**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**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Produttore** |  | |
|  | **Modello** |  | |
|  | **Fornitore** |  | |
|  | **Numero di iscrizione banca dati/ repertorio dispositivi medici** |  | |
|  | **CND** |  | |
|  | **Anno di inizio produzione** |  | |
|  |  |  | |
|  | **PARAMETRI** | **VALORE** | |
|  |  |  | |
|  | DESTINAZIONE D’USO |  | |
|  |  |  | |
|  | VENTILATORE POLMONARE PER TERAPIA INTENSIVA: CARATTERISTICHE GENERALI |  | |
|  | la destinazione d’uso include l’impiego in pazienti adulti e pediatrici in ambito ospedaliero (si/no) |  | |
|  | la destinazione d’uso include l’impiego in pazienti adulti (si/no) |  | |
|  | la destinazione d’uso include l’impiego in pazienti pediatrici (si/no) |  | |
|  | la destinazione d’uso include l’impiego in pazienti neonatali (si/no) |  | |
|  | la destinazione d’uso include l’impiego per ventilazione invasiva (si/no) |  | |
|  | la destinazione d’uso include l’impiego per ventilazione non invasiva (si/no) |  | |
|  | 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) |  | |
|  | Possibilità di impiego del ventilatore polmonare con i circuiti paziente di libero approvvigionamento sul mercato (si/no) |  | |
|  |  |  | |
|  | VENTILATORE POLMONARE PER TERAPIA INTENSIVA |  | |
|  | **PARAMETRI MISURATI E RELATIVE PRESTAZIONI** |  | |
|  | PRESSIONE VIE AEREE (si/no, descrivere metodo rilevazione e visualizzazione, indicare range variabilità, risoluzione, accuratezza) |  | |
|  | FLUSSO (si/no, descrivere metodo rilevazione e visualizzazione, indicare range variabilità, risoluzione, accuratezza) |  | |
|  | VOLUME CORRENTE (si/no, descrivere metodo rilevazione e visualizzazione, indicare range variabilità, risoluzione, accuratezza) |  | |
|  | VOLUME MINUTO (si/no, descrivere metodo rilevazione e visualizzazione, indicare range variabilità, risoluzione, accuratezza) |  | |
|  | FREQUENZA RESPIRATORIA (si/no, descrivere metodo rilevazione e visualizzazione, indicare range variabilità, risoluzione, accuratezza) |  | |
|  | RAPPORTO I:E (si/no, descrivere metodo rilevazione e visualizzazione, indicare range variabilità, risoluzione, accuratezza) |  | |
|  | TEMPO INSPIRATORIO (si/no, descrivere metodo rilevazione e visualizzazione, indicare range variabilità, risoluzione, accuratezza) |  | |
|  | TEMPO ESPIRATORIO (si/no, descrivere metodo rilevazione e visualizzazione, indicare range variabilità, risoluzione, accuratezza) |  | |
|  | CONCENTRAZIONE DI O2 (si/no, descrivere metodo rilevazione e visualizzazione, indicare range variabilità, risoluzione, accuratezza) |  | |
|  | CAPNOMETRIA CO2 (si/no, descrivere metodo rilevazione e visualizzazione, indicare range variabilità, risoluzione, accuratezza) |  | |
|  | CO2 FINE ESP (si/no, descrivere metodo rilevazione e visualizzazione, indicare range variabilità, risoluzione, accuratezza) |  | |
|  | CO2 VOLUMETRICA (si/no, descrivere metodo rilevazione e visualizzazione, indicare range variabilità, risoluzione, accuratezza) |  | |
|  | SpO2 (si/no, descrivere metodo rilevazione e visualizzazione, indicare range variabilità, risoluzione, accuratezza) |  | |
|  | Altri parametri misurati (descrivere e dichiarare se sono opzionali o inclusi) |  | |
|  |  |  | |
|  | MECCANICA RESPIRATORIA |  | |
|  | FORZA INSPIRATORIA NEGATIVA NIF (si/no, descrivere metodo rilevazione e visualizzazione, indicare range variabilità, risoluzione, accuratezza) |  | |
|  | PRESSIONE DI OCCLUSIONE P0.1 (si/no, descrivere metodo rilevazione e visualizzazione, indicare range variabilità, risoluzione, accuratezza) |  | |
|  | CAPACITA’ VITALE VC (si/no, descrivere metodo rilevazione e visualizzazione, indicare range variabilità, risoluzione, accuratezza) |  | |
|  | RESISTENZA (si/no, descrivere metodo rilevazione e visualizzazione, indicare range variabilità, risoluzione, accuratezza) |  | |
|  | COMPLIANZA (si/no, descrivere metodo rilevazione e visualizzazione, indicare range variabilità, risoluzione, accuratezza) |  | |
|  | RESISTENZA DINAMICA (si/no, descrivere metodo rilevazione e visualizzazione, indicare range variabilità, risoluzione, accuratezza) |  | |
|  | COMPLIANZA DINAMICA (si/no, descrivere metodo rilevazione e visualizzazione, indicare range variabilità, risoluzione, accuratezza) |  | |
|  | Altri parametri misurati (descrivere e dichiarare se sono opzionali o inclusi) |  | |
|  |  |  | |
|  | **PARAMETRI REGOLABILI E RELATIVE PRESTAZIONI** |  | |
|  | CONCENTRAZIONE O2 (indicare intervallo di regolazione, risoluzione di regolazione, accuratezza di regolazione, specificare valori a seconda della modalità adulta/pediatrica/neonatale) |  | |
|  | FLUSSO DI PICCO (indicare intervallo di regolazione, risoluzione di regolazione, accuratezza di regolazione, specificare valori a seconda della modalità adulta/pediatrica/neonatale) |  | |
|  | FLUSSO (indicare intervallo di regolazione, risoluzione di regolazione, accuratezza di regolazione, specificare valori a seconda della modalità adulta/pediatrica/neonatale) |  | |
|  | VOLUME CORRENTE (indicare intervallo di regolazione, risoluzione di regolazione, accuratezza di regolazione, specificare valori a seconda della modalità adulta/pediatrica/neonatale) |  | |
|  | VOLUME DI SUPPORTO - VS (indicare intervallo di regolazione, risoluzione di regolazione, accuratezza di regolazione, specificare valori a seconda della modalità adulta/pediatrica/neonatale) |  | |
|  | PRESSIONE INSPIRATORIA (indicare intervallo di regolazione, risoluzione di regolazione, accuratezza di regolazione, specificare valori a seconda della modalità adulta/pediatrica/neonatale) |  | |
|  | PRESSIONE INSPIRATORIA MASSIMA - PIP (indicare intervallo di regolazione, risoluzione di regolazione, accuratezza di regolazione, specificare valori a seconda della modalità adulta/pediatrica/neonatale) |  | |
|  | PRESSIONE POSITIVA DI FINE ESPIRAZIONE - PEEP (indicare intervallo di regolazione, risoluzione di regolazione, accuratezza di regolazione ) |  | |
|  | PRESSIONE DI SUPPORTO - PS (indicare intervallo di regolazione, risoluzione di regolazione, accuratezza di regolazione ) |  | |
|  | CPAP (indicare intervallo di regolazione, risoluzione di regolazione, accuratezza di regolazione, specificare valori a seconda della modalità adulta/pediatrica/neonatale) |  | |
|  | FREQUENZA RESPIRATORIA (indicare intervallo di regolazione, risoluzione di regolazione, accuratezza di regolazione, specificare valori a seconda della modalità adulta/pediatrica/neonatale) |  | |
|  | RAPPORTO I:E (indicare intervallo di regolazione, risoluzione di regolazione, accuratezza di regolazione, specificare valori a seconda della modalità adulta/pediatrica/neonatale) |  | |
|  | TEMPO DI INSPIRAZIONE (indicare intervallo di regolazione, risoluzione di regolazione, accuratezza di regolazione, specificare valori a seconda della modalità adulta/pediatrica/neonatale) |  | |
|  | TEMPO DI ESPIRAZIONE (indicare intervallo di regolazione, risoluzione di regolazione, accuratezza di regolazione, specificare valori a seconda della modalità adulta/pediatrica/neonatale) |  | |
|  | TEMPO DI PAUSA (indicare intervallo di regolazione, risoluzione di regolazione, accuratezza di regolazione, specificare valori a seconda della modalità adulta/pediatrica/neonatale) |  | |
|  | TRIGGER INSPIRATORIO DI FLUSSO (indicare intervallo di regolazione, risoluzione di regolazione, accuratezza di regolazione, specificare valori a seconda della modalità adulta/pediatrica/neonatale) |  | |
|  | TRIGGER INSPIRATORIO DI PRESSIONE (indicare intervallo di regolazione, risoluzione di regolazione, accuratezza di regolazione, specificare valori a seconda della modalità adulta/pediatrica/neonatale) |  | |
|  | TRIGGER DI PRESSIONE DI BACKUP NON REGOLABILE (si/no, descrivere) |  | |
|  | ALTRI SISTEMI DI TRIGGER INSPIRATORIO (indicare intervallo di regolazione, risoluzione di regolazione, accuratezza di regolazione, specificare valori a seconda della modalità adulta/pediatrica/neonatale) |  | |
|  | TRIGGER ESPIRATORIO (indicare intervallo di regolazione, risoluzione di regolazione, accuratezza di regolazione, specificare valori a seconda della modalità adulta/pediatrica/neonatale) |  | |
|  | CONCENTRAZIONE O2 (indicare intervallo di regolazione, risoluzione di regolazione, accuratezza di regolazione, specificare valori a seconda della modalità adulta/pediatrica/neonatale) |  | |
|  | Altri parametri regolabili (descrivere e dichiarare se sono opzionali o inclusi) |  | |
|  |  |  | |
|  | **ALTRE PRESTAZIONI** |  | |
|  | Frequenza di campionamento (indicare) |  | |
|  | Tempo di risposta valvole (indicare) |  | |
|  | Tempo di risposta sensori di flusso (indicare) |  | |
|  | Tempo di risposta sensori di pressione (indicare) |  | |
|  | Resistenza e volume morto del sensore di flusso (indicare) |  | |
|  | Possibilità di implementazione di modulo di capnometria (si/no) |  | |
|  | Modulo di capnometria incluso in offerta nella configurazione base (si/no, descrivere) |  | |
|  | Possibilità di implementazione di sensore di flusso prossimale (si/no, descrivere, specificare se riutilizzabile o monouso, specificare tipologia paziente: adulto/pediatrico/neonatale) |  | |
|  | Sensore di flusso prossimale incluso in offerta nella configurazione base (si/no, descrivere, specificare se riutilizzabile o monouso, specificare tipologia paziente: adulto/pediatrico/neonatale) |  | |
|  | Dotato di trigger (inspiratorio) di flusso regolabile (si/no) |  | |
|  | Dotato di trigger (inspiratorio) di pressione regolabile (si/no) |  | |
|  | Possibilità di impostazione contemporanea di trigger (inspiratorio) di pressione e di flusso (si/no) |  | |
|  | Dotato di trigger espiratorio (si/no, descrivere) |  | |
|  | Tipologia del sistema di rilevazione della concentrazione di ossigeno (cella a combustibile/sensore paramagnetico/altro) |  | |
|  | Durata del sistema di rilevazione della concentrazione di ossigeno in caso di impiego del ventilatore in stand-by (indicare) |  | |
|  | Necessità di sostituzione del sistema di rilevazione della concentrazione di ossigeno (si/no, descrivere) |  | |
|  | Durata tipica del sistema di rilevazione della concentrazione di ossigeno (indicare) |  | |
|  | Sistema di compensazione automatica delle perdite (si/no, descrivere) |  | |
|  | Compensazione della complianza del circuito respiratorio (si/no, descrivere) |  | |
|  | Compensazione del tubo endotracheale (si/no, descrivere) |  | |
|  | Compensazione automatica delle perdite (si/no, descrivere) |  | |
|  | Valore massimo di compensazione delle perdite in l/min (descrivere) |  | |
|  | Valore massimo di compensazione delle perdite inspiratorie in l/min (descrivere) |  | |
|  | Valore massimo di compensazione delle perdite espiratorie in l/min (descrivere) |  | |
|  | Curve di flusso selezionabili nelle modalità e tecniche ventilatorie (quadra/decelerata/altro) |  | |
|  | Possibilità alimentazione di Heliox (si/no, descrivere) |  | |
|  | Dotato di sistemi/metodi/manovre per la valutazione ed individuazione di parametri ventilatori ottimali (si/no, descrivere, elencare sistemi/metodi/manovre) |  | |
|  | 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) |  | |
|  | Dotato di sistemi/metodi/manovre per la valutazione dello stato del respiro spontaneo del paziente (si/no, descrivere, elencare sistemi/metodi/manovre) |  | |
|  | Altre prestazioni (descrivere) |  | |
|  |  |  | |
|  | **FUNZIONALITA’ VENTILATORIE E METODICHE DI RILEVANTE INTERESSE CLINICO, ULTERIORI FUNZIONI DISPONIBILI** |  | |
|  | ALTRA FUNZIONALITA’-METODICA-FUNZIONE n.1 (NON RICONDUCIBILE 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) |  | |
|  | ALTRA FUNZIONALITA’-METODICA-FUNZIONE n.2 (NON RICONDUCIBILE 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) |  | |
|  | ALTRA FUNZIONALITA’-METODICA-FUNZIONE n… (NON RICONDUCIBILE 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) |  | |
|  |  |  | |
|  | **MODALITA’ E TECNICHE VENTILATORIE** |  | |
|  | 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) |  | |
|  | 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) |  | |
|  | VENTILAZIONE A PRESSIONE 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) |  | |
|  | 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) |  | |
|  | 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) |  | |
|  | 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) |  | |
|  | 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) |  | |
|  | 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) |  | |
|  | 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) |  | |
|  | 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 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) |  | |
|  | 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 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) |  | |
|  | 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 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) |  | |
|  | VENTILAZIONE NON INVASIVA (si/no, descrivere) |  | |
|  | 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) |  | |
|  | ALTRA VENTILAZIONE DISPONIBILE n.1 (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) |  | |
|  | ALTRA VENTILAZIONE DISPONIBILE n.2 (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) |  | |
|  | 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) |  | |
|  |  |  | |
|  | **INTERFACCIA UTENTE E RELATIVE PRESTAZIONI E FUNZIONALITA’ (descrivere)** |  | |
|  | Dimensioni display (in pollici) |  | |
|  | Risoluzione (in pixel) |  | |
|  | Touch screen(si/no) |  | |
|  | Display a colori (si/no) |  | |
|  | Durata massima prevista/vita utile del display (indicare) |  | |
|  | Modalità di impostazione e regolazione dei parametri (descrivere) |  | |
|  | Modalità di impostazione e regolazione dei parametri (descrivere) |  | |
|  | Possibilità di orientare e posizionare nello spazio il display (si/no, descrivere, indicare tutte le movimentazioni ed orientamenti possibili) |  | |
|  | Possibilità di ruotare il display attorno il proprio asse verticale (si/no, descrivere) |  | |
|  | Possibilità di ruotare il display attorno il proprio asse orizzontale (si/no, descrivere) |  | |
|  | Possibilità di regolazione in altezza del display (si/no, descrivere) |  | |
|  | Possibilità di traslazione orizzontale del display (si/no, descrivere) |  | |
|  | Altre movimentazioni disponibili per il display (si/no, descrivere) |  | |
|  | INFORMAZIONI VISUALIZZATE |  | |
|  | Possibilità di visualizzazione contemporanea dei parametri e curve su display (si/no) |  | |
|  | Possibilità visualizzazione contemporanea di un numero curve non inferiore a 3 (si/no) |  | |
|  | Possibilità visualizzazione di loops/cicli (si/no) |  | |
|  | Numero di parametri numerici visualizzabili contemporaneamente (indicare) |  | |
|  | Numero di curve visualizzabili contemporaneamente (indicare) |  | |
|  | Numero di loop/cicli visualizzabili contemporaneamente (indicare) |  | |
|  | Visualizzazione dei valori impostati e valori target (si/no, descrivere) |  | |
|  | Visualizzazione dei valori misurati (si/no, descrivere) |  | |
|  | Visualizzazione degli eventi di trigger (si/no, descrivere) |  | |
|  | Visualizzazione e distinzione degli eventi di respirazione spontanea e di ventilazione meccanica da ventilatore (si/no, descrivere) |  | |
|  | Visualizzazione dello stato di dipendenza dal ventilatore (indicare e descrivere) |  | |
|  | Possibilità di personalizzazione dell’interfaccia utente (si/no, indicare e descrivere) |  | |
|  | Possibilità di disporre di preset (si/no, indicare e descrivere) |  | |
|  | Altre informazioni visualizzabili (indicare e descrivere) |  | |
|  | ALTRE PRESTAZIONI DELL’INTERFACCIA UTENTE |  | |
|  | MEMORIZZAZIONE DATI (si/no, descrivere tipo e formato) |  | |
|  | MEMORIZZAZIONE TREND (si/no, descrivere tipo e formato) |  | |
|  | TREND DATI (indicare la massima durata memorizzabile ed il numero massimo di parametri/informazioni memorizzabili) |  | |
|  | ESPORTAZIONE SCHERMATE (si/no, descrivere tipo e formato) |  | |
|  | ESPORTAZIONE DATI (si/no, descrivere tipo e formato) |  | |
|  | ESPORTAZIONE TREND (si/no, descrivere tipo e formato) |  | |
|  | INGRESSI/USCITE (si/no, descrivere) |  | |
|  | USB (si/no) |  | |
|  | altri ingressi/uscite (descrivere) |  | |
|  | INTERFACCE/INTEGRAZIONE |  | |
|  | Descrivere modalità integrazione con eventuale rete ospedaliera |  | |
|  |  |  | |
|  | **SOFTWARE APPLICATIVI IN LINGUA ITALIANA (si, no)** |  | |
|  | Programmi disponibili (elencare) |  | |
|  | 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 |  | |
|  | Linguaggi evoluti di programmazione disponibili (se si elencare) |  | |
|  |  |  | |
|  | **ACCESSORI IN DOTAZIONE (indicare quantitativi)** |  | |
|  | Carrello (si/no) |  | |
|  | Braccio reggi circuiti (si/no) |  | |
|  | Supporto per umidificatore (si/no) |  | |
|  | In offerta sono inclusi n. 2 circuiti pazienti riutilizzabili per ogni ventilatore (si/no) |  | |
|  | Altro |  | |
|  | Possibilità di impiego del ventilatore polmonare con i circuiti paziente riutilizzabili di libero approvvigionamento sul mercato (si/no) |  | |
|  | Possibilità di impiego del ventilatore polmonare con accessori di libero approvvigionamento sul mercato (si/no) |  | |
|  | Gli accessori da impiegare con il ventilatore polmonare sono vincolati ad un unico fornitore (si/no) |  | |
|  |  |  | |
|  | **CONSUMABILI IN DOTAZIONE (descrivere ed indicare quantitativi)** |  | |
|  | Numero kit di nebulizzazione per pazienti adulti per singolo ventilatore polmonare |  | |
|  | Numero kit di nebulizzazione per pazienti pediatrici per singolo ventilatore polmonare |  | |
|  | Filtri HME |  | |
|  | filtri |  | |
|  | Trappole raccogli condensa |  | |
|  | Circuiti respiratori |  | |
|  | Maschere |  | |
|  | Altro |  | |
|  | Possibilità di impiego del ventilatore polmonare con i circuiti paziente di libero approvvigionamento sul mercato (si/no) |  | |
|  | Possibilità di impiego del ventilatore polmonare con materiale di consumo di libero approvvigionamento sul mercato (si/no) |  | |
|  | I materiali di consumo da impiegare con il ventilatore polmonare sono vincolati ad un unico fornitore (si/no) |  | |
|  |  |  | |
|  | **CARATTERISTICHE ACCESSORI IN DOTAZIONE/OPZIONE (descrivere ed indicare quantitativi)** |  | |
|  | **NEBULIZZATORE (in dotazione)** |  | |
|  | Nebulizzatore integrato (si/no) |  | |
|  | Numero di nebulizzatori per ciascun ventilatore (indicare) |  | |
|  | Fabbricante (descrivere) |  | |
|  | Modello (descrivere) |  | |
|  | Il nebulizzatore è un dispositivo medico (si/no, descrivere) |  | |
|  | CND (indicare) |  | |
|  | Numero di repertorio NSIS (indicare) |  | |
|  | La destinazione d’uso include l’impiego in pazienti adulti (si/no) |  | |
|  | La destinazione d’uso include l’impiego in pazienti pediatrici (si/no) |  | |
|  | La destinazione d’uso include l’impiego in pazienti neonatali (si/no) |  | |
|  | La destinazione d’uso include l’impiego per ventilazione invasiva (si/no) |  | |
|  | La destinazione d’uso include l’impiego per ventilazione non invasiva (si/no) |  | |
|  | Accessori del nebulizzatore (descrivere ed indicare quantitativi) |  | |
|  | Materiale di consumo del nebulizzatore (descrivere ed indicare quantitativi) |  | |
|  | Materiale di consumo del nebulizzatore (descrivere ed indicare quantitativi) |  | |
|  | 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) |  | |
|  | Principio di funzionamento (descrivere) |  | |
|  | Dimensioni (indicare) |  | |
|  | Peso (indicare) |  | |
|  | Portata minima (indicare) |  | |
|  | Dimensione media delle particelle generate (indicare) |  | |
|  | Massima durata di utilizzo per trattamenti nella modalità intermittente (indicare) |  | |
|  | Massima durata di utilizzo per trattamenti nella modalità continua (indicare) |  | |
|  | Alimentazione elettrica (descrivere) |  | |
|  | Rumore in dB (descrivere) |  | |
|  | 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)** |  | |
|  | Numero di circuiti paziente riutilizzabili in dotazione a ciascun ventilatore (indicare) |  | |
|  | Fabbricante (descrivere) |  | |
|  | Modello (descrivere) |  | |
|  | Il circuito paziente è un dispositivo medico (si/no, descrivere) |  | |
|  | CND (indicare) |  | |
|  | Numero di repertorio NSIS (indicare) |  | |
|  | La destinazione d’uso include l’impiego in pazienti adulti (si/no) |  | |
|  | La destinazione d’uso include l’impiego in pazienti pediatrici (si/no) |  | |
|  | La destinazione d’uso include l’impiego in pazienti neonatali (si/no) |  | |
|  | La destinazione d’uso include l’impiego per ventilazione invasiva (si/no) |  | |
|  | La destinazione d’uso include l’impiego per ventilazione non invasiva (si/no) |  | |
|  | Accessori del circuito paziente (descrivere ed indicare quantitativi) |  | |
|  | 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) |  | |
|  | Circuito paziente riutilizzabile (si/no) |  | |
|  | Circuito paziente autoclavabile (si/no) |  | |
|  | Circuito paziente lavabile (si/no) |  | |
|  | Caratteristiche dimensionali (descrivere) |  | |
|  | Resistenza (indicare) |  | |
|  | Complicanza (indicare) |  | |
|  | Il circuito paziente riutilizzabile è scomponibile (si/no) |  | |
|  | Il circuito paziente riutilizzabile include il sensore di flusso espiratorio (si/no) |  | |
|  | Il circuito paziente riutilizzabile include la valvola espiratoria (si/no) |  | |
|  | Il circuito paziente riutilizzabile include le linee inspiratorie ed espiratorie e tubi riutilizzabili (si/no) |  | |
|  | Il circuito paziente riutilizzabile include il raccordo ad Y (si/no) |  | |
|  | Il circuito paziente riutilizzabile include il raccoglitore condensa (si/no) |  | |
|  | Il circuito paziente riutilizzabile include i filtri (si/no) |  | |
|  | Componenti del circuito paziente (indicare) |  | |
|  | Modalità di disinfezione/sterilizzazione dei vari componenti del circuito paziente (indicare) |  | |
|  | Numero massimo di cicli di disinfezione/sterilizzazione dei vari componenti del circuito paziente (indicare) |  | |
|  | Durata massima di impiego dei vari componenti del circuito paziente (indicare) |  | |
|  | **RISCALDATORE/UMIDIFICATORE** |  | |
|  | Integrato (si/no) |  | |
|  | Fabbricante (descrivere) |  | |
|  | Modello (descrivere) |  | |
|  | L’umidificatore è un dispositivo medico (si/no, descrivere) |  | |
|  | CND (indicare) |  | |
|  | Numero di repertorio NSIS (indicare) |  | |
|  | La destinazione d’uso include l’impiego in pazienti adulti (si/no) |  | |
|  | La destinazione d’uso include l’impiego in pazienti pediatrici (si/no) |  | |
|  | La destinazione d’uso include l’impiego in pazienti neonatali (si/no) |  | |
|  | La destinazione d’uso include l’impiego per ventilazione invasiva (si/no) |  | |
|  | La destinazione d’uso include l’impiego per ventilazione non invasiva (si/no) |  | |
|  | Peso e dimensioni |  | |
|  | Camera di umidificazione (indicare capacità) |  | |
|  | Display/indicatore per la visualizzazione di temperatura ed umidità (descrivere) |  | |
|  | Ampio intervallo di rilevazione temperatura, con precisione ed accuratezza elevati (indicare) |  | |
|  | Allarmi relativi ai parametri rilevati e ai problemi tecnici dell’apparecchio (descrivere) |  | |
|  | Temperatura impostabile (indicare range ed intervalli di regolazione) e preferibile possibilità di impostare l’umidità relativa (descrivere) |  | |
|  | 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** |  | |
|  | Integrato (si/no) |  | |
|  | Fabbricante (descrivere) |  | |
|  | Modello (descrivere) |  | |
|  | Il dispositivo per l’ossigenoterapia ad alti flussi è un dispositivo medico (si/no, descrivere) |  | |
|  | CND (indicare) |  | |
|  | Numero di repertorio NSIS (indicare) |  | |
|  | La destinazione d’uso include l’impiego in pazienti adulti (si/no) |  | |
|  | La destinazione d’uso include l’impiego in pazienti pediatrici (si/no) |  | |
|  | La destinazione d’uso include l’impiego in pazienti neonatali (si/no) |  | |
|  | Peso e dimensioni |  | |
|  | Range flusso (l/min, indicare) |  | |
|  | Precisione e accuratezza (indicare) |  | |
|  | Display/indicatore per la visualizzazione del flusso (si/no, descrivere) |  | |
|  | Range FiO2 (%, indicare) |  | |
|  | Precisione e accuratezza (indicare) |  | |
|  | Display/indicatore per la visualizzazione della FiO2 (si/no, descrivere) |  | |
|  | Allarmi relativi ai parametri rilevati e ai problemi tecnici dell’apparecchio (descrivere) |  | |
|  | Temperatura impostabile (si/no, indicare range ed intervalli di regolazione) |  | |
|  | Completo di tutti gli accessori necessari al corretto e sicuro funzionamento (e.g. maschera, nasocannula ecc..) (indicare e descrivere, materiale offerto) |  | |
|  |  |  | |
|  | **ALTRE CARATTERISTICHE** |  | |
|  | Possibilità di separazione del monitor dall’unità ventilatoria per garantire una ampia versatilità nel posizionamento (si/no, descrivere) |  | |
|  | Possibilità di aggiornamento del ventilatore (si/no, descrivere) |  | |
|  | Possibilità di aggiornamento con ulteriori modalità e tecniche ventilatorie (si/no, descrivere) |  | |
|  | Modalità di esecuzione aggiornamento (descrivere) |  | |
|  | Disponibilità di help in linea (si/no, descrivere) |  | |
|  | Possibilità di consultazione del manuale utente direttamente sull’interfaccia del ventilatore (si/no, descrivere) |  | |
|  | Possibilità di consultazione del manuale utente direttamente sull’interfaccia del ventilatore (si/no, descrivere) |  | |
|  | Periodicità della taratura del sensore di flusso (si/no, descrivere, indicare modalità di taratura e specificare se le operazione determinano il fermo macchina) |  | |
|  | 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) |  | |
|  | Periodicità della taratura dei vari componenti del sistema (si/no, descrivere, indicare modalità di taratura e specificare se le operazione determinano il fermo macchina) |  | |
|  | Altre operazioni di pulizia e manutenzione (descrivere) |  | |
|  |  |  | |
|  | **ALIMENTAZIONE ELETTRICA (si/no)** |  | |
|  | Alimentazione da rete AC (si/no, descrivere) |  | |
|  | Alimentazione a batteria ricaricabile (si/no) |  | |
|  | Sistema di batterie interne ricaricabili che garantiscono una autonomia non inferiore a 20 minuti (si/no, descrivere) |  | |
|  | Batteria (tipo, durata, durata carica,..) |  | |
|  | Funzionamento sia da rete di alimentazione elettrica che a batteria ricaricabile (si/no, descrivere) | |  |
|  | Possibilità di ricarica della batteria installata nel ventilatore tramite rete di alimentazione elettrica AC (si/no) | |  |
|  | Possibilità di ricarica della batteria tramite caricabatteria dedicato (si/no, descrivere) | |  |
|  | Possibilità di impiego di batterie ricaricabili (si/no, descrivere) | |  |
|  | Possibilità di impiego di batterie non ricaricabili (si/no, descrivere) | |  |
|  | Tipologia batterie incluse in offerta (ricaricabili/non ricaricabili) | |  |
|  | Numero di batterie installabili sul singolo ventilatore (indicare) | |  |
|  | Numero di batterie installabili sul singolo ventilatore nella configurazione offerta (indicare) | |  |
|  | Tipologia batterie (litio, biossido di manganese, altro) | |  |
|  | Batterie esenti da “effetto memoria” (si/no) | |  |
|  | Caratteristiche elettriche (tensione, corrente, Ah, Wh) | |  |
|  | Peso | |  |
|  | Tempo massimo di ricarica della batteria (indicare) | |  |
|  | Indicatori batteria (elencare) | |  |
|  | Autonomia della batteria (descrivere) | |  |
|  | Autonomia del sistema di batterie interne nella configurazione offerta (descrivere) | |  |
|  | Vita utile delle batterie (indicare e descrivere) | |  |
|  | Massima vita utile delle batterie (indicare e descrivere) | |  |
|  | Vita utile delle batterie in caso di utilizzo e manutenzione corretta (indicare e descrivere) | |  |
|  | Vita utile delle batterie in caso di utilizzo e manutenzione corretta, con defibrillatore in stand-by (indicare e descrivere) | |  |
|  | Durata batteria in condizioni di confezionamento/magazzino | |  |
|  |  |  | |
|  | **ALLARMI E SISTEMI DI SICUREZZA (descrivere)** |  | |
|  | Sistema di allarmi a priorità (si/no, descrivere) |  | |
|  | Allarmi visivi e sonori (si/no, descrivere) |  | |
|  | Volume allarme regolabile (si/no, descrivere) |  | |
|  | GESTIONE ALLARMI (descrivere) |  | |
|  | ALLARMI REGOLABILI (descrivere, indicare range di regolazione) |  | |
|  | VOLUME CORRENTE ALTO (si/no, indicare livelli di regolazione) |  | |
|  | VOLUME CORRENTE BASSO (si/no, indicare livelli di regolazione) |  | |
|  | FREQUENZA RESPIRATORIA ALTA (si/no, indicare livelli di regolazione) |  | |
|  | FREQUENZA RESPIRATORIA BASSA (si/no, indicare livelli di regolazione) |  | |
|  | CONCENTRAZIONE OSSIGENO ALTA (si/no, indicare livelli di regolazione) |  | |
|  | CONCENTRAZIONE OSSIGENO BASSA (si/no, indicare livelli di regolazione) |  | |
|  | PIP ALTA (si/no, indicare livelli di regolazione) |  | |
|  | PIP BASSA (si/no, indicare livelli di regolazione) |  | |
|  | PEEP ALTA (si/no, indicare livelli di regolazione) |  | |
|  | PEEP BASSA (si/no, indicare livelli di regolazione) |  | |
|  | Altri parametri di allarme regolabili (si/no, indicare livelli di regolazione) |  | |
|  | Altri parametri di allarme (si/no, indicare livelli di regolazione) |  | |
|  | Autotest (si/no, descrivere, indicare frequenza di esecuzione, indicare controlli effettuati) |  | |
|  | Autotest all’accensione (si/no, descrivere, indicare controlli effettuati) |  | |
|  | Sistemi di autodiagnosi (si/no, descrivere) |  | |
|  |  |  | |
|  | **SICUREZZA** |  | |
|  | Sistema di autodiagnosi strumentale (assente, presente; se presente descriverne il funzionamento) |  | |
|  | Marchi qualità (elencare) |  | |
|  | Approvazione FDA (si, 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) |  | |
|  |  |  | |
|  | **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 medicale (Pa e psi) |  | |
|  | Pressione minima alimentazione ossigeno (Pa e psi) |  | |
|  | Altre peculiarità del ventilatore polmonare per terapia intensiva |  | |
|  |  |  | |
|  | **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”