

QUESTIONARIO TECNICO ANALITICO LOTTO 2

OGGETTO: PROCEDURA APERTA, AI SENSI DEGLI ART. 71 D.LGS. N. 36/2023 PER L' ACQUISTO DI N. 109 SISTEMI ANTIDECUBITO PER VARIE U.U.O.O. DELL'AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA RENATO DULBECCO.

OFFERENTE:

Codice	Caratteristiche Tecniche Minime SISTEMA ANTIDECUBITO (i valori indicati sono da intendersi con un range di accettabilità del +/-10%)	Dichiarazione* requisito	Documentazione**	Pagina Doc.***
	Marca	(indicare)		
	Modello	(indicare)		
	N° di repertorio	(indicare)		
	N° CND	(indicare)		
1	Sistema antidecubito a pressione alternata per pazienti ad alto/altissimo rischio (Degenza Terapia Intensiva)	(si/no)		
\	SUPERFICIE DI SUPPORTO	\	\	\
2	Completamente sostitutiva del materasso ospedaliero	(si/no) descrivere		
3	A fluttuazione d'aria alternata tra i vari settori o riequilibrio dinamico automatico della pressione	(si/no) descrivere		
4	In grado di garantire portata terapeutica di 250 Kg	(valore)		
5	Dotata di funzionalità dinamica a bassa pressione di contatto atta a garantire la perfusione tissutale	(si/no) descrivere		
6	Costituita da celle d'aria indipendenti sostituibili singolarmente, con:	(si/no)		
6.1	zona testa possibilmente a pressione costante	(si/no) descrivere		
6.2	zona toracica e zona gambe con celle a fluttuazione dinamica per lo scarico attivo delle pressioni esercitate	(si/no) descrivere		
7	Formata da celle, con altezza non inferiore a 18 cm, gonfiate mediante un compressore che alterna ciclicamente l'aria tra i vari settori	(valore) descrivere		
8	Dotata di adeguata autonomia di mantenimento del gonfiaggio di almeno 6 ore, in caso di interruzione dell'energia elettrica o di necessità di interruzione dell'alimentazione per spostamenti	(valore)		
9	Adeguamento automatico delle pressioni in base al peso ed alle variazioni posturali del paziente regolato da un sistema di controllo	(si/no) descrivere		
10	Dotata di sistema CPR e sgonfiabile rapidamente	(valore)		
11	In grado di assicurare per le attività di nursing il funzionamento a bassa pressione continua (statico)	(si/no) descrivere		
12	Adattabile a tutti i letti ospedalieri	(valore)		
13	Deve disporre di vari punti di fissaggio al letto tramite cinghie o sistema analogo	(si/no) descrivere		
14	Dotata di sistema che garantisca l'anti-affossamento del tronco	(si/no) descrivere		
15	Dotata di sistema antiscivolo dal letto	(si/no) descrivere		
16	La superficie di appoggio e la copertura devono essere radiotrasparenti e "latex-free"	(si/no)		
\	TELO DI COPERTURA	\	\	\
17	Impermeabile ai liquidi, permeabile al vapore per prevenire la macerazione	(si/no) descrivere		
18	Materiale anallergico, antibatterico, antimicotico e ignifugo	(si/no) descrivere		
19	Dotato di cerniera e/o sistemi di adesione al materasso che evitino infiltrazioni di essudati, urine, nella parte sottostante	(si/no) descrivere		
20	Facilmente intercambiabile	(si/no)		
21	Bielastico che riduca l'attrito evitando le forze di taglio e frizione	(si/no) descrivere		
22	Lavabile e disinfettabile	(si/no) indicare		
23	Autoclavabile e/o sterilizzabile.	(si/no) indicare		
\	COMPRESSORE	\	\	\
24	Pannello di controllo con comandi semplici e ben visibili dotato di allarmi	(si/no) descrivere		
25	Istruzioni di utilizzo semplici e chiare in lingua italiana o con pittogrammi	(si/no) descrivere		
26	Provvisto di sistemi di ancoraggio al letto (sponde e/o pediera)	(si/no) descrivere		
27	A bassissima rumorosità, privo di vibrazioni	(valore)		
28	Dimensioni e peso ridotti	(valore)		
29	Connettori semplici e sicuri e non a contatto con la persona	(si/no) indicare		
30	Dotato di sistema filtrante (filtri anti-polvere,) per evitare l'ingresso/uscita di batteri.	(si/no) descrivere		
31	Allarmi acustici e/o visivi in grado di segnalare anomalie nel funzionamento	(si/no) descrivere		
32	Completo di cavo di alimentazione di lunghezza adeguata dotato di meccanismo di ancoraggio o sistema avvolgi-cavo per non intralciare le manovre assistenziali	(si/no) descrivere		
33	Mesi di Garanzia, full risk-all included, offerti a titolo non oneroso, oltre al periodo minimo di 24 mesi stabiliti nel Capitolato	(valore)		
34	Alimentazione 230 V 50 Hz	(valore)		
35	Certificazioni a norma di legge	(si/no) elencare		
36	Marcatura CE	(si/no) elencare		
Campi da compilare				
* In questa colonna indicare se si possiede o meno il requisito minimo richiesto, oppure indicare il valore preciso del requisito di cui si è in possesso.				
** In questa colonna è indicato il documento/certificato/dichiarazione che l'OE partecipante dovrà presentare in gara ai fini della comprova del requisito				
*** Indicare la pagina della documentazione tecnica in cui riscontrare il possesso del requisito				

ALLEGARE AL QUESTIONARIO N.1 COPIA (IN ITALIANO) DEL MANUALE OPERATORE DELL'APPARECCHIO OFFERTO