Allegato "A"

ATSSardegna
Azienda Tutela Salute

ALLEGATO 1 – MODULO RICHIESTA ACQUISIZIONE PRODOTTO/SERVIZIO INFUNGIBILE ED ESCLUSIVO

STRUTTURA/U.O. RICHIEDENTE RADIOLOGIA PO SS TRINITA'

TIPOLOGIA PRODOTTO/SERVIZIO DISPOSITIVO PER DECOMPRESSIONE DISCALE PERCUTANEA MEDIANTE INIEZIONE DI ETANOLO GELIFICATO CON INTRODUZIONE DI PROTESI INTRADISCALE

PRESTAZIONE RIENTRANTE NEI L.E.A.: SI NO

Indicazione terapeutica per specifica patologia

Protrusioni discali sintomatiche resistenti alla terapia conservativa da 6-8 settimane con evidenza TC/RM dello stesso livello metamerico

Indicazione terapeutica per specifici casi clinici

Possibilità di trattare ernie con annulus interrotto in quanto il gel vi si localizza.

Particolarmente utile nel tratto cervicale potendo essere iniettato con ago molto sottile (22G)

Il contenuto alcolico dovrebbe poi essere utile nel prevenire le infezioni batteriche discali

Altro (specificare)

Possiede le seguenti caratteristiche tecniche esclusive

Una volta iniettato mediante ago al centro del nucleo polposo, l'etanolo essendo più fluido segue la pressione intradiscale e va a localizzarsi nella parte protrusa, mentre l'etilcellulosa permane in prossimità del sito di iniezione e determina la formazione di una soft prosthesis che contribuisce a mantenere l'altezza del disco intervertebrale; l'iniezione del gel può essere facilmente controllata sotto guida fluoroscopica essendo addizionato a tungsteno che lo rende radioopaco.

PRODUTTORE/FORNITORE GELSCOM/AB MEDICA

COSTO PER SINGOLA PRESTAZIONE 1850 euro

NUMERO DI PRESTAZIONI RICHIESTE (per le specifiche vedasi oltre)

120 +- 50%

COSTO TOTALE PREVENTIVATO 287000 euro

FORMA DI ACQUISIZIONE PROPOSTA

EVENTUALI MATERIALI DI CONSUMO DEDICATI: SI NO

SE SI E' RISPOSTO "SI'" ALLA PRECEDENTE DOMANDA, INDICARE TIPOLOGIA E QUANTITATIVI PRESUNTI, NONCHE' RELATIVI COSTI PER IL PERIODO CONSIDERATO:

PRODOTTO GIÀ IN USO IN ALTRE UU.OO.: SI NO 2017/1074

L'ACQUISIZIONE DEL BENE/SERVIZIO IMPLICA INCREMENTO DI PERSONALE? SI NO

ATSSardegna
Azienda Tutela Salute

SE SI', SPECIFICARE NUMERO E PROFILI PROFESSIONALI:

Particolari esigenze di formazione del personale
no

Stima delle prestazioni eseguibili in un anno 120

Previsione dei consumi per anno (includendo ogni voce di costo)
120 kit

Dichiarazione di unicità ed infungibilità

Trattamento delle ernie discali contenute in anestesia locale ed in regime di day surgery anche in dischi con grado di generazione elevato(3-4 Pfirrmann) con mantenimento dell'altezza del disco intervertebrale.Possibilità di trattare ernie con annulus interrotto in quanto il gel vi si localizza.Particolarmente utile nel tratto cervicale potendo essere iniettato con ago molto sottile (22G)

I sottoscritti consapevoli delle conseguenti responsabilità PENALI, CIVILI, AMMINISTRATIVE E CONTABILI, dichiarano che per le indicazioni cliniche sopraindicate, non sono disponibili prodotti alternativi equivalenti dal punto di vista clinico-terapeutico, ovvero con effetto terapeutico comparabile e dichiarano di non versare in conflitto d'interesse ai sensi degli artt. 42 e 77 del D.Lgs 50/2016 e relative norme di rinvio di cui si è presa visione essendo allegate al modulo che si sottoscrive congiuntamente alla presente.

Data _____

Dirigente richiedente MARCIA STEFANO

Firmato digitalmente da MARCIA STEFANO
Data: 2018.10.25 18:16:08 +02'00'

Direttore Struttura/U.O. richiedente _____

VAGLIO DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO/DI DISTRETTO/DIPARTIMENTALE

ATSSardegna
Azienda Tutela Salute

Trattamento invasivo delle ernie discali lombari ed in particolare di quelle cervicali. Il trattamento da luogo a risultati performanti con conservazione dello spazio intervertebrale. Non si è avuto nessun recidivo.

Dichiarazione di unicità ed infungibilità

I sottoscritti consapevoli delle conseguenti responsabilità PENALI, CIVILI, AMMINISTRATIVE E CONTABILI, dichiarano che le valutazioni sopra descritte sono rese secondo scienza e coscienza e dichiarano di non versare in conflitto d'interesse ai sensi degli artt. 42 e 77 del D.Lgs 50/2016 e relative norme di rinvio di cui si è presa visione essendo allegate al modulo che si sottoscrive congiuntamente alla presente.

Data 12.11.2018

TIMBRO E FIRMA _____

TRASMISSIONE ALLE VARIE STRUTTURE INTERESSATE (DD.MM.PP. / DISTRETTUALI/ DIPARTIMENTALI)
In data odierna si procede alla trasmissione alla UO RAPP

ESITI ISTRUTTORIA TRA STRUTTURE (DD.MM.PP. / DISTRETTUALI/ DIPARTIMENTALI) (specificare chi abbia eventualmente aderito alla richiesta e i fabbisogni complessivi ripartiti per Area Socio Sanitaria):

_____

_____

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE:

- tutti i valori debbono essere indicati al netto dell'IVA;

- nelle domande a risposta guidata "SI" "NO", barrare la risposta scelta.