**Anexa 1**

**Formular de solicitare pentru dotare cu echipamente medicale**

**și aparatură conexă**

**Date de identificare:**

1. **Aplicant, secție /compartiment de neonatologie și/sau terapie intensivă neonatală:**

Numele secției/compartimentului de neonatologie și/ sau de terapie intensive neonatală.................................

Clasificarea ținând cont de nivelul de competență: .........................

Numele șefului de secție/compartiment de neonatologie și/ sau de terapie intensive neonatală: ………..

Datele de contact ale șefului de secție (e-mail, telefon): ………………………………………………..

1. **Partenerul unității medicale vizate de proiect:**

Numele unității medicale de care aparține secția/compartimentul de neonatologie: …………………………………………….

Persoană de contact (nume și funcție): ……………………………

Date de contact (e-mail, telefon): …………………………..

CUI: ..................................................

1. **Partenerul autoritate publică vizat de proiect:**

Numele autorității publice partenere: ……………………

Persoană de contact (nume și funcție) : ..........................

Date de contact (e-mail, telefon): .....................................

CUI: .........................................

**Descriere**

1. **Descrierea nevoilor acoperite de compartimentul sau secția de neonatologie, respectiv secția de terapie intensivă neonatală din unitatea medicală vizată de proiect**

*Contextul social și medical deservit de compartimentul și secția de neonatologie, respectiv de secția de terapie intensivă neonatală vizată (inclusiv detalii despre regiunea geografică și localitățile acoperite/deservite, menționați și numărul de posturi/paturi pe care le include spațiul medical și modul în care acestea ocupă compartimentul și secția de neonatologie, respectiv secția de terapie intensivă neonatală).*

1. **Descrierea principalelor provocări, riscuri, nevoi pe care le întâmpină unitatea medicală (inclusiv detalii despre dimensiunea, structura și expertiza echipei medicale existente)**
2. **Beneficiarii direcți și beneficiari indirecți vizați în proiect**

*Precizați numărul de copii care se nasc anual în secție, care este patologia, câte transferuri se realizează anual către secții de nivel superior*)

1. **Detalii privind necesarul solicitat în proiect - echipamente și aparatură medicale, inclusiv soluție de telemedicină, dacă este cazul**

*Tipul echipamentelor și aparaturii medicale și/sau a soluției de telemedicină vizate. În cazul în care doriți înlocuirea/repararea unui echipament deja existent, vă rugăm descrieți care este stadiul de uzură al acestuia și motivul pentru care considerați necesară înlocuirea sau repararea. Puteți include și maximum 10 poze ale echipamentului/echipamentelor.*

1. **Bugetul estimat pentru achiziția echipamentelor solicitate (lei)**
2. **Descrierea motivului pentru care compartimentul sau secția de neonatologie, respectiv secția de terapie intensivă neonatală necesită aceste echipamente medicale, soluții de telemedicină**

*Menționați inclusiv detalii despre cine va folosi echipamentele medicale și/sau soluția de telemedicină, cui se adresează, ce nevoi, provocări și probleme rezolvă*

1. **Rezultate așteptate, îmbunătățiri anticipate în practica medicală și rezultatele medicale ale compartimentului sau secției de neonatologie, respectiv ale secției de terapie intensivă neonatală care s-ar obține în urma dotărilor cu echipamente**
2. **Descrierea stării actuale a spațiului deținut de secția de neonatologie/compartimentul de terapie intensiva (inclusiv dimensiune, acces, poziționare și dacă s-au mai obținut în ultimii 5 ani alte finanțări/dotări)**

*Vă rugăm să includeți și 5-10 fotografii relevante care prezintă secția/compartimentul și stadiul actual a spațiului tehnico-medical dedicat echipamentelor și aparaturii medicale*

1. **Unitatea medicală deține autorizație de securitate la incendiu?**

Da .........................

Nu ...........................

Este în lucru......................

1. **Unitatea medicală deține grup electrogen care să asigure continuitatea alimentării cu energie electrică a spațiului destinat compartimentului sau secției de neonatologie, respectiv secției de terapie intensivă neonatală?**

Da ...........................................

Nu ......................................

1. **Compartimentul sau secția de neonatologie, respectiv secția de terapie intensivă neonatală necesită renovări, reabilitări, modernizări specifice spațiului?**

Da ...........................................

Nu .........................................

*Dacă la întrebarea anterioară răspunsul este DA, vă rugăm să detaliați și să menționați dacă unitatea medicală/autoritatea publică își poate asuma aceste reabilitări.*

1. **Autoritatea publică/unitatea medicală poate asigura cofinanțare în proiect de minim 10%?**

*Dacă răspunsul este da, vă rugăm să precizați în ce va consta cofinanțarea.**Cofinanțarea poate să însemne reabilitarea/modernizarea secției/compartimentului de neonatologie/terapie intensivă neonatală sau un procent din valoarea echipamentelor medicale, respectiv consumabile și mentenanță aparatură).*