**QUESTIONARIO TECNICO**

**LOTTO 1**

|  |  |
| --- | --- |
| PRODUTTORE |  |
| FORNITORE |  |
| MARCHIO CE MDD (indicare ente notificato e classe) |  |
| FDA CLEARENCE |  |
| Anno di introduzione in Italia della versione originale |  |
| Anno di introduzione in Italia della ultima release |  |
| APPLICAZIONI CLINICHE (descrivere) |  |
| RIFERIMENTO (1-2-3) compilare una scheda per ogni riferimento |  |
| **Caratteristiche tecniche** |
| Caratteristiche bilancia |  |
| Sistema umidificazione |  |
| Regolazione umidità |  |
| Caratteristiche campana |  |
| Materiale costruttivo |  |
| Caratteristiche migliorative |  |
|  |  |
| **Funzionalità** |
| Regolazione aria |  |
| Regolazione ossigeno |  |
| Regolazione temperatura |  |
| Gestione open care |  |
| Indice di Upgar |  |
| Caratteristiche riscaldamento radiante |  |
| Gestione monitoraggio e trend |  |
|  |  |
| **Interfaccia utente** |
| Visualizzazione parametri |
| Caratteristiche display  |  |
| Caratteristiche ergonomiche |  |
| Software gestione e impostazione parametri |  |
|  |  |
| **Usabilità e sicurezza** |  |
| Regolazione e funzionalità del lettino |  |
| Manovrabilità |  |
| Accessibilità |  |
| Caratteristiche materassino |  |
| Movimentazioni |  |
| Allarmi |  |
| Sanificabilità |  |
| Remotizzazione |  |
| Modalità aggancio ventilatori |  |
| Autonomia |  |
| Sistema porta bombole |  |
| Accessori |  |
| Caratteristiche migliorative |  |
|  |  |
| **Gestione del paziente** |  |
| Controllo luminosità  |  |
| Controllo suoni |
| Rumorosità |
| Gestione del neonato |
|  |
| **Assistenza** |
| Tempi assistenza (ore solari):  |  |
| Tempo intervento per guasto, |  |
| Tempo per risoluzione guasto, |  |
| Tempo sostituzione |  |
| Assistenza telefonica in orario notturno e in giorni festivi |  |
| Intervento in orario notturno e in giorni festivi |  |
| Elenco non esaustivo centri di riferimento |  |

**LOTTO 2**

|  |  |
| --- | --- |
| PRODUTTORE |  |
| FORNITORE |  |
| MARCHIO CE MDD (indicare ente notificato e classe) |  |
| FDA CLEARENCE |  |
| Anno di introduzione in Italia della versione originale |  |
| Anno di introduzione in Italia della ultima release |  |
| APPLICAZIONI CLINICHE (descrivere) |  |
| RIFERIMENTO (1-2-3) compilare una scheda per ogni riferimento |  |
| **Caratteristiche tecniche** |
| Caratteristiche campana |  |
| Sistema umidificazione |  |
| Regolazione umidità |  |
| Materiale costruttivo |  |
| Caratteristiche migliorative |  |
|  |  |
| **Funzionalità** |
| Regolazione aria |  |
| Regolazione ossigeno |  |
| Regolazione temperatura |  |
| Gestione monitoraggio e trend |  |
|  |  |
| **Interfaccia utente** |
| Visualizzazione parametri |
| Display  |  |
| Ergonomia |  |
| Software gestione e impostazione parametri |  |
|  |  |
| **Usabilità e sicurezza** |  |
| Regolazione e funzionalità del lettino |  |
| Manovrabilità |  |
| Accessibilità |  |
| Materassino |  |
| Movimentazioni |  |
| Allarmi |  |
| Sanificabilità |  |
| Remotizzazione |  |
| Possibilità di poter eseguire le lastre senza spostare il bambino con i sistemi digitali presenti in ospedale |  |
| Accessori |  |
| Caratteristiche migliorative |  |
|  |  |
| **Trasporto** |  |
| Carrello  |  |
| Sistemi fissaggio neonato |  |
| Sistema porta bombole |  |
| Modalità aggancio ventilatori |  |
| Autonomia |  |
|  |
| **Assistenza** |
| Tempi assistenza (ore solari):  |  |
| Tempo intervento per guasto, |  |
| Tempo per risoluzione guasto, |  |
| Tempo sostituzione |  |
| Assistenza telefonica in orario notturno e in giorni festivi |  |
| Intervento in orario notturno e in giorni festivi |  |
| Elenco non esaustivo centri di riferimento |  |

**LOTTO 3**

|  |  |
| --- | --- |
| Ditta produttrice |  |
| Ditta distributrice |  |
| Riferimento (1,2) Compilare una scheda per ogni riferimento |  |
| Modello apparecchiatura |  |
| Anno di immissione sul mercato |  |
| Certificazioni (esplicitare marcature CEE 93/42, FDA) |  |
| Applicazioni possibili  |  |
|  |  |
| **Caratteristiche tecniche** |
| Sistema di riscaldamento |  |
| Caratteristiche piano paziente |  |
| Materiale costruttivo |  |
| Movimentazioni |  |
| Controllo temperatura cutanea |  |
| Caratteristiche migliorative |  |
| Portalastre |  |
| Modalità abbattimento pareti |  |
|  |  |
| **Funzionalità**  |
| Caratteristiche sistema per rianimazione (specificare se integrato) |  |
| Caratteristiche miscelatore (specificare se integrato) |  |
| Caratteristiche sistema aspirazione (specificare se integrato) |  |
| Caratteristiche monitoraggio (SpO2, FiO2, temperatura ecc) |  |
| Caratteristiche indice di Upgar e timer |  |
| Caratteristiche sistema di illuminazione |  |
| Altro |  |
|  |  |
| **Usabilità** |
| Funzionalità per la gestione del neonato |  |
| Caratteristiche piano di lavoro |  |
| Manovrabilità dell’isola |  |
| Accessibilità varie parti dell’isola |  |
| Accessori |  |
| Caratteristiche migliorative |  |
|  |  |
| **Sicurezza** |  |
| Allarmi |  |
| Sistemi protezione paziente e operatori |  |
| Caratteristiche per migliore sanificabilità |  |
| Caratteristiche migliorative |  |
|  |  |
| **Interfaccia utente** |  |
| Parametri visualizzabili |  |
| Qualità dei parametri visualizzabili |  |
| Caratteristiche di ergonomia |  |
| Comandi per operatori |  |
| Caratteristiche dei display |  |
| Caratteristiche migliorative |  |
|  |  |
| **Assistenza tecnica** |  |
| Tempi assistenza (ore solari):  |  |
| Tempo intervento per guasto, |  |
| Tempo per risoluzione guasto, |  |
| Tempo sostituzione |  |
| Assistenza telefonica in orario notturno e in giorni festivi |  |
| Intervento in orario notturno e in giorni festivi |  |
| Elenco non esaustivo centri di riferimento |  |

**LOTTO 4**

|  |  |
| --- | --- |
| Ditta produttrice |  |
| Ditta distributrice |  |
| Modello apparecchiatura |  |
| Anno di immissione sul mercato |  |
| Certificazioni (esplicitare marcature CEE 93/42, FDA…) |  |
| Applicazioni possibili  |  |
| **Caratteristiche tecniche centrale** |
| Configurazione  |  |
| Gestione postazioni |  |
| Parametri e visualizzazioni |  |
| Interfaccia operatore |  |
| Caratteristiche display |  |
| Memorizzazione |  |
| Stampante |  |
| Telediagnosi |  |
| Postazioni previste ed eventuale espansione |  |
| Visualizzazione letto singolo (descrivere) |  |
| Visualizzazione più letti (descrivere) |  |
|  |  |
| **Caratteristiche tecniche cardiotografo** |
| Caratteristiche tecniche |  |
| Interfaccia operatore (descrivere) |  |
| Funzionalità |  |
| Parametri e visualizzazione |  |
| Tracciati FHR (descrivere) |  |
| Attività uterina (descrivere) |  |
| SpO2 (descrivere) |  |
| Frequenza cardiaca materna MHR (descrivere) |  |
| Configurazione per parto gemellare e trigemellare secondo caratteristiche richieste |  |
| Configurazione (modalità visualizzazione, personalizzazione ecc.) |  |
| Parametri |  |
| Memorizzazione |  |
| Caratteristiche display |  |
| Modulo telemetrico |  |
| Stampante |  |
| Dimensioni e peso |  |
|  |  |
| **Funzionalità del sistema e dei monitor** |
| Funzionalità centrale |  |
| Connessione rete informatica aziendale |  |
| Trasferimento ed esportazione dei dati |  |
| Scambio dati fra centrale e monitor |  |
| Funzionalità cardiotocografo (sorveglianza incrociata freq. cardiaca materna e fetale, inserimento note cliniche, diagnosi ecc) |  |
| accessori |  |
| Caratteristiche migliorative |  |
|  |  |
| **Usabilità** |
| Interfacciamento centrale-monitor |  |
| Facilità utilizzo durante trasporto pazienti |  |
| Gestione di moduli anche di terze parti e integrazione dei dati |  |
| Gestione eventuali accessori |  |
| Condizioni migliorative |  |
| **Sicurezza** |
| Allarmi e gestione da centrale |  |
| Allarmi e gestione da postazione |  |
| Configurabilità allarmi da centrale |  |
| Configurabilità da postazione |  |
| Grado protezione IP |  |
| Autonomia batterie |  |
| **Assistenza** |
| Tempi assistenza (ore solari):  |  |
| Tempo intervento per guasto, |  |
| Tempo per risoluzione guasto, |  |
| Tempo sostituzione |  |
| Assistenza telefonica in orario notturno e in giorni festivi |  |
| Intervento in orario notturno e in giorni festivi |  |
| Elenco non esaustivo centri di riferimento |  |

**Lotto 5**

|  |  |
| --- | --- |
| **GENERALITA'** |  |
| Produttore: |   |
| Fornitore: |   |
| Anno inizio commercializzazione |  |
| Modello : |   |
| Codifica CND |   |
| **Interfaccia utente** |
| Inserimento parametri |  |
| Caratteristiche monitor |  |
| Collegamento Elettrodi-monitor (descrivere) |  |
|  |  |
| **Caratteristiche tecniche** |
| Dimensioni e peso |  |
| Connessioni |  |
| Memorizzazione |  |
| Accessori |  |
|  |  |
| **Funzionalità** |  |
| Destinazione d’uso  |  |
| Parametri monitorati |  |
| Precisione parametri |  |
| Segnale grezzo |  |
| Segnale aEEG |  |
|  |  |
| **Usabilità**  |
| Ergonomia |   |
| Portabilità |  |
| Funzionalità |   |
|  |  |
| Filtri del segnale |  |
| Esportazione dati |  |
|  |  |
| **Sicurezza** |  |
| Allarmi |  |
|  |  |
| **Assistenza tecnica** |
| Tempo intervento – ore solari |  |
| Tempo risoluzione guasto – ore solari |  |
| Reperibilità orario notturno (sì, no, telefonica ecc.) |  |
| Reperibilità orario festivo (sì, no, telefonica ecc.) |  |
| Altro |  |

**Scheda per descrizione materiali usurabili la cui sostituzione deve essere prevista entro tre anni dall’inizio dell’attività e dei materiali di consumo.**

Nella presente scheda la ditta concorrente deve elencare in maniera analitica tutti i componenti delle apparecchiature in gara, di cui si deve prevedere la sostituzione con frequenza inferiore a tre-cinque anni. Allo stesso modo devono essere elencati tutti i Materiali di consumo che sono richiesti per il corretto utilizzo delle apparecchiature. Di detti componenti e materiali dovrà poi essere quantificato in maniera analitica il prezzo nell’apposita scheda riportata sotto. In detto elenco dovranno essere inclusi obbligatoriamente gli accessori vari soggetti ad usura;

|  |  |
| --- | --- |
| Produttore |  |
| Fornitore |  |
| Modello |  |
| **MATERIALI USURABILE**(materiali per i quali è prevista la necessità di sostituzione entro 3 anni) | quantità | Costo unitario(euro) | Totale parziale(euro) |
| Materiale 1: |  |  |  |
| Materiale 2: |  |  |  |
| Materiale 3: |  |  |  |
| Materiale 4: |  |  |  |
| Materiale 5: |  |  |  |
| TOTALE MATERIALE USURA |  |
| **MATERIALI DI CONSUMO**(materiali di consumo necessari il funzionamento di un anno) | quantità | Costo unitario(euro) | Totale parziale(euro.) |
| Materiale consumo1: |  |  |  |
| Materiale consumo2: |  |  |  |
| Materiale consumo3: |  |  |  |
| Materiale consumo4: |  |  |  |
| Materiale consumo5: |  |  |  |
| TOTALE MATERIALE DI CONSUMO |  |

Timbro e Firma Legale Rappresentante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_