



	<b>Commissione Terapeutica Aziendale Dispositivi Medici</b>		
UOC Farmacia Ospedaliera UOC Direzione Medica		n.0 del 31/03/2017	Pag. 2 di 4

(\*)Destinazione d'uso (descrivere il processo diagnostico-terapeutico in cui si colloca l'utilizzo della tecnologia; indicare eventuali controindicazioni):

---

---

---

---

---

---

---

---

(\*)Il DM necessita di altri dispositivi per l'utilizzo (es. aghi, introduttori, strumentario monouso)?  
Indicare quali:

---

---

---

---

(\*)Indicare se il dispositivo viene utilizzato con un'apparecchiatura:

(\*)Indicare un fabbisogno presunto annuo o mensile di dispositivi necessari per paziente / giornate di degenza / ricovero:

---

---

---

---

(\*)Benefici attesi rispetto al/ai dispositivo/i in dotazione (di tipo clinico / tecnico-organizzativo / altro):

---

---

---

---

<b>SEZIONE C: ASPETTI RELATIVI A EFFICACIA E SICUREZZA</b>
--

- Allegare se disponibili, studi clinici a sostegno di efficacia e sicurezza del prodotto (studi clinici controllati di confronto con le alternative terapeutiche disponibili).

	<b>Commissione Terapeutica Aziendale Dispositivi Medici</b>		
UOC Farmacia Ospedaliera UOC Direzione Medica		n.0 del 31/03/2017	Pag. 3 di 4

**SEZIONE D: ASPETTI ECONOMICI <sup>3</sup>**

•(\*)Prezzo listino e condizione di vendita del DM: \_\_\_\_\_

•(\*)Tariffa prestazione correlata all'uso del DM: \_\_\_\_\_

(\*)Ricovero ordinario o DH/DS:

Valorizzazione del DRG (Diagnosis Related Group): indicare i codici ICD9 CM versione 2007 delle diagnosi e delle procedure che codificano il caso trattato con il dispositivo.

Degenza media \_\_\_\_\_

Modalità di calcolo:

	CODICE	DESCRIZIONE
DIAGNOSI PRINCIPALE		
PROCEDURA PRINCIPALE		
DRG		

Valore monetario del DRG: \_\_\_\_\_

(\*)Prestazione ambulatoriale:

Tariffa prestazione ambulatoriale: \_\_\_\_\_

Codice del tariffario: \_\_\_\_\_

(\*)Numero di pazienti potenzialmente eleggibili al nuovo trattamento in Azienda (fabbisogno previsto):

\_\_\_\_\_

<sup>3</sup> N.B. = Si ricorda che eventuali incrementi di budget, seppur motivati da documentate esigenze cliniche, debbono essere richiesti ed autorizzati dalla Direzione Aziendale compatibilmente con il rispetto dei tetti di spesa per DM assegnati dalla Regione del Veneto.

	<b>Commissione Terapeutica Aziendale Dispositivi Medici</b>		
UOC Farmacia Ospedaliera UOC Direzione Medica		n.0 del 31/03/2017	Pag. 4 di 4

**ELENCO DELLA DOCUMENTAZIONE A SUPPORTO PER LA VALUTAZIONE DELLA  
TECNOLOGIA PROPOSTA**

- Scheda tecnica del DM + certificazione CE
- Studi clinici pubblicati a sostegno di efficacia e sicurezza del dispositivo medico , in particolare studi comparativi con altri dispositivi/altre tecniche (studi RCT, sistematiche reviews, registri, etc.)
- Studi pubblicati di costo-efficacia
- Linee-guida disponibili
- Dati non ancora pubblicati ed autocertificazioni di pregresse esperienze applicative sperimentali e/o cliniche
- Rapporti pubblicati di HTA
- Relazione dell'eventuale uso in prova

Data \_\_\_\_\_ (\*)Medico Richiedente \_\_\_\_\_

(\*)Telefono \_\_\_\_\_ (\*)mail \_\_\_\_\_

(\*)Firma e timbro Direttore U.O. \_\_\_\_\_