Allegato 5 – Regolamento di Autorizzazione per l'utilizzo di Dispositivi Medici in Prova d'Uso

Alla UOC Farmacia Centralizzata
Alla Direzione Sanitaria

In riferimento alla richiesta approvata con nota _____ del ___/___/_____

OGGETTO: Relazione di chiusura e di valutazione della prova d'uso

Riferimenti della richiesta e della autorizzazione prova d'uso:
_____
_____

INFORMAZIONI SUL BENE:
Nome del bene in prova: _____
Fornitore e/o Distributore: _____
Durata della Prova d'Uso Gratuita: _____
Data di Inizio Prova d'Uso: _____ (coincide con l'arrivo del bene all'Unità Operativa)

Il Direttore di DAI/UOC o il Responsabile della UOSD _____
Nome e cognome _____

Dichiara che, con la presente comunicazione e in data del protocollo, termina la prova d'uso e si comunica la seguente valutazione:

Prestazioni del bene in prova/visione:

Descrizione delle prestazioni generali:
_____
_____
_____
_____

Eventuali problemi riscontrati durante l'utilizzo:
_____
_____
_____
_____

Commenti sull'affidabilità e la stabilità del bene in prova/visione:
_____
_____
_____
_____

Integrazione con i Sistemi Esistenti:

Facilità o difficoltà di integrazione con i sistemi assistenziali preesistenti:

_____
_____
_____
_____

Eventuali conflitti o problemi di compatibilità:

_____
_____
_____
_____

Facilità d'Uso:

Valutazione della facilità d'uso per il personale ospedaliero:

_____
_____
_____
_____

Valutazione riguardo gli indicatori identificati:

_____
_____
_____
_____

Benefici Operativi:

Impatto sui processi assistenziali:

_____
_____
_____
_____

Miglioramenti nell'efficienza o nella qualità dell'assistenza:

_____
_____
_____
_____

Conclusioni e Raccomandazioni:

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Valutazione per gli indicatori individuati nell'atto della richiesta autorizzazione di prova d'uso:

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Dichiara inoltre che:

- ❑ In caso di bene monouso, sono stati utilizzati n ___ campioni su un totale di n ___ campioni forniti, pertanto n ___ campioni non utilizzati sono stati consegnati alla UOC Farmacia Centralizzata.
- ❑ In caso di bene pluriuso, sono stati utilizzati n ___ campioni su un totale di n ___ campioni forniti e n ___ campioni sono stati consegnati alla UOC Farmacia Centralizzata.

Si allega alla presente ricevuta di consegna dell' "Allegato 7 - Registro della prova d'uso" rilasciato dall'UOC Farmacia Centralizzata e relativo alla prova d'uso.

Nota sulla protezione dei dati personali:
La presente relazione è stata redatta nel pieno rispetto delle normative vigenti in materia di protezione dei dati personali, in particolare del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR). Tutte le informazioni relative ai pazienti sono state trattate in forma anonima e/o pseudonimizzata, al fine di garantire la riservatezza e la tutela dei diritti degli interessati.

Data e luogo

_____
Il Direttore di DAI/UOC (o delegato) / Il Responsabile di UOSD (o delegato)
-con timbro e firma-
Cognome e nome (stampatello)