**Anexa 1**

**Formular de solicitare pentru dotare cu aparatură medicală**

**și echipamente conexe**

**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 spitalului/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 și care sunt aceste secții*)

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* ***5 poze*** *ale echipamentului/echipamentelor.)*

1. **Bugetul estimat pentru achiziția echipamentelor solicitate (lei)**

*(Vă rugăm să însoțiți bugetul de oferte pentru echipamentele solicitate nu mai vechi de 9 luni de la data depunerii aplicației)*

1. **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 maxim 5 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/co-participare 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 și/sau achiziția unui echipament /aparat din cele solicitate de secția de neonatologie, plus consumabile și mentenanță pentru echipamentele achiziționate.*

**Important!**

\***Toate câmpurile sunt obligatorii spre completare. Omiterea unuia dintre câmpuri poate constitui motiv de neeligibilitate.**

**\*\* Formularul se va trimite semnat de către șeful secției/compartimentului de neonatologie, respectiv terapie intensivă neonatală și de managerul unității spitalicești de care aparține.**