

AZIENDA OSPEDALIERA "Bianchi Melacrino Morelli" Reggio Calabria



Reggio Calabria,....

e Politiche Sanitarie

Mod. 1

PROCEDURA PER LA PROVA D'USO DEI DISPOSITIVI MEDICI

(stilata in accordo con quella in uso presso l'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano)

DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO - FARMACIA

Timbro della Struttura richiedente			
RICHIESTA PER LA PROVA DI DISPOSITIVI MEDICI			
DISPOSITIVO RICHIESTO			
DESTINAZIONE D'USO			
• DITTA FORNITRICE			
MOTIVAZIONI A SOSTEGNO DELLA RICHIESTA			
Esclusività: sì 🗆 no 🗆			
Al termine della prova mi impegno ad inviare una relazione in merito alla valutazione effettuata.			
	RESPONSABILE STRUTTURA RICHIEDENTE		



Data _____

AZIENDA OSPEDALIERA "Bianchi Melacrino Morelli" Reggio Calabria



Modulo nr. 1

DA INVIARE ALLA DIREZIOI (FAX 2838)	NE MEDICA	DI FRESIDIO			
Oggetto: TERAPIA A PRESSIONE NEGATIVA					
Per il trattamento delle ferite com	•				
(in accordo con procedura in atto	presso l'ASST	Grande Ospedale Niguarda di	Milano)		
Timbro Struttura richiedente					
Bollino SDO paziente					
macchina a disposizione SI	NO	n. inventario			
ATTIVAZIONE data					
ATTIVAZIONE Uata					
TRASFERIMENTO data					
Denominazione Struttura	accettante				
☐ FINE TERAPIA data					
RICHIESTA MEDICAZION	T (compila	re modulo 1 bis)			
	- (compile				
Lo Specialista		II Responsabile della S.C. Ric	chiedente		
Dr		Dr			
5					
		Nominativo			
		Nr. di Telefono			
		Nr. di Fax			
RICHESTA AUTORIZZATA					
Direzione Medica <u>di Presidio</u>					
_		Dr			
Dr.		/)F			



AZIENDA OSPEDALIERA "Bianchi Melacrino Morelli" Reggio Calabria



PROCEDURA PER LA PROVA D'USO DEI DISPOSITIVI MEDICI (stilata in accordo con quella in uso presso l'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano)

DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO - FARMACIA

Mod. 2	eggio Calabria,
	Alla Direzione Medica di Presidio
	Alla Farmacia
	<u>SEDE</u>
DICHIARAZIONE PER LA PROVA DI L della Ditta,	*
Il sottoscritto	
rappresentante legale della Ditta	
si dichiara disponibile a fornire a titolo gratuito all'A.O. Bianc	chi-Melacrino-Morelli, il/i seguente/i DM:
codice prodottoq.tàn° lotto	oscadenza
$codice\ prodotto q.t\grave{a}n^{\circ}\ lotto$	oscadenza
$codice\ prodottoq.t\grave{a}n^{\circ}\ lotto$	oscadenza
Ditta produttrice (se diversa dalla ditta fornitrice)	
Il Dispositivo Medico sarà consegnato alla SC di Farmacia pro	evio accordo con la stessa per
l'utilizzo presso la SS/SC di	
Si allega la seguente documentazione: 1. Dichiarazione di conformità ai sensi della direttiva 93/42/CE con inc 2. Certificato CE 3. Scheda tecnica del prodotto 4. CND e numero di repertorio La Ditta (Leg rappresentant	ale
Visto si autorizza (DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO)	Visto si autorizza (FARMACIA)
(referente ditta da contattare	telefono)