

Caratteristiche	Descrizione
OPERATORE ECONOMICO	
MODELLO	
PRODUTTORE	
ANNO DI INIZIO COMMERCIALIZZAZIONE	
Codice attribuito al prodotto dal Produttore	
Presenza di 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 in base all'ultima CND aggiornata al DM 07.10.2011, consultabile e scaricabile al seguente indirizzo: http://www.salute.gov.it/dispositivi	CND _____ Repertorio _____
Destinazione d'uso dichiarata dal fabbricante	Indicare:
Lampada Infrarosso	
a) Caratteristiche generali	
Facile da usare, con interfaccia intuitiva e display digitale.	Descrivere: Indicare dimensione display in pollici: Indicare cosa viene visualizzato a display:
Design compatto, resistente e facilmente maneggevole.	Descrivere:
b) Specifiche tecniche	
Tipo di emissione: infrarossi a onde lunghe (visibili o invisibili).	Visibili SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Descrivere:
Frequenza di emissione: regolabile tra circa 0,75 e 1,5 micron (lunghezza d'onda).	Indicare da: _____ μm a _____ μm Incremento di: _____ μm
Intensità di irraggiamento: regolabile, con valori minimi e massimi adeguati per trattamenti terapeutici (ad esempio 100 mW/cm ² a 500 mW/cm ²).	Indicare da: _____ mW/cm ² a _____ mW/cm ² Incremento di: _____ mW/cm ²
Area di irraggiamento: almeno 10x10 cm, con possibilità di regolazione o di utilizzo di più testine.	Indicare: _____ x _____ cm Numero di testine diverse offerte: Indicare regolazione possibile:
Durata della sessione: regolabile da 1 a 30 minuti.	Indicare da: _____ minuti a _____ minuti Indicare incremento:
c) Sistema di controllo e monitoraggio	
Pannello di controllo digitale con display LCD/LED.	Descrivere: Indicare dimensione display in pollici: Indicare cosa viene visualizzato a display:
Programmi preimpostati per diverse indicazioni terapeutiche.	Indicare numero di programmi: Descrivere:
Possibilità di personalizzare i parametri di trattamento.	Personalizzabile SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Descrivere:
Funzione di memorizzazione dei parametri preferiti.	Indicare il numero di funzioni: Descrivere:
d) Dotazioni e accessori	
Testine di irraggiamento intercambiabili o regolabili.	Numero di testine offerte: Descrivere:
Cavi di collegamento di alta qualità.	Descrivere:
e) Sicurezza e conformità	
Protezioni contro surriscaldamenti o esposizioni eccessive.	Descrivere:
f) Requisiti aggiuntivi	
Facilità di trasporto e movimentazione.	Descrivere:
Facilità di pulizia e sterilizzazione delle parti a contatto con il paziente.	Descrivere:

Compatibilità con sistemi di archiviazione digitale, se previsto.	Descrivere:
ASSISTENZA TECNICA	
Estensione del periodo di garanzia rispetto ai 24 mesi full risk	Indicare numero di mesi oltre i 24:
Tempi di intervento dalla chiamata specificando se trattasi di ore lavorative od ore solari ed indicando, se previste, le modalità di gestione degli interventi durante le festività	Tempi max intervento:
	H/lavorative n. _____
	Tempi risoluzione garantiti: entro _____gg solari consecutivi dalla presa visione del problema
Luogo al quale l'Azienda ULSS dovrà fare riferimento per l'assistenza tecnica e/o eventuale manutenzione	Gestione festività:
	Ragione sociale:
	Città/Provincia:
	Recapito telefonico:
TEMPI DI CONSEGNA E INSTALLAZIONE	n. _____ giorni solari consecutivi da ricevimento ordine per la consegna
	n. _____ giorni solari consecutivi dalla consegna per installazione e collaudo