

**GARA TELEMATICA MEDIANTE PROCEDURA APERTA PER LA CONCLUSIONE DI UN ACCORDO
QUADRO CON PIU' OPERATORI ECONOMICI PER LA FORNITURA DI VENTILATORI POLMONARI
OCCORRENTI ALL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI MATERA**

GARA

CIG 7092466

ALLEGATO N. 1.E

SCHEDA TECNICA DEL SISTEMA OFFERTO

REGIONE BASILICATA
Stazione Unica Appaltante
Via Vincenzo Verrastro, 4 – 85100 Potenza

	Produttore	
	Modello	
	Fornitore	
	Numero di iscrizione banca dati/ repertorio dispositivi medici	
	CND	
	Anno di inizio produzione	
	PARAMETRI	VALORE
1.	DESTINAZIONE D'USO	
2.	VENTILATORE POLMONARE PER TERAPIA INTENSIVA: CARATTERISTICHE GENERALI	
2.1.	la destinazione d'uso include l'impiego in pazienti adulti e pediatrici in ambito ospedaliero (si/no)	
2.2.	la destinazione d'uso include l'impiego in pazienti adulti (si/no)	
2.3.	la destinazione d'uso include l'impiego in pazienti pediatrici (si/no)	
2.4.	la destinazione d'uso include l'impiego in pazienti neonatali (si/no)	
2.5.	la destinazione d'uso include l'impiego per ventilazione invasiva (si/no)	
2.6.	la destinazione d'uso include l'impiego per ventilazione non invasiva (si/no)	
2.7.	Ciascun ventilatore polmonare è fornito completo di tutti gli accessori (braccio reggi tubo, tubi pazienti, tubi collegamento impianto, cavi, innesti, licenze software, altro) necessari a garantire il corretto, sicuro ed immediato funzionamento sia in pazienti adulti che pazienti pediatrici (si/no)	
2.8.	Possibilità di impiego del ventilatore polmonare con i circuiti paziente di libero approvvigionamento sul mercato (si/no)	
	VENTILATORE POLMONARE PER TERAPIA INTENSIVA	
3.	PARAMETRI MISURATI E RELATIVE PRESTAZIONI	
3.1.	PRESSIONE VIE AEREE (si/no, descrivere metodo rilevazione e visualizzazione, indicare range variabilità, risoluzione, accuratezza)	
3.2.	FLUSSO (si/no, descrivere metodo rilevazione e visualizzazione, indicare range variabilità, risoluzione, accuratezza)	
3.3.	VOLUME CORRENTE (si/no, descrivere metodo rilevazione e visualizzazione, indicare range variabilità, risoluzione, accuratezza)	
3.4.	VOLUME MINUTO (si/no, descrivere metodo rilevazione e visualizzazione, indicare range variabilità, risoluzione, accuratezza)	
3.5.	FREQUENZA RESPIRATORIA (si/no, descrivere metodo rilevazione e visualizzazione, indicare range variabilità, risoluzione, accuratezza)	
3.6.	RAPPORTO I:E (si/no, descrivere metodo rilevazione e visualizzazione, indicare range variabilità, risoluzione, accuratezza)	
3.7.	TEMPO INSPIRATORIO (si/no, descrivere metodo rilevazione e visualizzazione, indicare range variabilità, risoluzione, accuratezza)	
3.8.	TEMPO ESPIRATORIO (si/no, descrivere metodo rilevazione e visualizzazione, indicare range variabilità, risoluzione, accuratezza)	
3.9.	CONCENTRAZIONE DI O ₂ (si/no, descrivere metodo rilevazione e visualizzazione, indicare range variabilità, risoluzione, accuratezza)	
3.10.	CAPNOMETRIA CO ₂ (si/no, descrivere metodo rilevazione e visualizzazione, indicare range variabilità, risoluzione, accuratezza)	
3.11.	CO ₂ FINE ESP (si/no, descrivere metodo rilevazione e visualizzazione, indicare range variabilità, risoluzione, accuratezza)	
3.12.	CO ₂ VOLUMETRICA (si/no, descrivere metodo rilevazione e visualizzazione, indicare range variabilità, risoluzione, accuratezza)	
3.13.	SpO ₂ (si/no, descrivere metodo rilevazione e visualizzazione, indicare range variabilità, risoluzione, accuratezza)	
3.14.	Altri parametri misurati (descrivere e dichiarare se sono opzionali o inclusi)	
	MECCANICA RESPIRATORIA	

REGIONE BASILICATA
Stazione Unica Appaltante
Via Vincenzo Verrastro, 4 – 85100 Potenza

3.15.	FORZA INSPIRATORIA NEGATIVA NIF (si/no, descrivere metodo rilevazione e visualizzazione, indicare range variabilità, risoluzione, accuratezza)	
3.16.	PRESSIONE DI OCCLUSIONE P0.1 (si/no, descrivere metodo rilevazione e visualizzazione, indicare range variabilità, risoluzione, accuratezza)	
3.17.	CAPACITA' VITALE VC (si/no, descrivere metodo rilevazione e visualizzazione, indicare range variabilità, risoluzione, accuratezza)	
3.18.	RESISTENZA (si/no, descrivere metodo rilevazione e visualizzazione, indicare range variabilità, risoluzione, accuratezza)	
3.19.	COMPLIANZA (si/no, descrivere metodo rilevazione e visualizzazione, indicare range variabilità, risoluzione, accuratezza)	
3.20.	RESISTENZA DINAMICA (si/no, descrivere metodo rilevazione e visualizzazione, indicare range variabilità, risoluzione, accuratezza)	
3.21.	COMPLIANZA DINAMICA (si/no, descrivere metodo rilevazione e visualizzazione, indicare range variabilità, risoluzione, accuratezza)	
3.22.	Altri parametri misurati (descrivere e dichiarare se sono opzionali o inclusi)	
4.	PARAMETRI REGOLABILI E RELATIVE PRESTAZIONI	
4.1.	CONCENTRAZIONE O2 (indicare intervallo di regolazione, risoluzione di regolazione, accuratezza di regolazione, specificare valori a seconda della modalità adulta/pediatrica/neonatale)	
4.2.	FLUSSO DI PICCO (indicare intervallo di regolazione, risoluzione di regolazione, accuratezza di regolazione, specificare valori a seconda della modalità adulta/pediatrica/neonatale)	
4.3.	FLUSSO (indicare intervallo di regolazione, risoluzione di regolazione, accuratezza di regolazione, specificare valori a seconda della modalità adulta/pediatrica/neonatale)	
4.4.	VOLUME CORRENTE (indicare intervallo di regolazione, risoluzione di regolazione, accuratezza di regolazione, specificare valori a seconda della modalità adulta/pediatrica/neonatale)	
4.5.	VOLUME DI SUPPORTO - VS (indicare intervallo di regolazione, risoluzione di regolazione, accuratezza di regolazione, specificare valori a seconda della modalità adulta/pediatrica/neonatale)	
4.6.	PRESSIONE INSPIRATORIA (indicare intervallo di regolazione, risoluzione di regolazione, accuratezza di regolazione, specificare valori a seconda della modalità adulta/pediatrica/neonatale)	
4.7.	PRESSIONE INSPIRATORIA MASSIMA - PIP (indicare intervallo di regolazione, risoluzione di regolazione, accuratezza di regolazione, specificare valori a seconda della modalità adulta/pediatrica/neonatale)	
4.8.	PRESSIONE POSITIVA DI FINE ESPIRAZIONE - PEEP (indicare intervallo di regolazione, risoluzione di regolazione, accuratezza di regolazione)	
4.9.	PRESSIONE DI SUPPORTO - PS (indicare intervallo di regolazione, risoluzione di regolazione, accuratezza di regolazione)	
4.10.	CPAP (indicare intervallo di regolazione, risoluzione di regolazione, accuratezza di regolazione, specificare valori a seconda della modalità adulta/pediatrica/neonatale)	
4.11.	FREQUENZA RESPIRATORIA (indicare intervallo di regolazione, risoluzione di regolazione, accuratezza di regolazione, specificare valori a seconda della modalità adulta/pediatrica/neonatale)	
4.12.	RAPPORTO I:E (indicare intervallo di regolazione, risoluzione di regolazione, accuratezza di regolazione, specificare valori a seconda della modalità adulta/pediatrica/neonatale)	
4.13.	TEMPO DI INSPIRAZIONE (indicare intervallo di regolazione, risoluzione di regolazione, accuratezza di regolazione, specificare valori a seconda della modalità adulta/pediatrica/neonatale)	
4.14.	TEMPO DI ESPIRAZIONE (indicare intervallo di regolazione, risoluzione di regolazione, accuratezza di regolazione, specificare valori a seconda della modalità adulta/pediatrica/neonatale)	
4.15.	TEMPO DI PAUSA (indicare intervallo di regolazione, risoluzione di regolazione, accuratezza di regolazione, specificare valori a seconda della modalità adulta/pediatrica/neonatale)	
4.16.	TRIGGER INSPIRATORIO DI FLUSSO (indicare intervallo di regolazione, risoluzione di regolazione, accuratezza di regolazione, specificare valori a seconda della modalità adulta/pediatrica/neonatale)	

REGIONE BASILICATA
Stazione Unica Appaltante
Via Vincenzo Verrastro, 4 – 85100 Potenza

4.17.	TRIGGER INSPIRATORIO DI PRESSIONE (indicare intervallo di regolazione, risoluzione di regolazione, accuratezza di regolazione, specificare valori a seconda della modalità adulta/pediatrica/neonatale)	
4.18.	TRIGGER DI PRESSIONE DI BACKUP NON REGOLABILE (si/no, descrivere)	
4.19.	ALTRI SISTEMI DI TRIGGER INSPIRATORIO (indicare intervallo di regolazione, risoluzione di regolazione, accuratezza di regolazione, specificare valori a seconda della modalità adulta/pediatrica/neonatale)	
4.20.	TRIGGER ESPIRATORIO (indicare intervallo di regolazione, risoluzione di regolazione, accuratezza di regolazione, specificare valori a seconda della modalità adulta/pediatrica/neonatale)	
4.21.	CONCENTRAZIONE O2 (indicare intervallo di regolazione, risoluzione di regolazione, accuratezza di regolazione, specificare valori a seconda della modalità adulta/pediatrica/neonatale)	
4.22.	Altri parametri regolabili (descrivere e dichiarare se sono opzionali o inclusi)	
5.	ALTRE PRESTAZIONI	
5.1.	Frequenza di campionamento (indicare)	
5.2.	Tempo di risposta valvole (indicare)	
5.3.	Tempo di risposta sensori di flusso (indicare)	
5.4.	Tempo di risposta sensori di pressione (indicare)	
5.5.	Resistenza e volume morto del sensore di flusso (indicare)	
5.6.	Possibilità di implementazione di modulo di capnometria (si/no)	
5.7.	Modulo di capnometria incluso in offerta nella configurazione base (si/no, descrivere)	
5.8.	Possibilità di implementazione di sensore di flusso prossimale (si/no, descrivere, specificare se riutilizzabile o monouso, specificare tipologia paziente: adulto/pediatrico/neonatale)	
5.9.	Sensore di flusso prossimale incluso in offerta nella configurazione base (si/no, descrivere, specificare se riutilizzabile o monouso, specificare tipologia paziente: adulto/pediatrico/neonatale)	
5.10.	Dotato di trigger (inspiratorio) di flusso regolabile (si/no)	
5.11.	Dotato di trigger (inspiratorio) di pressione regolabile (si/no)	
5.12.	Possibilità di impostazione contemporanea di trigger (inspiratorio) di pressione e di flusso (si/no)	
5.13.	Dotato di trigger espiratorio (si/no, descrivere)	
5.14.	Tipologia del sistema di rilevazione della concentrazione di ossigeno (cella a combustibile/sensore paramagnetico/altro)	
5.15.	Durata del sistema di rilevazione della concentrazione di ossigeno in caso di impiego del ventilatore in stand-by (indicare)	
5.16.	Necessità di sostituzione del sistema di rilevazione della concentrazione di ossigeno (si/no, descrivere)	
5.17.	Durata tipica del sistema di rilevazione della concentrazione di ossigeno (indicare)	
5.18.	Sistema di compensazione automatica delle perdite (si/no, descrivere)	
5.19.	Compensazione della compliance del circuito respiratorio (si/no, descrivere)	
5.20.	Compensazione del tubo endotracheale (si/no, descrivere)	
5.21.	Compensazione automatica delle perdite (si/no, descrivere)	
5.22.	Valore massimo di compensazione delle perdite in l/min (descrivere)	
5.23.	Valore massimo di compensazione delle perdite inspiratorie in l/min (descrivere)	
5.24.	Valore massimo di compensazione delle perdite espiratorie in l/min (descrivere)	
5.25.	Curve di flusso selezionabili nelle modalità e tecniche ventilatorie (quadra/decelerata/altro)	
5.26.	Possibilità alimentazione di Heliox (si/no, descrivere)	
5.27.	Dotato di sistemi/metodi/manovre per la valutazione ed individuazione di parametri ventilatori ottimali (si/no, descrivere, elencare sistemi/metodi/manovre)	
5.28.	Dotato di sistemi/metodi/manovre per la valutazione ed individuazione di punti di flesso per la regolazione ottimale di parametri ventilatori (si/no, descrivere, elencare sistemi/metodi/manovre)	
5.29.	Dotato di sistemi/metodi/manovre per la valutazione dello stato del respiro spontaneo del paziente (si/no, descrivere, elencare sistemi/metodi/manovre)	
5.30.	Altre prestazioni (descrivere)	

REGIONE BASILICATA
Stazione Unica Appaltante
Via Vincenzo Verrastro, 4 – 85100 Potenza

6.	FUNZIONALITA' VENTILATORIE E METODICHE DI RILEVANTE INTERESSE CLINICO, ULTERIORI FUNZIONI DISPONIBILI	
6.1.	ALTRA FUNZIONALITA'-METODICA-FUNZIONE n.1 (NON RICONDUCEBILE AI PUNTI PRECEDENTI E ALLE MODALITA' DI CUI AI PUNTI SUCCESSIVI) (si/no, descrivere)	
	Funzionalità/metodica/funzione impiegabile in modalità invasiva (si/no)	
	Funzionalità/metodica/funzione impiegabile in modalità non invasiva (si/no)	
	Funzionalità/metodica/funzione impiegabile in pazienti adulti (si/no)	
	Funzionalità/metodica/funzione impiegabile in pazienti pediatrici (si/no)	
	Funzionalità/metodica/funzione impiegabile in pazienti neonatali (si/no)	
	Impiegabile in fase di svezzamento (si/no)	
	Disponibilità di studi clinici a supporto (si/no, descrivere ed elencare riferimenti bibliografici)	
	Altre informazioni (descrivere)	
6.2.	ALTRA FUNZIONALITA'-METODICA-FUNZIONE n.2 (NON RICONDUCEBILE AI PUNTI PRECEDENTI E ALLE MODALITA' DI CUI AI PUNTI SUCCESSIVI) (si/no, descrivere)	
	Funzionalità/metodica/funzione impiegabile in modalità invasiva (si/no)	
	Funzionalità/metodica/funzione impiegabile in modalità non invasiva (si/no)	
	Funzionalità/metodica/funzione impiegabile in pazienti adulti (si/no)	
	Funzionalità/metodica/funzione impiegabile in pazienti pediatrici (si/no)	
	Funzionalità/metodica/funzione impiegabile in pazienti neonatali (si/no)	
	Disponibilità di studi clinici a supporto (si/no, descrivere ed elencare riferimenti bibliografici)	
	Altre informazioni (descrivere)	
6.3.	ALTRA FUNZIONALITA'-METODICA-FUNZIONE n... (NON RICONDUCEBILE AI PUNTI PRECEDENTI E ALLE MODALITA' DI CUI AI PUNTI SUCCESSIVI) (si/no, descrivere)	
	Funzionalità/metodica/funzione impiegabile in modalità invasiva (si/no)	
	Funzionalità/metodica/funzione impiegabile in modalità non invasiva (si/no)	
	Funzionalità/metodica/funzione impiegabile in pazienti adulti (si/no)	
	Funzionalità/metodica/funzione impiegabile in pazienti pediatrici (si/no)	
	Funzionalità/metodica/funzione impiegabile in pazienti neonatali (si/no)	
	Impiegabile in fase di svezzamento (si/no)	
	Disponibilità di studi clinici a supporto (si/no, descrivere ed elencare riferimenti bibliografici)	
7.	MODALITA' E TECNICHE VENTILATORIE	
7.1.	VENTILAZIONE A PRESSIONE CONTROLLATA (si/no, descrivere)	
	Ventilazione impiegabile in modalità invasiva (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in modalità non invasiva (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in pazienti adulti (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in pazienti pediatrici (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in pazienti neonatali (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in pazienti con assenza di respiro spontaneo (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in pazienti con presenza di respiro spontaneo (si/no)	
	Impiegabile in fase di svezzamento (si/no)	
	Parametri regolabili (descrivere)	
7.2.	VENTILAZIONE A VOLUME CONTROLLATO (si/no, descrivere)	
	Ventilazione impiegabile in modalità invasiva (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in modalità non invasiva (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in pazienti adulti (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in pazienti pediatrici (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in pazienti neonatali (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in pazienti con assenza di respiro spontaneo (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in pazienti con presenza di respiro spontaneo (si/no)	
	Impiegabile in fase di svezzamento (si/no)	
	Parametri regolabili (descrivere)	
7.3.	VENTILAZIONE A PRESSIONE ASSISTITA (si/no, descrivere)	

GARA TELEMATICA MEDIANTE PROCEDURA APERTA PER LA CONCLUSIONE DI UN ACCORDO QUADRO CON PIU' OPERATORI ECONOMICI PER LA FORNITURA DI VENTILATORI POLMONARI OCCORRENTI ALL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI MATERA – Allegato 1.E

REGIONE BASILICATA
Stazione Unica Appaltante
Via Vincenzo Verrastro, 4 – 85100 Potenza

	Ventilazione impiegabile in modalità invasiva (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in modalità non invasiva (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in pazienti adulti (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in pazienti pediatrici (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in pazienti neonatali (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in pazienti con assenza di respiro spontaneo (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in pazienti con presenza di respiro spontaneo (si/no)	
	Impiegabile in fase di svezzamento (si/no)	
	Parametri regolabili (descrivere)	
7.4.	VENTILAZIONE A VOLUME ASSISTITA (si/no, descrivere)	
	Ventilazione impiegabile in modalità invasiva (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in modalità non invasiva (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in pazienti adulti (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in pazienti pediatrici (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in pazienti neonatali (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in pazienti con assenza di respiro spontaneo (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in pazienti con presenza di respiro spontaneo (si/no)	
	Impiegabile in fase di svezzamento (si/no)	
	Parametri regolabili (descrivere)	
7.5.	VENTILAZIONE A PRESSIONE CONTROLLATA CON IMPOSTAZIONE DI VOLUME BERSAGLIO O VENTILAZIONE A VOLUME GARANTITO O ALTRA VENTILAZIONE EQUIVALENTE (si/no, descrivere)	
	Ventilazione impiegabile in modalità invasiva (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in modalità non invasiva (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in pazienti adulti (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in pazienti pediatrici (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in pazienti neonatali (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in pazienti con assenza di respiro spontaneo (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in pazienti con presenza di respiro spontaneo (si/no)	
	Impiegabile in fase di svezzamento (si/no)	
	Parametri regolabili (descrivere)	
7.6.	VENTILAZIONE A VOLUME CONTROLLATO SINCRONIZZATA SIMV (si/no, descrivere)	
	Ventilazione impiegabile in modalità invasiva (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in modalità non invasiva (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in pazienti adulti (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in pazienti pediatrici (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in pazienti neonatali (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in pazienti con assenza di respiro spontaneo (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in pazienti con presenza di respiro spontaneo (si/no)	
	Impiegabile in fase di svezzamento (si/no)	
	Parametri regolabili (descrivere)	
7.7.	VENTILAZIONE SINCRONIZZATA A PRESSIONE CONTROLLATA SIMV (si/no, descrivere)	
	Ventilazione impiegabile in modalità invasiva (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in modalità non invasiva (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in pazienti adulti (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in pazienti pediatrici (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in pazienti neonatali (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in pazienti con assenza di respiro spontaneo (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in pazienti con presenza di respiro spontaneo (si/no)	
	Impiegabile in fase di svezzamento (si/no)	
	Parametri regolabili (descrivere)	
7.8.	VENTILAZIONE A SUPPORTO DI PRESSIONE (si/no, descrivere)	
	Ventilazione impiegabile in modalità invasiva (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in modalità non invasiva (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in pazienti adulti (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in pazienti pediatrici (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in pazienti neonatali (si/no)	

GARA TELEMATICA MEDIANTE PROCEDURA APERTA PER LA CONCLUSIONE DI UN ACCORDO QUADRO CON PIU' OPERATORI ECONOMICI PER LA FORNITURA DI VENTILATORI POLMONARI OCCORRENTI ALL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI MATERA – Allegato 1.E

REGIONE BASILICATA
Stazione Unica Appaltante
Via Vincenzo Verrastro, 4 – 85100 Potenza

	Ventilazione impiegabile in pazienti con assenza di respiro spontaneo (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in pazienti con presenza di respiro spontaneo (si/no)	
	Impiegabile in fase di svezzamento (si/no)	
	Parametri regolabili (descrivere)	
7.9.	VENTILAZIONE BIFASICA con regolazione di due livelli di pressione o modalità equivalente (si/no, descrivere)	
	Ventilazione impiegabile in modalità invasiva (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in modalità non invasiva (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in pazienti adulti (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in pazienti pediatriche (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in pazienti neonatali (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in pazienti con assenza di respiro spontaneo (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in pazienti con presenza di respiro spontaneo (si/no)	
	Impiegabile in fase di svezzamento (si/no)	
	Parametri regolabili (descrivere)	
7.10.	VENTILAZIONE APRV (Airway Pressure Release Ventilation) (si/no, descrivere)	
	Ventilazione impiegabile in modalità invasiva (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in modalità non invasiva (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in pazienti adulti (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in pazienti pediatriche (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in pazienti neonatali (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in pazienti con assenza di respiro spontaneo (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in pazienti con presenza di respiro spontaneo (si/no)	
	Impiegabile in fase di svezzamento (si/no)	
	Parametri regolabili (descrivere)	
7.11.	VENTILAZIONE CPAP E SPONTANEA (si/no, descrivere)	
	Ventilazione impiegabile in modalità invasiva (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in modalità non invasiva (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in pazienti adulti (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in pazienti pediatriche (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in pazienti neonatali (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in pazienti con assenza di respiro spontaneo (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in pazienti con presenza di respiro spontaneo (si/no)	
	Impiegabile in fase di svezzamento (si/no)	
	Parametri regolabili (descrivere)	
7.12.	VENTILAZIONE NON INVASIVA (si/no, descrivere)	
	Ventilazione impiegabile in pazienti adulti (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in pazienti pediatriche (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in pazienti neonatali (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in pazienti con assenza di respiro spontaneo (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in pazienti con presenza di respiro spontaneo (si/no)	
	Impiegabile in fase di svezzamento (si/no)	
	Parametri regolabili (descrivere)	
7.13.	ALTRA VENTILAZIONE DISPONIBILE n.1 (NON RICONDUCEBILE AI PUNTI PRECEDENTI) (si/no, descrivere)	
	Ventilazione impiegabile in modalità invasiva (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in modalità non invasiva (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in pazienti adulti (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in pazienti pediatriche (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in pazienti neonatali (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in pazienti con assenza di respiro spontaneo (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in pazienti con presenza di respiro spontaneo (si/no)	
	Impiegabile in fase di svezzamento (si/no)	
	Disponibilità di studi clinici a supporto (si/no, descrivere ed elencare riferimenti bibliografici)	
	Parametri regolabili (descrivere)	
7.14.	ALTRA VENTILAZIONE DISPONIBILE n.2 (NON RICONDUCEBILE AI PUNTI PRECEDENTI) (si/no, descrivere)	
	Ventilazione impiegabile in modalità invasiva (si/no)	

GARA TELEMATICA MEDIANTE PROCEDURA APERTA PER LA CONCLUSIONE DI UN ACCORDO QUADRO CON PIU' OPERATORI ECONOMICI PER LA FORNITURA DI VENTILATORI POLMONARI OCCORRENTI ALL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI MATERA – Allegato 1.E

REGIONE BASILICATA
Stazione Unica Appaltante
Via Vincenzo Verrastro, 4 – 85100 Potenza

	Ventilazione impiegabile in modalità non invasiva (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in pazienti adulti (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in pazienti pediatrici (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in pazienti neonatali (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in pazienti con assenza di respiro spontaneo (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in pazienti con presenza di respiro spontaneo (si/no)	
	Impiegabile in fase di svezzamento (si/no)	
	Disponibilità di studi clinici a supporto (si/no, descrivere ed elencare riferimenti bibliografici)	
	Parametri regolabili (descrivere)	
7.15.	ALTRA VENTILAZIONE DISPONIBILE n...(NON RICONDUCIBILE AI PUNTI PRECEDENTI) (si/no, descrivere)	
	Ventilazione impiegabile in modalità invasiva (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in modalità non invasiva (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in pazienti adulti (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in pazienti pediatrici (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in pazienti neonatali (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in pazienti con assenza di respiro spontaneo (si/no)	
	Ventilazione impiegabile in pazienti con presenza di respiro spontaneo (si/no)	
	Impiegabile in fase di svezzamento (si/no)	
	Disponibilità di studi clinici a supporto (si/no, descrivere ed elencare riferimenti bibliografici)	
	Parametri regolabili (descrivere)	
8.	INTERFACCIA UTENTE E RELATIVE PRESTAZIONI E FUNZIONALITA' (descrivere)	
8.1.	Dimensioni display (in pollici)	
8.2.	Risoluzione (in pixel)	
8.3.	Touch screen (si/no)	
8.4.	Display a colori (si/no)	
8.5.	Durata massima prevista/vita utile del display (indicare)	
8.6.	Modalità di impostazione e regolazione dei parametri (descrivere)	
8.7.	Modalità di impostazione e regolazione dei parametri (descrivere)	
8.8.	Possibilità di orientare e posizionare nello spazio il display (si/no, descrivere, indicare tutte le movimentazioni ed orientamenti possibili)	
8.9.	Possibilità di ruotare il display attorno il proprio asse verticale (si/no, descrivere)	
8.10.	Possibilità di ruotare il display attorno il proprio asse orizzontale (si/no, descrivere)	
8.11.	Possibilità di regolazione in altezza del display (si/no, descrivere)	
8.12.	Possibilità di traslazione orizzontale del display (si/no, descrivere)	
8.13.	Altre movimentazioni disponibili per il display (si/no, descrivere)	
	INFORMAZIONI VISUALIZZATE	
8.14.	Possibilità di visualizzazione contemporanea dei parametri e curve su display (si/no)	
8.15.	Possibilità visualizzazione contemporanea di un numero curve non inferiore a 3 (si/no)	
8.16.	Possibilità visualizzazione di loops/cicli (si/no)	
8.17.	Numero di parametri numerici visualizzabili contemporaneamente (indicare)	
8.18.	Numero di curve visualizzabili contemporaneamente (indicare)	
8.19.	Numero di loop/cicli visualizzabili contemporaneamente (indicare)	
8.20.	Visualizzazione dei valori impostati e valori target (si/no, descrivere)	
8.21.	Visualizzazione dei valori misurati (si/no, descrivere)	
8.22.	Visualizzazione degli eventi di trigger (si/no, descrivere)	
8.23.	Visualizzazione e distinzione degli eventi di respirazione spontanea e di ventilazione meccanica da ventilatore (si/no, descrivere)	
8.24.	Visualizzazione dello stato di dipendenza dal ventilatore (indicare e descrivere)	
8.25.	Possibilità di personalizzazione dell'interfaccia utente (si/no, indicare e descrivere)	
8.26.	Possibilità di disporre di preset (si/no, indicare e descrivere)	
8.27.	Altre informazioni visualizzabili (indicare e descrivere)	
	ALTRE PRESTAZIONI DELL'INTERFACCIA UTENTE	
8.28.	MEMORIZZAZIONE DATI (si/no, descrivere tipo e formato)	
8.29.	MEMORIZZAZIONE TREND (si/no, descrivere tipo e formato)	

GARA TELEMATICA MEDIANTE PROCEDURA APERTA PER LA CONCLUSIONE DI UN ACCORDO QUADRO CON PIU' OPERATORI ECONOMICI PER LA FORNITURA DI VENTILATORI POLMONARI OCCORRENTI ALL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI MATERA – Allegato 1.E

REGIONE BASILICATA
Stazione Unica Appaltante
Via Vincenzo Verrastro, 4 – 85100 Potenza

8.30.	TREND DATI (indicare la massima durata memorizzabile ed il numero massimo di parametri/informazioni memorizzabili)	
8.31.	ESPORTAZIONE SCHERMATE (si/no, descrivere tipo e formato)	
8.32.	ESPORTAZIONE DATI (si/no, descrivere tipo e formato)	
8.33.	ESPORTAZIONE TREND (si/no, descrivere tipo e formato)	
8.34.	INGRESSI/USCITE (si/no, descrivere)	
8.35.	USB (si/no)	
8.36.	altri ingressi/uscite (descrivere)	
8.37.	INTERFACCE/INTEGRAZIONE	
8.38.	Descrivere modalità integrazione con eventuale rete ospedaliera	
9.	SOFTWARE APPLICATIVI IN LINGUA ITALIANA (si, no)	
9.1.	Programmi disponibili (elencare)	
9.2.	Descrizione programmi: descrivere dettagliatamente ogni programma, le funzioni delle procedure disponibili, gli eventuali parametri calcolabili e tutto quanto ritenuto necessario per la migliore descrizione del software	
9.3.	Linguaggi evoluti di programmazione disponibili (se si elencare)	
10.	ACCESSORI IN DOTAZIONE (indicare quantitativi)	
10.1.	Carrello (si/no)	
10.2.	Braccio reggi circuiti (si/no)	
10.3.	Supporto per umidificatore (si/no)	
10.4.	In offerta sono inclusi n. 2 circuiti pazienti riutilizzabili per ogni ventilatore (si/no)	
10.5.	Altro	
10.6.	Possibilità di impiego del ventilatore polmonare con i circuiti paziente riutilizzabili di libero approvvigionamento sul mercato (si/no)	
10.7.	Possibilità di impiego del ventilatore polmonare con accessori di libero approvvigionamento sul mercato (si/no)	
10.8.	Gli accessori da impiegare con il ventilatore polmonare sono vincolati ad un unico fornitore (si/no)	
11.	CONSUMABILI IN DOTAZIONE (descrivere ed indicare quantitativi)	
11.1.	Numero kit di nebulizzazione per pazienti adulti per singolo ventilatore polmonare	
11.2.	Numero kit di nebulizzazione per pazienti pediatrici per singolo ventilatore polmonare	
11.3.	Filtri HME	
11.4.	filtri	
11.5.	Trappole raccogli condensa	
11.6.	Circuiti respiratori	
11.7.	Maschere	
11.8.	Altro	
11.9.	Possibilità di impiego del ventilatore polmonare con i circuiti paziente di libero approvvigionamento sul mercato (si/no)	
11.10.	Possibilità di impiego del ventilatore polmonare con materiale di consumo di libero approvvigionamento sul mercato (si/no)	
11.11.	I materiali di consumo da impiegare con il ventilatore polmonare sono vincolati ad un unico fornitore (si/no)	
12.	CARATTERISTICHE ACCESSORI IN DOTAZIONE/OPZIONE (descrivere ed indicare quantitativi)	
	NEBULIZZATORE (in dotazione)	
12.1.	Nebulizzatore integrato (si/no)	
12.2.	Numero di nebulizzatori per ciascun ventilatore (indicare)	
12.3.	Fabbricante (descrivere)	
12.4.	Modello (descrivere)	
12.5.	Il nebulizzatore è un dispositivo medico (si/no, descrivere)	
12.6.	CND (indicare)	
12.7.	Numero di repertorio NSIS (indicare)	
12.8.	La destinazione d'uso include l'impiego in pazienti adulti (si/no)	

GARA TELEMATICA MEDIANTE PROCEDURA APERTA PER LA CONCLUSIONE DI UN ACCORDO QUADRO CON PIU' OPERATORI ECONOMICI PER LA FORNITURA DI VENTILATORI POLMONARI OCCORRENTI ALL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI MATERA – Allegato 1.E

REGIONE BASILICATA
Stazione Unica Appaltante
Via Vincenzo Verrastro, 4 – 85100 Potenza

12.9.	La destinazione d'uso include l'impiego in pazienti pediatrici (si/no)	
12.10.	La destinazione d'uso include l'impiego in pazienti neonatali (si/no)	
12.11.	La destinazione d'uso include l'impiego per ventilazione invasiva (si/no)	
12.12.	La destinazione d'uso include l'impiego per ventilazione non invasiva (si/no)	
12.13.	Accessori del nebulizzatore (descrivere ed indicare quantitativi)	
12.14.	Materiale di consumo del nebulizzatore (descrivere ed indicare quantitativi)	
12.15.	Materiale di consumo del nebulizzatore (descrivere ed indicare quantitativi)	
12.16.	La fornitura include per ogni ventilatore polmonare un nebulizzatore comprensivo di tutti i componenti e materiali (raccordo a T, eventuali sistemi a calotta, tubi, cavi, altro) necessari per garantire il corretto, sicuro ed immediato funzionamento (si/no)	
12.17.	Principio di funzionamento (descrivere)	
12.18.	Dimensioni (indicare)	
12.19.	Peso (indicare)	
12.20.	Portata minima (indicare)	
12.21.	Dimensione media delle particelle generate (indicare)	
12.22.	Massima durata di utilizzo per trattamenti nella modalità intermittente (indicare)	
12.23.	Massima durata di utilizzo per trattamenti nella modalità continua (indicare)	
12.24.	Alimentazione elettrica (descrivere)	
12.25.	Rumore in dB (descrivere)	
12.26.	Il nebulizzatore ed il relativo materiale di consumo consentono l'impiego con i circuiti paziente standard per ventilazione polmonare (si/no)	
	CIRCUITO PAZIENTE (in dotazione)	
12.27.	Numero di circuiti paziente riutilizzabili in dotazione a ciascun ventilatore (indicare)	
12.28.	Fabbricante (descrivere)	
12.29.	Modello (descrivere)	
12.30.	Il circuito paziente è un dispositivo medico (si/no, descrivere)	
12.31.	CND (indicare)	
12.32.	Numero di repertorio NSIS (indicare)	
12.33.	La destinazione d'uso include l'impiego in pazienti adulti (si/no)	
12.34.	La destinazione d'uso include l'impiego in pazienti pediatrici (si/no)	
12.35.	La destinazione d'uso include l'impiego in pazienti neonatali (si/no)	
12.36.	La destinazione d'uso include l'impiego per ventilazione invasiva (si/no)	
12.37.	La destinazione d'uso include l'impiego per ventilazione non invasiva (si/no)	
12.38.	Accessori del circuito paziente (descrivere ed indicare quantitativi)	
12.39.	La fornitura include per ogni circuito paziente riutilizzabile tutti i componenti riutilizzabili (sensore di flusso, valvola espiratoria, filtri, altro) necessari per garantire il corretto, sicuro ed immediato funzionamento e la continuità di impiego del ventilatore tra un ciclo di sterilizzazione/disinfezione ed il successivo (si/no)	
12.40.	Circuito paziente riutilizzabile (si/no)	
12.41.	Circuito paziente autoclavabile (si/no)	
12.42.	Circuito paziente lavabile (si/no)	
12.43.	Caratteristiche dimensionali (descrivere)	
12.44.	Resistenza (indicare)	
12.45.	Complicanza (indicare)	
12.46.	Il circuito paziente riutilizzabile è scomponibile (si/no)	
12.47.	Il circuito paziente riutilizzabile include il sensore di flusso espiratorio (si/no)	
12.48.	Il circuito paziente riutilizzabile include la valvola espiratoria (si/no)	
12.49.	Il circuito paziente riutilizzabile include le linee inspiratorie ed espiratorie e tubi riutilizzabili (si/no)	
12.50.	Il circuito paziente riutilizzabile include il raccordo ad Y (si/no)	
12.51.	Il circuito paziente riutilizzabile include il raccoglitore condensa (si/no)	
12.52.	Il circuito paziente riutilizzabile include i filtri (si/no)	
12.53.	Componenti del circuito paziente (indicare)	
12.54.	Modalità di disinfezione/sterilizzazione dei vari componenti del circuito paziente (indicare)	
12.55.	Numero massimo di cicli di disinfezione/sterilizzazione dei vari componenti del circuito paziente (indicare)	
12.56.	Durata massima di impiego dei vari componenti del circuito paziente (indicare)	
	RISCALDATORE/UMIDIFICATORE	
12.57.	Integrato (si/no)	

GARA TELEMATICA MEDIANTE PROCEDURA APERTA PER LA CONCLUSIONE DI UN ACCORDO QUADRO CON PIU' OPERATORI ECONOMICI PER LA FORNITURA DI VENTILATORI POLMONARI OCCORRENTI ALL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI MATERA – Allegato 1.E

REGIONE BASILICATA
Stazione Unica Appaltante
Via Vincenzo Verrastro, 4 – 85100 Potenza

12.58.	Fabbricante (descrivere)	
12.59.	Modello (descrivere)	
12.60.	L'umidificatore è un dispositivo medico (si/no, descrivere)	
12.61.	CND (indicare)	
12.62.	Numero di repertorio NSIS (indicare)	
12.63.	La destinazione d'uso include l'impiego in pazienti adulti (si/no)	
12.64.	La destinazione d'uso include l'impiego in pazienti pediatrici (si/no)	
12.65.	La destinazione d'uso include l'impiego in pazienti neonatali (si/no)	
12.66.	La destinazione d'uso include l'impiego per ventilazione invasiva (si/no)	
12.67.	La destinazione d'uso include l'impiego per ventilazione non invasiva (si/no)	
12.68.	Peso e dimensioni	
12.69.	Camera di umidificazione (indicare capacità)	
12.70.	Display/indicatore per la visualizzazione di temperatura ed umidità (descrivere)	
12.71.	Ampio intervallo di rilevazione temperatura, con precisione ed accuratezza elevati (indicare)	
12.72.	Allarmi relativi ai parametri rilevati e ai problemi tecnici dell'apparecchio (descrivere)	
12.73.	Temperatura impostabile (indicare range ed intervalli di regolazione) e preferibile possibilità di impostare l'umidità relativa (descrivere)	
12.74.	Completo di tutti gli accessori necessari al corretto e sicuro funzionamento (e.g. sonda temperatura, circuiti, ecc..) (indicare e descrivere materiale offerto)	
	OSSIGENOTERAPIA AD ALTI FLUSSI	
12.75.	Integrato (si/no)	
12.76.	Fabbricante (descrivere)	
12.77.	Modello (descrivere)	
12.78.	Il dispositivo per l'ossigenoterapia ad alti flussi è un dispositivo medico (si/no, descrivere)	
12.79.	CND (indicare)	
12.80.	Numero di repertorio NSIS (indicare)	
12.81.	La destinazione d'uso include l'impiego in pazienti adulti (si/no)	
12.82.	La destinazione d'uso include l'impiego in pazienti pediatrici (si/no)	
12.83.	La destinazione d'uso include l'impiego in pazienti neonatali (si/no)	
12.84.	Peso e dimensioni	
12.85.	Range flusso (l/min, indicare)	
12.86.	Precisione e accuratezza (indicare)	
12.87.	Display/indicatore per la visualizzazione del flusso (si/no, descrivere)	
12.88.	Range FiO ₂ (%), indicare)	
12.89.	Precisione e accuratezza (indicare)	
12.90.	Display/indicatore per la visualizzazione della FiO ₂ (si/no, descrivere)	
12.91.	Allarmi relativi ai parametri rilevati e ai problemi tecnici dell'apparecchio (descrivere)	
12.92.	Temperatura impostabile (si/no, indicare range ed intervalli di regolazione)	
12.93.	Completo di tutti gli accessori necessari al corretto e sicuro funzionamento (e.g. maschera, nasocannula ecc..) (indicare e descrivere, materiale offerto)	
13.	ALTRE CARATTERISTICHE	
13.1.	Possibilità di separazione del monitor dall'unità ventilatoria per garantire una ampia versatilità nel posizionamento (si/no, descrivere)	
13.2.	Possibilità di aggiornamento del ventilatore (si/no, descrivere)	
13.3.	Possibilità di aggiornamento con ulteriori modalità e tecniche ventilatorie (si/no, descrivere)	
13.4.	Modalità di esecuzione aggiornamento (descrivere)	
13.5.	Disponibilità di help in linea (si/no, descrivere)	
13.6.	Possibilità di consultazione del manuale utente direttamente sull'interfaccia del ventilatore (si/no, descrivere)	
13.7.	Possibilità di consultazione del manuale utente direttamente sull'interfaccia del ventilatore (si/no, descrivere)	
13.8.	Periodicità della taratura del sensore di flusso (si/no, descrivere, indicare modalità di taratura e specificare se le operazione determinano il fermo macchina)	
13.9.	Periodicità della taratura del sistema di rilevazione della concentrazione di ossigeno (si/no, descrivere, indicare modalità di taratura e specificare se le operazione determinano il fermo macchina)	

REGIONE BASILICATA
Stazione Unica Appaltante
Via Vincenzo Verrastro, 4 – 85100 Potenza

13.10.	Periodicità della taratura dei vari componenti del sistema (si/no, descrivere, indicare modalità di taratura e specificare se le operazioni determinano il fermo macchina)	
13.11.	Altre operazioni di pulizia e manutenzione (descrivere)	
14.	ALIMENTAZIONE ELETTRICA (si/no)	
14.1.	Alimentazione da rete AC (si/no, descrivere)	
14.2.	Alimentazione a batteria ricaricabile (si/no)	
14.3.	Sistema di batterie interne ricaricabili che garantiscono una autonomia non inferiore a 20 minuti (si/no, descrivere)	
14.4.	Batteria (tipo, durata, durata carica,...)	
14.5.	Funzionamento sia da rete di alimentazione elettrica che a batteria ricaricabile (si/no, descrivere)	
14.6.	Possibilità di ricarica della batteria installata nel ventilatore tramite rete di alimentazione elettrica AC (si/no)	
14.7.	Possibilità di ricarica della batteria tramite caricabatteria dedicato (si/no, descrivere)	
14.8.	Possibilità di impiego di batterie ricaricabili (si/no, descrivere)	
14.9.	Possibilità di impiego di batterie non ricaricabili (si/no, descrivere)	
14.10.	Tipologia batterie incluse in offerta (ricaricabili/non ricaricabili)	
14.11.	Numero di batterie installabili sul singolo ventilatore (indicare)	
14.12.	Numero di batterie installabili sul singolo ventilatore nella configurazione offerta (indicare)	
14.13.	Tipologia batterie (litio, biossido di manganese, altro)	
14.14.	Batterie esenti da “effetto memoria” (si/no)	
14.15.	Caratteristiche elettriche (tensione, corrente, Ah, Wh)	
14.16.	Peso	
14.17.	Tempo massimo di ricarica della batteria (indicare)	
14.18.	Indicatori batteria (elencare)	
14.19.	Autonomia della batteria (descrivere)	
14.20.	Autonomia del sistema di batterie interne nella configurazione offerta (descrivere)	
14.21.	Vita utile delle batterie (indicare e descrivere)	
14.22.	Massima vita utile delle batterie (indicare e descrivere)	
14.23.	Vita utile delle batterie in caso di utilizzo e manutenzione corretta (indicare e descrivere)	
14.24.	Vita utile delle batterie in caso di utilizzo e manutenzione corretta, con defibrillatore in stand-by (indicare e descrivere)	
14.25.	Durata batteria in condizioni di confezionamento/magazzino	
15.	ALLARMI E SISTEMI DI SICUREZZA (descrivere)	
15.1.	Sistema di allarmi a priorità (si/no, descrivere)	
15.2.	Allarmi visivi e sonori (si/no, descrivere)	
15.3.	Volume allarme regolabile (si/no, descrivere)	
15.4.	GESTIONE ALLARMI (descrivere)	
15.5.	ALLARMI REGOLABILI (descrivere, indicare range di regolazione)	
15.6.	VOLUME CORRENTE ALTO (si/no, indicare livelli di regolazione)	
15.7.	VOLUME CORRENTE BASSO (si/no, indicare livelli di regolazione)	
15.8.	FREQUENZA RESPIRATORIA ALTA (si/no, indicare livelli di regolazione)	
15.9.	FREQUENZA RESPIRATORIA BASSA (si/no, indicare livelli di regolazione)	
15.10.	CONCENTRAZIONE OSSIGENO ALTA (si/no, indicare livelli di regolazione)	
15.11.	CONCENTRAZIONE OSSIGENO BASSA (si/no, indicare livelli di regolazione)	
15.12.	PIP ALTA (si/no, indicare livelli di regolazione)	
15.13.	PIP BASSA (si/no, indicare livelli di regolazione)	
15.14.	PEEP ALTA (si/no, indicare livelli di regolazione)	
15.15.	PEEP BASSA (si/no, indicare livelli di regolazione)	
15.16.	Altri parametri di allarme regolabili (si/no, indicare livelli di regolazione)	
15.17.	Altri parametri di allarme (si/no, indicare livelli di regolazione)	
15.18.	Autotest (si/no, descrivere, indicare frequenza di esecuzione, indicare controlli effettuati)	
15.19.	Autotest all'accensione (si/no, descrivere, indicare controlli effettuati)	
15.20.	Sistemi di autodiagnosi (si/no, descrivere)	

REGIONE BASILICATA
Stazione Unica Appaltante
Via Vincenzo Verrastro, 4 – 85100 Potenza

16.	SICUREZZA	
	Sistema di autodiagnosi strumentale (assente, presente; se presente descriverne il funzionamento)	
	Marchi qualità (elencare)	
	Approvazione FDA (sì, no; descrivere con allegato)	
	Classe e tipo (secondo norme CEI 62-5)	
	Certificazione di conformità a norme nazionali (descrivere con allegato)	
	Certificazione di conformità a norme internazionali (descrivere con allegato)	
	Certificazione di conformità alle DIRETTIVE 89/336, 93/42, ... (descrivere con allegato)	
	Certificazione di qualità ISO 9001 o EN 29001 della ditta produttrice (sì, no; se sì allegare certificazione)	
	Certificazione di qualità ISO 9002 o EN 29002 della ditta manutentrice (sì, no; se sì allegare certificazione)	
17.	CARATTERISTICHE/DIMENSIONI INSTALLAZIONE	
	Dimensioni (cm: altXlargXprof)	
	Alimentazione elettrica (monofase, trifase)	
	Caratteristiche di alimentazione elettrica (V,A,VA)	
	Potenza elettrica assorbita in stand-by e in funzionamento (kW)	
	Necessità di continuità della alimentazione elettrica (gruppo di continuità, stabilizzatore, ...)	
	Classificazione ambiente di installazione secondo la norma CEI 64-4 /7	
	Alimentazione pneumatica (specificare)	
	Temperatura ambiente di funzionamento (minima-massima)	
	Umidità ambiente di funzionamento (minima-massima)	
	Altre caratteristiche microclima degli ambienti di installazione (purezza aria, ricambi aria, ...); descrivere	
	Peso totale (kg)	
	Pressione minima alimentazione aria medica (Pa e psi)	
	Pressione minima alimentazione ossigeno (Pa e psi)	
	Altre peculiarità del ventilatore polmonare per terapia intensiva	
18.	ULTERIORI INFORMAZIONI A CURA DELLA DITTA	
	Relazione tecnica di dettaglio	Allegato
Nota 1:	Nel caso in cui alcuni punti del questionario non fossero applicabili all'apparecchiatura in considerazione, indicarne il motivo.	

Si richiama l'Allegato 1.A, laddove esso prevede che : "In particolare l'Offerente dovrà fornire le informazioni richieste nella scheda tecnica tenendo ben presente che ogni caratteristica dichiarata nella scheda è da intendersi come esplicitamente prevista ed inclusa nell'offerta. Qualora la caratteristica dichiarata non sia inclusa nell'offerta economica, va esplicitamente espresso, in corrispondenza della relativa voce, che essa è opzionale. In caso di caratteristica opzionale, va contestualmente indicato, con riferimento alla voce relativa, il livello di prestazioni raggiungibile con la configurazione dell'offerta base"