

SONDA ECOGRAFICA WIRELESS COMPLETA DI SISTEMA DI VISUALIZZAZIONE			
Caratteristiche	Descrizione		
OPERATORE ECONOMICO			
MODELLO			
PRODUTTORE			
ANNO DI INIZIO COMMERCIALIZZAZIONE			
Codice attribuito al prodotto dal Produttore			
Codice UDI	UDI-DI	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	UDI-PI	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Classificazione Nazionale Dispositivi Medici	CND _____	N. REPERTORIO _____	
Classificazione e destinazione d'uso, dichiarata dal fabbricante o suo mandatario, ai sensi del Regolamento Europeo 2017/745 o Direttiva CE/93/42	I <input type="checkbox"/>	II A <input type="checkbox"/>	II B <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/>
	Destinazione d'uso:		
Certificato per i trasporti su unità mobili (ambulanza, auto medica) secondo gli standard EN 1789, ed aeromobili (elicottero, aereo) secondo gli standard RTCA/DO-160F/G ed EN 13718-1	Ambulanza	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> Indicare riferimenti normativi:
	Auto Medica	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> Indicare riferimenti normativi:
	Elicottero	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> Indicare riferimenti normativi:
	Aereo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> Indicare riferimenti normativi:
Utilizzo sia ospedaliero che domiciliare	Utilizzo ospedaliero	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	Utilizzo domiciliare/aree esterne	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	Grado di protezione contro l'ingresso di liquidi IP: _____		
Campi di utilizzo	Vascolare	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	Cardiologico	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	Emergenza (attività di Pronto Soccorso)		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Anestesia e Rianimazione/ Settore Operatorio		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Se SI, modalità di protezione da contaminazione in campo operatorio: _____		
	Medicina Generale	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	Nefrologia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	Ortopedia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	Fisioterapia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	Altro:		

Funzioni disponibili di gestione dell'immagine tenuto conto che le modalità B, B+colore e PW a flusso pulsato sono obbligatorie	B/M mode	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	B+PW mode	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	Altro:		
Doppler	Color Doppler	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	Power Doppler	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	Doppler Pulsato	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	Altro:		
	Descrizione:		
Misure in M mode	Indicare:		
Frequenze	Lineare	da _____ MHz a _____ MHz	
	Convex	da _____ MHz a _____ MHz	
	Cardio	da _____ MHz a _____ MHz	
	Altro:		
Profondità di Scansione	Lineare:	_____ mm	
	Convex:	_____ mm	
	Cardio:	_____ mm	
	Altro:		
Angolo di scansione	Convex:	_____ mm	
	Cardio:	_____ mm	
	Altro:		
Frame rate	Indicare:		
Preset	Indicare:		
Dimensioni	Indicare: _____ mm		
Peso	Indicare: _____ gr		
Monitor di visualizzazione	Smartphone	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	Tablet	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	Notebook	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	Altro:		
	iOS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Sistema Operativo	Android	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	Windows	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	Se SI indicare versione (se sono necessarie installazioni di software nei sistemi ospedalieri la versione non può essere inferiore a Windows 11):		
	Altro:		
Formato immagini e video	DICOM	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	JPEG	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	Altro:		
Standard DICOM 3.0	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Batteria	Descrivere tipologia:		
	Durata batteria in scansione: _____ ore		
	Durata batteria in stand by : _____ ore		
	Ricarica da batteria completamente scarica: _____ ore		
Possibilità di utilizzare collegamento sonda cavo se non dovesse funzionamento il collegamento WiFi	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
	Descrivere:		
Altro:			
ASSISTENZA TECNICA			
Garanzia full risk di 24 mesi (nulla escluso) con eventuale estensione	Estensione periodo di garanzia: _____ mesi		
Tempi di intervento in ore lavorative	Ore lavorative: _____		
Tempi di risoluzione/consegna di apparecchiatura sostitutiva	Ore lavorative: _____		
Periodicità Manutenzioni preventive	Numero interventi anno:		
Aggiornamenti dell'apparecchiatura	Descrivere:		
Tempi di consegna (non superiori a 60 giorni solari consecutivi)	Numero di giorni solari consecutivi dalla data dell'ordine: _____		
Formazione	Numero di ore di formazione in fase di collaudo:		
	Numero di ore di formazione per ogni anno di garanzia:		
Altro:			