

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:
<u>Apparecchiatura per terapia ad ultrasuoni:</u>	
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 e resistente, con materiali di alta qualità e sterilizzabili/disinfettabili, se necessario.	Descrivere:
b) Specifiche tecniche	
Modalità di terapia: ultrasuoni continui e pulsati.	Continui SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Pulsati SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Altro/descrivere:
Frequenza degli ultrasuoni: regolabile tra 0,8 MHz e 3 MHz.	Indicare da: _____ MHz a: _____ MHz
Intensità regolabile da 0,1 W/cm ² a 3 W/cm ² .	Indicare da: _____ W/cm ² a: _____ W/cm ²
Area di applicazione: almeno 5 cm di diametro.	Indicare in cm: _____
Timer integrato: regolabile da 1 a 30 minuti.	Indicare da: _____ minuti a _____ minuti
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 il numero di programmi: Descrivere:
Possibilità di personalizzare i parametri di trattamento.	Descrivere:
Funzione di memorizzazione dei parametri preferiti.	Descrivere:
d) Dotazioni e accessori	
Applicatori o testine di diverse dimensioni, facilmente intercambiabili.	Indicare numero di applicazioni: Indicare numero di testine: Indicare dimensioni delle testine: Descrivere:
Gel conduttore per ultrasuoni, incluso nel kit.	
Cavi di collegamento di alta qualità.	
e) Sicurezza e conformità	
Sistema di sicurezza per prevenire sovratensioni o malfunzionamenti, altro.	Descrivere:
f) Requisiti aggiuntivi	
Compatibilità con sistemi di archiviazione digitale, se previsto.	Descrivere:
Facilità di pulizia e sterilizzazione delle parti a contatto con il paziente.	Descrivere:
Trasportabilità e facilità di movimentazione.	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:
TEMPI DI CONSEGNA E INSTALLAZIONE	Recapito telefonico:
	n. _____ giorni solari consecutivi da ricevimento ordine per la consegna
	n. _____ giorni solari consecutivi dalla consegna per installazione e collaudo