Allegato 3\_D

SCHEDA TECNICA DA COMPILARE A CURA DELL’OFFERENTE

PER LA VERIFICA DEL POSSESSO DEI REQUISITI MINIMI

**Compilare indicando SÌ o NO come risposta (possesso o meno del relativo requisito richiesto). Eventuali rimandi alla documentazione tecnica allegata dovranno indicare il nome del documento e la pagina di riferimento. Specificare ulteriori note solo in caso di necessità di esemplificare l’equivalenza.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Produttore** |  |
| **Modello** |  |
| **Fornitore** |  |
| **Anno inizio produzione** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **Da compilare da parte dell’operatore economico indicando il riferimento alla pagina della documentazione tecnica prodotta** |
| 1 | sistema di acquisizione di almeno 32 strati |  |
| 2 | ampiezza del bore compatibile con i tavoli operatori su tavoli operatori indicati in capitolato: minimo 75 cm |  |
| 3 | campo di vista (FOV) non inferiore a 50 cm |  |
| 4 | generatore con sistema di gestione del calore in grado di supportare le attività chirurgiche sopra indicate (art. 1) |  |
| 5 | funzionalità minime garantite: dovrà essere fornito ogni sw ed ogni componente hw od accessorio necessario a poter consentire le applicazioni di cui al punti 1 del presente capitolato |  |
| 6 | facilità di spostamento da una stanza all’altra |  |
| 7 | sistema di visualizzazione, documentazione e memorizzazione della dose erogata tramite report strutturato |  |
| 8 | alimentazione compatibile con quella presente nelle sale operatorie (eventuali adeguamenti della spina dell’apparecchiatura o delle prese in sala sono da considerarsi incluse nella fornitura) |  |
| 9 | peso compatibile con la portata dei pavimenti delle sale operatorie e dei corridoi circostanti |  |
| 10 | dimensioni compatibili con le porte ed i corridoi del quartiere operatorio |  |
| 11 | è richiesto che sia consentito effettuare esami su pazienti intubati collocati su tavoli operatori modello Vanto produttore Maquet (Getinge) |  |
| 12 | è necessario che il sistema sia completo di soluzioni atte a garantire una significativa riduzione della dose per il paziente (soprattutto pediatrico) e per gli operatori. |  |

Il presente questionario dovrà essere restituito anche in formato word. La commissione tecnica valuterà quanto dichiarato nel presente questionario ai fini della valutazione della rispondenza alle caratteristiche di minima.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma**

*(firmato digitalmente dal Legale Rappresentante)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*