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** |
|  | movimentazioni con snodi motorizzati, attivabili tramite pulsantiera integrata su colonna e telecomando |  |
|  | sistema di azzeramento delle funzioni tavolo |  |
|  | sistema anticollisione del piano con la base e/o pavimento |  |
|  | ***COLONNA*** |  |
|  | * 1. escursione minima da pavimento non superiore a 700 mm |  |
|  | * 1. trendelemburg/antitrendelemburg: almeno 50° |  |
|  | * 1. tilt bilaterale combinabile con trendelemburg: almeno 30° |  |
|  | * 1. peso minimo sopportabile in tutte le posizioni: 225 kg |  |
|  | * 1. funzione di autolivellamento |  |
|  | * 1. traslazione per accesso arco a C radiologico sia lato testa che lato piedi |  |
|  | * 1. sistema di alimentazione e di ricarica degli accumulatori |  |
|  | * 1. movimentazione diretta della base senza innestare il carrello (in mancanza, è richiesto un sistema di movimentazione della colonna) |  |
|  | * 1. possibilità di movimentazione della colonna in caso di guasto o black-out |  |
|  | * 1. sistema di comando a distanza, di facile ed intuitivo utilizzo, completo di relativo caricabatterie. |  |
|  | ***CARRELLI*** |  |
|  | sistema di bloccaggio ruote |  |
|  | possibilità di posizionamento del piano trasportato in trendelemburg e antitrendelemburg |  |
|  | ***PIANI OPERATORI*** |  |
|  | traslazione longitudinale motorizzata di almeno 350 mm |  |
|  | utilizzabile sia per procedure open che laparoscopiche |  |
|  | movimentazione motorizzata della sezione schiena e gambe (up/down) |  |
|  | regolazione dello schienale a ponte per posizione lombo/toracotomia |  |
|  | presenza di sezioni dotate di sistemi di riconoscimento automatico delle stesse |  |
|  | dotato su entrambi i lati di barre porta strumenti |  |
|  | radiotrasparenza sia longitudinale che orizzontale per agevolare le operazioni con l’apparecchio radiologico: finestra radiotrasparente tra i montanti di almeno 400 mm |  |
|  | completi di cuscini antistatici, latex free, con elevate proprietà antidecubito, tutti completamente rimovibili per consentire la massima sanificazione, |  |
|  | movimentazioni elettriche delle sezioni |  |
|  | coppia di spondine di contenimento: le spondine dovranno essere montate mediante aggancio alle barre normalizzate |  |
|  | *PIANI PER ATTIVITÀ CHIRURGICHE DI CHIRURGIA GENERALE, DEI TRAPIANTI E H24, SENOLOGIA E ORL:* |  |
|  | piano modulare con almeno 6 sezioni ad articolazione indipendente, composto da: testa a doppio snodo, schiena a 3 sezioni (centrale, inferiore e superiore) e 1 sezione gambe costituita da 2 parti e con apertura laparascopica |  |
|  | piano schiena asportabile, |  |
|  | possibilità utilizzo gambali “stirrup”. |  |
|  | i piani operatori dedicati all’attività di senologia dovranno permettere il posizionamento delle barriere di protezione in piombo utilizzate per la radioterapia intraoperatoria |  |
|  | *PIANI PER ATTIVITÀ CHIRURGICHE DI CARDIOCHIRURGIA:* |  |
|  | piano modulare con almeno 4 sezioni ad articolazione indipendente, composto da: testa a doppio snodo, schiena a 3 sezioni (centrale, inferiore e superiore) e 1 sezione gambe a pianetto leggero |  |

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)*

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