

FORNITURA DI INCUBATRICE NEONATALE A CALOTTA CHIUSA PER TERAPIA SUB INTENSIVA DA DESTINARE ALLE UO DI PATOLOGIA NEONATALE DELL' ULSS N. 1 DOLOMITI	
Caratteristiche	Descrizione
OPERATORE ECONOMICO	
MODELLO	
PRODUTTORE	
ANNO DI INIZIO COMMERCIALIZZAZIONE	
Codice attribuito al prodotto dal Produttore	
CIVAB (Banca dati delle Tecnologie Biomediche – OPT)	codice _____
CODICE UDI	UDI-DI SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	UDI-PI SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
CLASSE di appartenenza del dispositivo medico ai sensi del regolamento EU 745/2017 o in alternativa alla direttiva CEE/93/42	I <input type="checkbox"/> II A <input type="checkbox"/> II B <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/>
CLASSIFICAZIONE NAZIONALE DISPOSITIVI MEDICI conforme al Normativa vigente sui Dispositivi Medici, in particolare nel rispetto di quanto previsto all'art.120 "Disposizioni transitorie" del	codice _____
NUMERO IDENTIFICATIVO ASSEGNATO AL DISPOSITIVO	<input type="checkbox"/> Numero di iscrizione in "Banca dati" del Ministero della Salute (BD) è: _____ <input type="checkbox"/> Numero di iscrizione al "Repertorio" del Ministero della Salute (RDM) è: _____ <input type="checkbox"/> Non esiste alcun identificativo di iscrizione in quanto: _____
DESTINAZIONE D'USO dichiarata dal fabbricante	
Sistema di riscaldamento radiante sempre attivo all'apertura della campana	Descrivere modalità di funzionamento:
	Controllo della potenza irradiata in watt SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Adeguate numero di oblò	Altro tipo di controllo:
	Indicare il numero di oblò:
	Indicare il numero di oblò apribili a gomito con scatto silenzioso:
	Presenza di guarnizione SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Accesso frontale	Descrivere:
Presenza di un elevato numero di accessi per il passaggio dei tubi per la ventilazione, cateteri, sondini ecc...	Indicare numero di accessi:
	Indicare numero di accessi zona testa:
	Indicare numero di accessi zona piedi:
Materasso riscaldato pilotato da servocontrollo o modalità alternativa per la gestione del paziente in modalità open care	Gestione con servocontrollo SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Gestione alternativa. Descrivere:
Servocontrollo con regolazione	Della temperatura dell'aria della culla da c.a. 20° a c.a. 39° C. Indicare e descrivere:
	Indicare allarmi preimpostati:
	Della temperatura cutanea del neonato. Indicare e descrivere:
	Indicare allarmi preimpostati:
	Dell'umidità relativa da c.a. 40% a c.a. 95%. Indicare e descrivere:
	Indicare allarmi preimpostati:

Allarmi	Mancanza alimentazione elettrica. Indicare e descrivere:
	Presenza di batteria SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Presenza di batteria di backup SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Anomalie di sistema. Indicare e descrivere:
	Malfunzionamento della ventola per la circolazione dell'aria. Indicare e descrivere:
	Sovratemperatura, anomalia sonde e sonde cutanee e umidità relativa. Indicare e descrivere:
	Mancanza acqua distillata:
Regolazione del grado di inclinazione del piano di lavoro con possibilità di accesso da entrambi i lati	Indicare i gradi:
Piano radiotrasparente estraibile	Indicare dimensioni in cm:
	Descrivere:
	Materasso antidecubito SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Cassetto RX integrato. Indicativamente c.a. cm 46x40x1,5	Indicare le dimensioni in cm:
Dimensioni e peso del sistema	Ingombri esterni (largXlung) in cm:
	Altezza massima in cm:
	Altezza minima in cm:
	Dimensione interna (largXlung) in cm:
	Peso in Kg: _____
Monitor per la gestione dei parametri paziente	Monitor touch screen SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Indicare dimensioni del monitor in pollici:
	Orientabile SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Memorizzazione dei trend SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Durata della memorizzazione in ore:
	Indicare il tipo di dati memorizzati (allarmi, trend, dati ambientali, altro):
	Descrivere il software per la gestione e visualizzazione dei dati sopra esposti:
	Esportazione dello storico SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Collegamento rete LAN SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Indicare i dati esportabili:
Bilancia elettronica integrata , certificata NAWI con regolazione da c.a. 400 gr a c.a. 10.000 gr con risoluzione di 1 gr e memorizzazione dei dati. Indicare inoltre: • la possibilità di eseguire la pesata del neonato in posizione inclinata. • Le modalità di pesata ( Es. Manuale, Continua, Automatica, ecc)	Indicare il range da gr _____ a gr _____
	Risoluzione in gr: _____
	Errore: +/- _____ gr
	Indicare il numero di pesate memorizzabili:
	Esecuzione pesata in posizione inclinata SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Indicare le modalità di pesata:	Manuale SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Continua SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Automatica SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Altro:
Indicare il livello di rumorosità che dovrà essere comunque inferiore a 50 dB a 50 Hz. Dovrà essere indicato il valore più sfavorevole di esercizio	Indicare il livello di rumorosità in dB a 50 Hz:
	Indicare in dBA:
	Descrivere la condizione in cui si presenta la misura di cui sopra:
	Integrata SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Lampada per fototerapia, preferibilmente con sistema di Fototerapia UV LED integrato	Indicare se offerta di base per tutti i sistemi SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Regolabile nell'inclinazione SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Descrivere il sistema di controllo della potenza:
Specificare se il sistema consente la metodica di accudimento in marsupioterapia	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Descrivere:
Specificare se predisposta al supporto di doppia telecamera o se dotata di doppia telecamera digitale di ripresa del neonato e dell'equipe operante sul neonato, con uscite video per la remotizzazione delle immagini in rete (PROGETTO DI TELEMEDICINA)	Supporto per telecamera singola SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Supporto per doppia telecamera SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Indicare dimensioni e formato video:
Dettagliare quali materiali di consumo utilizza, relativi codici e prezzi di listino (filtri, celle ossigeno, ecc )	Descrivere:
	Reperibile su libero mercato SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Materiale esclusivo/dedicato SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Descrivere la copertura per oscuramento e insonorizzazione della capottina	Descrivere materiale costruttivo:
	Presenza di apertura per fototerapia SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Umidificatore	Circuito chiuso SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Descrizione:
Descrivere dettagliatamente la composizione dell'offerta con relativi accessori e codici (es. numero dei cassettei, preferibilmente ad accesso su due lati, asta porta flebo, lampada per l'illuminazione del piano di lavoro, mensola, barra standardizzata per ancoraggio apparecchiature accessorie tipo pompe infusione, aspiratore,	Indicare numero di cassettei:
	Cassetti raggiungibili da entrambi i lati SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Cassetti raggiungibili a portellone aperto SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Descrizione generale:
Lampada illuminazione piano di lavoro	Integrata SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Luminosità variabile SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Elencare eventuali accessori opzionali disponibili	Descrivere:
Descrivere caratteristiche peculiari del modello proposto	Descrivere:
<b>GARANZIA</b>	
Estensione del periodo di garanzia oltre i 24 mesi full risk	Indicare il numero di mesi oltre i 24 previsti:
Manutenzione preventiva	Indicare periodicità in mesi:
Altri controlli previsti dalla normativa vigente	Descrivere:
	Indicare periodicità in mesi:
Tempi di intervento	Indicare in ore lavorative dalla chiamata:
Tempi di risoluzione	Indicare in ore lavorative dalla chiamata:
Disponibilità di fornire apparecchiatura sostitutiva	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Se SI indicare il tempo di consegna in ore lavorative:
CONSEGNA E INSTALLAZIONE	Indicare il numero di giorni solari e consecutivi: _____