

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

IDENTIFICATION DU PROJET				
Type de projet :	Remplacement	Ajout		
Catégorie d'équipement :	Médical			
<b>Description de l'équipement demandé :</b> (avec une liste des applications, logiciels, composantes, fonctionnalités, options, accessoires, etc.)				
<b>Numéro d'inventaire ou identification de l'équipement à être remplacé ou rehaussé</b> (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	
\$	\$	\$	\$	\$
<b>Commentaires</b> (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 planification (SCGBM)

\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Le formulaire rempli doit être transmis, par courrier à l'adresse suivante : [equipementbiomed@chudequebe.ca](mailto:equipementbiomed@chudequebe.ca)