italia dei prodotti della Restore Medical compreso il Sistema di impianto palatale "Pillar Implant"**.

Arkon srl


Viale città d'europa, 681
00144 Roma, Italia
T +39 06 5262481
F +39 06 52624827
E info@arkon.it
H www.arkon.it

Rimanendo a Vs. disposizione per ulteriori informazioni, porgiamo distinti saluti.

ARKON S.r.l.
Amministratore unico
Gaetano Chiacchiarì



Ass. Un. di Amm. Provinc. RM
Via. S. Maria 142/1
01027-01030
P. S. Maria
01027-01030
Comune di Roma (RM)
Tel. 06 5262481





AZIENDA USL ROMA H

Via Garibaldi, 12 00041 Albano Laziale (Roma)
Tel. 06 93.27.1 - Fax 06 93.27.38.66



SCHEDA DICHIARAZIONE PRODOTTI INFUNGIBILI

U.O. / Servizio _____ Centro di Costo _____

1. Denominazione Comune Italiana del prodotto (Nome generico del prodotto)

VAC THERAPY

2. Caratteristiche tecniche (requisiti fondamentali)

Sistema integrato con procedura di fermata negativa

3. Destinazione d'uso

Trattamento delle ipertensioni con vantaggi rispetto alle medicazioni orali

4. Ditta Produttrice

KCI - ASSACIO (MI)

5. Nome Commerciale

VAC THERAPY

6. Numero delle unità richieste 1 UNITA' MOTILE per fabbisogno 45 GIORNI
7. Dati di consumo per unità - Medicazioni Monouso Medice PU x 45 GIORNI

DICHIARAZIONE DI INFUNGIBILITA'

Il sottoscritto DOSSA CATIA ROSANNA Responsabile della U.O. / Servizio su citato, dichiara, sotto la propria responsabilità che il prodotto di cui ai punti precedenti è INFUNGIBILE in quanto:

- Coperto da privativa industriale (allegata dichiarazione della Ditta)
- Specificamente dedicato al seguente macchinario o strumentazione, già in dotazione, non compatibile con altri prodotti reperibili in commercio
- Presenta requisiti indispensabili alla tecnica chirurgica, terapeutica e d'indagine diagnostica di seguito descritta, non rinvenibile in altri prodotti esistenti in commercio - Art.1 lettera c) L.R. 22/89 quali: vedi prescrizione specialistica prof. TADDEI - Università La Sapienza

Chirurgia periferica con procedura di trattamento unico e irripetibile indispensabile allo svolgimento delle lesioni

I sottoscritti dichiarano, altresì, di essere a conoscenza delle possibili responsabilità contabili per danno erariale.

Il Direttore Sanitario
Parere Favorevole

Firma

Dr.ssa Caria Paradisi
DIRETTORE SANITARIO H4 F.F.
(Dr.ssa Caria Paradisi)

Firma del Responsabile U.O. / Servizio

ASL RM H - DISTRETTO H4
Il Responsabile U.O.
Dot.ssa Catia Rosanna Bellucci

Mod. Infungibilità

SCHEDA DICHIARAZIONE PRODOTTI INFUNGIBILI

Da inoltrare alla Farmacia di Riferimento

OSPEDALE / DISTRETTO: P.O. ALBANO	U.O. / SERVIZIO/ AMBULATORIO NEFROLOGIA & DIALISI	C. COSTO
DENOMINAZIONE COMUNE ITALIANA DEL PRODOTTO/NOME GENERICO DEL PRODOTTO NON APPLICABILE		
DESCRIZIONE GENERALE DEL PRODOTTO: KIT a MALNUTRIZIONE P2. COMODALIZZATO		
CARATTERISTICHE TECNICHE (requisiti fondamentali) 1) SACCA TRICO PARTIMENTATA OLICCINDO MEL (A SCELTA) 2) LINEA RINFUSIONE 3) DIALIZZATORE EVAL (A SCELTA)		
DESTINAZIONE D'USO: ALIMENTAZIONE PARENTERALE DURANTE DIALISI		
DITTA PRODUTTRICE: BAXTER		
NOME COMMERCIALE: KIT NUTRIEVAL		
UNITA' RICHIESTE..... 40 (QUARANTA) PER FABBISOGNO: <input checked="" type="radio"/> TRIMESTRALE <input type="radio"/> SEMESTRALE <input type="radio"/> ANNUALE		
Il sottoscritto MATTEO M. MAURO Responsabile della U.O./Servizio/Ambulatorio sopra citato, dichiara, sotto la propria responsabilità che il prodotto richiesto è INFUNGIBILE in quanto: <ul style="list-style-type: none"> - coperto da privativa industriale (allegare dichiarazione della ditta) - specificatamente dedicato al seguente macchinario o strumentazione, già in dotazione, non compatibile con altri prodotti reperibili in commercio presenta requisiti indispensabili alla tecnica chirurgica, terapeutica e d'indagine diagnostica di seguito descritta, non rinvenibile nei prodotti esistenti in commercio (Art.1 lettera C)		
NB: E' possibile indicare più di una opzione.....		
IL sottoscritto dichiara di essere a conoscenza delle possibili responsabilità contabili per danno erariale		
Data: 16/06/2010	SERVIZIO NEFROLOGIA E DIALISI PRESIDIO OSPEDALIERO ALBANO L. USL RM - H PRIMARIO: Prof. Matteo M. MAURO	
Visto si autorizza	IL sottoscritto dichiara di essere a conoscenza delle possibili responsabilità contabili per danno erariale	
Data:	IL DIRETTORE DELLA U.O. SERVIZIO NEFROLOGIA E DIALISI PRESIDIO OSPEDALIERO ALBANO L. USL RM - H PRIMARIO: Prof. Matteo M. MAURO	

Baxter

Roma, 01/06/2010
Offerta: 02255/2010
Servizio offerte: Francesca Pulciani

Spett.le
AZIENDA USL ROMA H
OSPEDALE S. GIUSEPPE
BORGO GARIBALDI N 12
00041 ALBANO LAZIALE RM

C.A. DOTT.SSA LUISA PAESE
DIRETTORE FARMACIA POLO OSPEDALIERO

C.A. PROF. MATTEO MAURO
DIRETTORE UOC NEFROLOGIA E DIALISI

P.C. DOTT. MARCO PICOZZI
INGEGNERIA BIOMEDICA SPA

Oggetto: PREVENTIVO DI SPESA NS. PRODOTTO KITNUTRIEVAL

Con la presente ci è gradito sottoporre alla Vostra cortese attenzione la nostra migliore offerta per la eventuale fornitura di quanto indicato in oggetto, alle condizioni di seguito riportate:

Codice: KITNUTRIEVAL

La Terapia per il trattamento di pazienti in stato di malnutrizione prevede l'utilizzo di sacche tricompartimentate contenenti separatamente: una emulsione lipidica a base di olio di oliva e olio di soia, una soluzione con differenti formulazioni di aminoacidi essenziali, una soluzione con differenti concentrazioni di glucosio con o senza calcio. La terapia è composta da:

N. 1 Dializzatore EVAL (superficie a scelta)

n. 1 Linea da reinfusione per NIKKISO.

N 1 sacca tricompartimentata per la nutrizione OLICLINOMEL (formulazioni a scelta)

Prezzo offerto unitario al netto Iva:

Euro 70,90000 (Settanta/90000)

Aliquota IVA %:

4 (Quattro)

CONDIZIONI DI FORNITURA

Validità dell'offerta: 31/12/2010

Consegna: pronta.

Minimo fatturabile: EURO 250,00

Aliquota I.V.A.: A vostro carico in percentuale di legge.

Termini di pagamento: RIM.A 90GG DATA FATTURA

Porto franco ed imballo gratuito.

Per ogni comunicazione contattare:

SERVIZIO OFFERTE BAXTER - Tel 06-32491919 fax 06/32491341

e-mail : italy_bidsoffice@baxter.com

SERVIZIO ORDINI BAXTER - Tel 800772233 fax 800553366

e-mail : cs_italyosp@baxter.com

SERVIZIO ORDINI HOME CARE DIALISI BAXTER : Tel 800772233 fax 800554422

e-mail :cs_italyhome@baxter.com

SERVIZIO ORDINI COMPOUNDING OSP.DOMICILIARE: Tel. 055-4295743 fax 800557733

Distinti saluti.

BAXTER S.p.A.

Paolo Gizza
Ricevitore

10.6.2010

Il Kraf è economicamente più
sagepposo e meglio
adeguato a per

AZIENDA USL ROMA H
U. Org. Farmacia Polo Ospedaliero H2
Ospedale "Gennaro" Albano - Genzano

Via del Muro, Km. 1, 200 - ALBANO LAZIALE

P. IVA 00907371009 - Cod. Fisc. 00492340583 - Capitale Sociale € 7.000.000,00 Iva Luisa Paese

Iscritta al Registro delle Imprese di Roma al n. 00492340583 - REA n. 323287

Società soggetta a direzione e coordinamento di Baxter International Inc. - Stati Uniti d'America



AZIENDA USL ROMA H

Borgo Garibaldi, 12 00141 Albano Laziale (Roma)
Tel. 06 93.27.1 - Fax 06 93.27.38.66



SCHEDA DICHIARAZIONE PRODOTTI INFUNGIBILI

U.O. / Servizio ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Centro di Costo 0

1. Denominazione Comune Italiana del prodotto (Nome generico del prodotto)

MANIPOLO MOTORE (TRS)

2. Caratteristiche tecniche (requisiti fondamentali)

Modulo motore e parte elettronica non sterilizzabile

3. Destinazione d'uso

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

4. Ditta Produttrice

SINTHES

5. Nome Commerciale

TRS (TRAUMA RECON SYSTEM)

6. Numero delle unità richieste 2 per fabbisogno trim | sem | anno |

7. Dati di consumo per unità - Mensile | Annuale | Pluriennale

DICHIARAZIONE DI INFUNGIBILITA'

Il sottoscritto AMORESE VITO Responsabile della U.O. / Servizio su citato, dichiara, sotto la propria responsabilità che il prodotto di cui ai punti precedenti è **INFUNGIBILE** in quanto:

- Coperto da privativa industriale (allegata dichiarazione della Ditta)
- Specificatamente dedicato al seguente macchinario o strumentazione, già in dotazione, non compatibile con altri prodotti reperibili in commercio

Presenta requisiti indispensabili alla tecnica chirurgica, terapeutica e d'indagine diagnostica di seguito descritta, non rinvenibile in altri prodotti esistenti in commercio (Art.1 lettera c) L.R. 22/89) quali: la non sterilizzabilità

del litio (la cui durata è maggiore) e l'elettronica (e cioè l'offuscamento del display) e l'elaborazione delle immagini a colori come alle possibili applicazioni in chirurgia ortopedica.

Il Direttore Sanitario
Parere Favorevole
Firma

DIREZIONE SANITARIA POLO 112
ALBANO - GENZANO - ARICCIA
Data del 2001 20/10/01

Mod. Infungibilità

OSPEDALE SPECIALIZZATO
"S. POLVERINO"
U.O. DI ORTOPEDIA
Direttore
Prof. Vito Amorese

2

OGGETTO: INFUNGIBILITA' SISTEMA DI TRAPANO MODULARE A BATTERIA PER ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DEI GRANDI E MEDI FRAMMENTI CON MANIPOLO E MOTORI INTEGRATI ALLE BATTERIE DELLA DITTA SYNTHES S.R.L.

La presente per richiedere l'acquisto del trapano modulare a batteria della ditta Synthes S.r.l.
Il citato materiale ha le seguenti caratteristiche che lo rendono infungibile:

- MANIPOLO MOTORE a rotazione oraria e antioraria da 0 a 18.000 rpm (senza innesti), e di peso non superiore ai 1.300 grammi (senza innesti) e possibilità di sterilizzazione (senza batterie).
- Doppio grilletto con possibilità di cambiare il senso di rotazione senza interruzione del lavoro, arresto immediato del motore, nuovo sistema di Innesto rapido degli attacchi e Cannulazione fino a 4,1 mm. con innesto unico.
- Il coperchio presenta un commutatore per la selezione delle seguenti modalità: 1) DRILL/REAM (foratura e alesaggio), 2) SAW (sega), 3) OSC. DRILL (oscillante), 4) UNLOCK / LOCK/ (aperto/ chiuso e bloccato).
- Modulo motore contenente sia la parte elettronica, sia il motore, sia la batteria al LITIO (170 W), del tipo non sterilizzabile, con sistema di lettura di carica e avviso manutenzione a led luminosi.

Alla presente si allega scheda tecnica del prodotto per maggiore informazioni.

OSPEDALE SPECIALIZZATO
"L. SPOLVERINI"
U.O. DI ORTOPEDIA
[Signature]
Il Direttore
Prof. Vito Amoresè

[Signature]

DELIBERAZIONE N° 1149 del 2.6.LUG.2010....
composta di n. 4.....pagine , frontespizio compresi e retro, e di n. 10 allegati

La presente deliberazione è stata inviata al Collegio Sindacale ed è stata affissa all'Albo dell'Azienda

in data 2.6.LUG.2010.....

IL DIRETTORE
U.O.C. A.A.G.S.
Dott. Antonio PAZIENZA
.....

Per copia conforme all'originale conservato agli atti di questa Amministrazione

IL FUNZIONARIO DELEGATO
.....