CHU de Québec Université Laval

SERVICE PLANIFICATION ET ENTRETIEN DES ÉQUIPEMENTS MÉDICAUX SPÉCIALISÉS

DEMANDE DE REMPLACEMENT OU D'AJOUT D'ÉQUIPEMENT MÉDICAL SPÉCIALISÉ
DEMANDE DE REMPLACEMENT D'ÉQUIPEMENT MÉDICAL SPÉCIALISÉ EN SITUATION D'URGENCE

IDENTIFICATION DES PERSONNES-RESSOURCES		
	Service ou département	Nom de la personne
Requérant / Utilisateur		
Chef de département / service clinique		
Direction concernée/Signature directeur		
Hôpital (Site) :	Code budg./Service/Site :	

IDENTIFICATION DU PROJET				
Type de projet :	☐ Remplacement	☐ Ajout		
Catégorie d'équipement :	☐ Médical			
Description de l'équipement demandé : (avec une liste des applications, logiciels, composantes, fonctionnalités, options, accessoires, etc.)				
Numéro d'inventaire ou identification de l'équipement à être remplacé ou rehaussé (marque, modèle, localisation, etc.)				
Coût d'acquisition de l'équipement	Coûts de fonctionnement additionnels			Budget d'immobilisation (aménagement, rénovations, construction, etc.)
	Fournitures	Ressources humaines	Entretien	
$	$	$	$	$

JUSTIFICATIONS ou joindre l'avis de mise hors service (faire état des points suivants : volumes d'activité, avis de fin de vie utile, qualité des résultats, quantité de résultats, rapidité d'obtention des résultats, précision des résultats, disponibilité, coûts unitaires, stockage limité des données, pertes de données, longueur des examens, délais d'attente, normes, etc.)

VALIDATION ET IMPACTS (section à remplir par le Service-conseil de génie biomédical)				
Coût d'acquisition de l'équipement	Coûts de fonctionnement additionnels			Budget d'immobilisation (aménagement, rénovations, construction, etc.)
	Fournitures	Ressources humaines	Entretien	
$	$	$	$	$
Commentaires (coûts, budget, installation, prévention des infections et retraitement, radioprotection, sécurité informationnelle, archivage, etc.)				

Validé par (ingénieur au SCGBM) : _____ Date : _____

Pour les demandes de financement à la Fondation du CHU de Québec, la direction responsable du service demandeur devra s'engager à absorber, au sein des budgets de sa direction, les coûts récurrents de _____ $ et à signer cet engagement sur le formulaire de la Fondation.

☐ L'adjoint au directeur confirme que ce projet d'acquisition d'équipement médical ne comporte aucun coût d'immobilisation ni de coût de fonctionnement additionnel significatif. Par conséquent, ce projet d'acquisition peut surseoir au processus de validation du bureau d'expertise de projets.

Signé par Bruno Pelletier
Coordonnateur -Service planification et entretien des EMS - secteur planifiaction (SCGBM)

_____ Date : _____

Le formulaire rempli doit être transmis, par courrier à l'adresse suivante : equipementbiomed@chudequebec.ca