



CENTRO DI RIFERIMENTO ONCOLOGICO DI BASILICATA

Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Rionero in Vulture (PZ)

C. R. O. B.

85028 Rionero in Vulture (PZ) – Via Padre Pio,1 P. IVA. 01323150761 C.F. 93002460769- Tel. 0972-726111 Fax 0972-723509

Unità Operativa Provveditorato/ Economato

ALLEGATO B.1

**GARA A PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DELLA FORNITURA ED
INSTALLAZIONE DI N. 1 COLONNA LAPARO-GINECOLOGICA.**

QUESTIONARI DATI TECNICI

(compilare una scheda delle seguenti per ciascun dispositivo diverso proposto)

QUESTIONARIO

1. **DITTA PRODUTTRICE:** _____
2. **DITTA DISTRIBUTRICE:** _____
3. **MODELLO:** _____
4. **ANNO DI IMMISSIONE SUL MERCATO NAZIONALE:** _____
5. **Codice CIVAB:** _____
6. **CARATTERISTICHE**
 - 6.1. Tipo : _____
 - 6.2. Compatibile standard HD: NO SÌ
 - 6.3. Lunghezza totale (mm) _____
 - 6.4. Lunghezza utile (mm) _____
 - 6.5. Distanza marker di lunghezza (mm) _____
 - 6.6. Diametro sezione distale (mm) _____
 - 6.7. Diametro sezione flessibile (mm) _____
 - 6.8. Diametro canale operativo 1 (mm) _____
 - 6.9. Diametro canale operativo 2 (mm) _____
 - 6.10. Deflessione massima dell'estremità distale (°):
 - 6.10.1. Alto _____
 - 6.10.2. Basso _____
 - 6.10.3. Destra _____
 - 6.10.4. Sinistra _____
 - 6.11. Cavo multiplo di collegamento:
 - 6.11.1. Lunghezza (mm) _____
 - 6.12. Numero di canali totale: _____
 - 6.12.1. Aspirazione NO SÌ, numero canali _____
 - 6.12.2. Lavaggio lenti NO SÌ, numero canali _____
 - 6.12.3. Insufflazione NO SÌ, numero canali _____
 - 6.12.4. Luce NO SÌ, numero canali _____
 - 6.12.5. Canale operativo NO SÌ, numero canali _____
 - 6.12.6. Altre funzioni: _____
 - 6.13. Ampiezza campo visivo (°) _____
 - 6.14. Profondità di campo (min/Max, mm) _____
 - 6.15. Metodo di focalizzazione automatico manuale
 - 6.16. Tipo di messa a fuoco fissa regolabile
 - 6.17. Intervallo di focalizzazione (diottrie) _____
 - 6.18. Utilizzabile in combinazione con apparecchio laser: NO SÌ
 - 6.19. Utilizzabile in combinazione con apparecchio per elettrochirurgia: NO SÌ
 - 6.20. Peso (g) _____
7. **TELECAMERA DISTALE**
 - 7.1. Numero CCD 1 3 altro _____
 - 7.2. Dimensione CCD _____
 - 7.3. Matrice (pixel * pixel) _____
 - 7.4. Sensibilità (lux) _____
 - 7.5. Immagine rappresentata a monitor: pieno schermo, circolare
 - 7.5.1. Dimensione immagine rappresentata a monitor: _____
8. **IGIENICITÀ E STERILIZZAZIONE**
 - 8.1. Caratteristiche igienicità (descrivere): _____
 - 8.2. Caratteristiche sterilizzazione (descrivere): _____
 - 8.3. Possibilità di sterilizzazione:
 - 8.4. EtO: NO SÌ
 - 8.5. Steris: NO SÌ
 - 8.6. CISA ERS: NO SÌ
 - 8.7. Immersione in liquidi: NO SÌ
 - 8.8. Altro: _____

9. CARATTERISTICHE PARTICOLARI

- 9.1. Magnificazione elettronica NO SÌ, ingrandimento massimo _____
- 9.2. Evidenziazione vascolarizzazione della mucosa NO SÌ
- 9.3. Evidenziazione superficie della mucosa NO SÌ
- 9.4. Altro: _____

10. TASTI FUNZIONE

- 10.1. Stampa NO SÌ
- 10.2. Lavaggio NO SÌ
- 10.3. Aspirazione NO SÌ
- 10.4. Magnificazione NO SÌ
- 10.5. Evidenziazione mucosa NO SÌ
- 10.6. Controllo fermo immagine NO SÌ
- 10.7. Memorizzazione immagini NO SÌ
- 10.8. Altro (descrivere): _____

11. INTEGRAZIONI E NOTE SUL QUESTIONARIO:

(Far precedere le note dal codice cui fanno riferimento):

QUESTIONARIO VIDEOPROCESSORE

1. DITTA PRODUTTRICE: _____

2. DITTA DISTRIBUTTRICE: _____

3. MODELLO: _____

4. ANNO DI IMMISSIONE SUL MERCATO NAZIONALE: _____

5. Codice CIVAB: _____

6. CARATTERISTICHE VIDEOPROCESSORE

6.1. Numero ingressi telecamera: _____

6.2. Controlli e caratteristiche

6.2.1. Colore: NO manuale automatico

6.2.2. Luminosità: NO manuale automatico

6.2.3. Guadagno video: NO SÌ, _____ (livelli / dB)

6.2.4. Bilanciamento del bianco: NO manuale automatico

6.2.5. Regolazione automatica dell'esposizione: NO SÌ

6.2.6. Altri controlli: _____

6.3. Compatibile standard HD: NO SÌ

6.3.1. scansione progressiva scansione interallacciata numero linee _____

6.4. Impostazioni effettuabili: _____

6.5. Fermo immagine: NO SÌ

6.6. Tastiera alfanumerica: NO SÌ

6.7. Uscite

6.7.1. RGB: NO numero: _____

6.7.2. Y/C: NO numero: _____

6.7.3. PAL: NO numero: _____

6.7.4. USB: NO numero: _____

6.7.5. Altre: _____

6.8. Periferiche collegabili: _____

7. OTTIMIZZAZIONE DELL'IMMAGINE

7.1. Descrivere: _____

8. MEMORIZZAZIONE IMMAGINI

8.1. Possibilità di memorizzazione delle immagini NO SÌ

8.2. Tipologia supporto _____

8.3. Formato/capacità _____

8.4. Informazioni memorizzabili _____

9. IGIENICITÀ E STERILIZZAZIONE

9.1. Caratteristiche igienicità (descrivere): _____

9.2. Caratteristiche sterilizzazione (descrivere): _____

10. SICUREZZA

10.1. Sistema di autodiagnosi strumentale: assente presente

10.1.1. se presente descrivere: _____

10.2. Segnalazione tipo di guasto: NO SÌ

10.2.1. se si specificare: _____

11. INTEGRAZIONI E NOTE SUL QUESTIONARIO:

(Far precedere le note dal codice cui fanno riferimento):

QUESTIONARIO MONITOR A COLORI AD USO MEDICALE

1. **DITTA PRODUTTRICE:** _____

2. **DITTA DISTRIBUTRICE:** _____

3. **MODELLO:** _____

4. **ANNO DI IMMISSIONE SUL MERCATO NAZIONALE:** _____

5. **Codice CIVAB:** _____

6. **CARATTERISTICHE GENERALI**

6.1. Compatibile standard HD: NO SÌ

6.2. Tipologia: LCD CRT

6.3. Dimensione del monitor: _____

6.4. Risoluzione: _____

6.5. Luminosità: _____

6.6. Contrasto: _____

6.7. Ingressi e uscite: _____

7. **Ulteriori caratteristiche:** _____

QUESTIONARIO CARRELLO

1. **DITTA PRODUTTRICE:** _____

2. **DITTA DISTRIBUTRICE:** _____

3. **MODELLO:** _____

4. **ANNO DI IMMISSIONE SUL MERCATO NAZIONALE:** _____

5. **Codice CIVAB:** _____

6. CARATTERISTICHE GENERALI

6.1. Numero piani di appoggio: _____

6.2. Carico massimo di ciascun piano: _____ (kg)

6.3. Ruote: piroettanti fisse

6.3.1. Numero ruote frenate: _____

6.4. Trasformatore di isolamento: NO SÌ

6.5. Prese ausiliarie di alimentazione

6.5.1. Numero: _____

6.5.2. Protette da sconnessione accidentale: NO SÌ

7. Ulteriori caratteristiche:

Questionario Fonte Luminosa

1. **DITTA PRODUTTRICE:** _____

2. **DITTA DISTRIBUTTRICE:** _____

3. **MODELLO:** _____

4. **ANNO DI IMMISSIONE SUL MERCATO NAZIONALE:** _____

5. **Codice CIVAB:** _____

6. CARATTERISTICHE GENERALI

6.1. Applicazione: ottiche rigide multidisciplinare altro _____

6.2. Compatibile standard HD: NO SÌ

6.3. Numero di lampade: _____

6.4. Lampada/e di emergenza: NO SÌ

6.4.1. A commutazione automatica: NO SÌ

6.5. Indicazione prossimo esaurimento della lampada: conta ore, spia, altro _____

6.6. Lampada (rispondere per ciascuna lampada presente):

6.6.1. Tipo lampada: alogena Xenon altro _____

6.6.2. Potenza: _____ (W)

6.6.3. Temperatura colore (°K): _____

6.6.4. Durata minima garantita (h): _____

6.7. Modalità di variazione del livello di luminosità: continua discreta

6.7.1. Numero livelli di luminosità: _____

6.8. Cavi in fibra ottica compatibili: _____

6.9. Dispositivi di riduzione della radiazione infrarossa: NO SÌ

6.9.1. se sì, descrivere: _____

7. IGIENICITÀ E STERILIZZAZIONE

7.1. Caratteristiche igienicità (descrivere): _____

7.2. Caratteristiche sterilizzazione (descrivere): _____

8. SICUREZZA

8.1. Sistema di autodiagnosi strumentale: assente presente

8.1.1. se presente descrivere: _____

8.2. Segnalazione tipo di guasto: NO SÌ

8.2.1. se si specificare: _____

9. INTEGRAZIONI E NOTE SUL QUESTIONARIO:

(Far precedere le note dal codice cui fanno riferimento):

QUESTIONARIO ASPIRATORI

1. **DITTA PRODUTTRICE:** (nome e indirizzo completo) _____

2. **DITTA DISTRIBUTTRICE:** _____

3. **MODELLO:** _____

4. **ANNO DI IMMISSIONE SUL MERCATO NAZIONALE DELL'ULTIMA VERSIONE:** _____

5. **CAPACITA'** _____

6. **POTENZA** _____

7. **RUMOROSITA' (dB)** _____

8. **MANEGGEVOLEZZA**

(DESCRIVERE in termini di ingombro, peso, trasportabilità, facilità d'uso) _____

9. **KIT PER LA RACCOLTA DEI LIQUIDI**

MONOUSO (indicare la capacità) _____

PLURIUSO (indicare la capacità) _____

10. **ACCESSORI FORNITI DI SERIE A CORREDO DEL DISPOSITIVO**

(INDICARE DETTAGLIATAMENTE) _____

11. **RISPONDE A NORME SPECIFICHE**

ELENCARE _____

Questionario Sistemi di acquisizione immagini

1. **VIDEOREGISTRATORE AD ALTA DEFINIZIONE**

DITTA PRODUTTRICE: (nome e indirizzo completo) _____

DITTA DISTRIBUTTRICE: _____

MODELLO: _____

ANNO DI IMMISSIONE SUL MERCATO NAZIONALE DELL'ULTIMA VERSIONE: _____

(DESCRIVERE LE CARATTERISTICHE DEL DISPOSITIVO PROPOSTO) _____

2. **MASTERIZZATORE DIGITALE**

DITTA PRODUTTRICE: (nome e indirizzo completo) _____

DITTA DISTRIBUTTRICE: _____

MODELLO: _____

ANNO DI IMMISSIONE SUL MERCATO NAZIONALE DELL'ULTIMA VERSIONE: _____

(DESCRIVERE LE CARATTERISTICHE DEL DISPOSITIVO PROPOSTO) _____

QUESTIONARIO SISTEMI DI STAMPA

1. STAMPANTE MEDICALE

DITTA PRODUTTRICE: (nome e indirizzo completo) _____

DITTA DISTRIBUTTRICE: _____

MODELLO: _____

ANNO DI IMMISSIONE SUL MERCATO NAZIONALE DELL'ULTIMA VERSIONE: _____

(DESCRIVERE LE CARATTERISTICHE DEL DISPOSITIVO PROPOSTO) _____

SEZIONE RELATIVA ALLE NORME DI SICUREZZA E CERTIFICAZIONI DI CONFORMITA' DEI PRODOTTI OFFERTI

1. CONFORMITA' ALLE NORME DI SICUREZZA:

- CEI 62-5 (IEC 601-1)
- ALTRE (specificare) _____

2. CERTIFICAZIONE DI CONFORMITA' DEI PRODOTTI

- MARCHIO CE
 - MARCHIO IMQ
 - ALTRI MARCHI DI QUALITA' RILASCIATI DA ORGANISMI CERTIFICATORI EUROPEI
-

Ogni caratteristica tecnica, misurabile o rilevabile, dichiarata nel questionario, dovrà essere dimostrata in fase di collaudo.

TIMBRO E FIRMA (a)
(Legale Rappresentante)

(a) firma per esteso e leggibile.

Ai sensi dell'articolo 45 del D.p.R. 445/2000, in luogo dell'autenticazione della sottoscrizione, allegare copia fotostatica del documento di riconoscimento del dichiarante, in corso di validità.