

Allegato tecnico

Spett. le

ASL 6 SANLURI

PROCEDURA APERTA PER LA FORNITURA, SUDDIVISA IN LOTTI, DI N. 4 ECOGRAFI

Il sottoscritto _____

nato a _____ prov _____ il _____ in qualità di

(in caso di concorrente costituito in forma di impresa specificare se legale rappresentante,
procuratore speciale ecc) _____

della ditta _____ con sede in _____

Cap _____ Via/Piazza _____ n. _____ tel. _____

Cod.fiscale _____

P. IVA _____

RIPETERE IN CASO DI SOGGETTI PLURIMI

Fermo l'impegno a garantire i livelli prestazionali indicati nel Capitolato Tecnico

Presenta/no

LA SEGUENTE OFFERTA TECNICA

Si rammenta che l'offerta tecnica deve essere redatta nel rispetto dei vincoli contrattuali del Capitolato tecnico (condizione per la validità dell'offerta); nel redigere l'offerta tecnica è essenziale che l'offerente rammenti che l'appalto è concepito come obbligazione di risultato. Si chiede di strutturare l'offerta come descritto nel seguito; è importante che ogni offerente segua la traccia indicata per permettere alla commissione di gara una agevole valutazione comparativa della documentazione pervenuta. Si invita inoltre a verificare attentamente il Capitolato Tecnico e a fornire quindi tutte le informazioni di dettaglio che in quell'ambito si chiede siano comprese nel progetto offerta.

LOTTO 3.2

Ecocolordoppler multidisciplinare portatile completamente digitale appartenente alla fascia alta di produzione, di ultima generazione da destinare alla cardiologia del Presidio Ospedaliero di San Gavino M.le.

***I valori forniti devono riferirsi esclusivamente alla configurazione di macchina ed alle sonde offerte
In riferimento ad ogni elemento fornire il riferimento depliant (fascicolo, n. pagine ecc.)***

DITTA PRODUTTRICE: _____

DITTA DISTRIBUTRICE: _____

MODELLO: _____

ANNO DI IMMISSIONE SUL MERCATO (specificare anno di prima immissione ed anno dell'ultima versione /release): _____

CAMPI DI IMPIEGO:

- ☐ ADDOMINALE
- ☐ CARDIOLOGICO
- ☐ VASCOLARE
- ☐ MUSCOLO-SCHELETRICO
- ☐ NEONATALE-PEDIATRICO
- ☐ OSTETRICO
- ☐ PARTI MOLLI
- ☐ GINECOLOGICO
- ☐ ALTRO (SPECIFICARE) _____

TIPI DI TRASDUTTORI SUPPORTATI [Specificare a fianco i modelli disponibili e le singole specifiche nominali dei trasd. in termini di *Frequenze di lavoro* (MHz)]

☐ SETTORIALE ELETTRONICO (phased array): _____

☐ LINEARE: _____

LOTTO 3.2

- ☐ CONVEX: _____

- ☐ MICROCONVEX: _____

- ☐ INTRAOPERATORIO: _____

- ☐ TRANSESOFAGEO: _____

- ☐ ENDOCAVITARIO: _____

- ☐ ALTRO (specificare): _____

NUMERO CONNETTORI DISPONIBILI PERCONNESSIONE SIMULTANEA DI PIU' SONDE: _____

MODI DI LAVORO:

- ☐ B-MODE / REAL TIME ☐ M-MODE ☐ Doppler CFM (Colordoppler)
- ☐ Doppler - PW ☐ Doppler - CW ☐ Doppler – HPRF
- ☐ Power Doppler ☐ Power Doppler direzionale
- ☐ ALTRO (Specificare): _____

POSSIBILITA' IMAGING DI SECONDA ARMONICA TISSUTALE:

- ☐ NO ☐ SI (indicare range di frequenza in MHz): _____

POSSIBILITA' IMAGING DI SECONDA ARMONICA CON MEZZI I CONTRASTO:

- ☐ NO ☐ SI (indicare range di frequenza in MHz): _____

PRESENTAZIONE IMMAGINI

- ☐ SINGLE MODE ☐ DUPLEX MODE ☐ TRIPLEX MODE

LOTTO 3.2

RANGE DINAMICO (specificare il valore massimo in dB e i passi di regolazione): _____

ZOOM:

- ☐ TEMPO REALE (Specificare il fattore di ingrandimento): _____
- ☐ IMMAGINE CONGELATA (Specificare il fattore di ingrandimento): _____
- ☐ INCREMENTO FRAME RATE (Specificare il fattore di incremento e la sua visualizzazione se presente): _____

POSSIBILITA DI LOOPING DELLE IMMAGINI

- ☐ NO
- ☐ SI

NUMERO DI IMMAGINI PER LOOP: _____

NUMERO DI LOOP ATTIVABILI SIMULTANEAMENTE: _____

POSSIBILITA' DI LOOPING AVANTI ED INDIETRO

- ☐ NO
- ☐ SI

CARATTERISTICHE DEL SISTEMA DI TRASMISSIONE E RICEZIONE:

TIPO DI FOCALIZZAZIONE

IN TRASMISSIONE

- ☐ DINAMICA
- ☐ CONTINUA

IN RICEZIONE

- ☐ DINAMICA
- ☐ CONTINUA

NUMERO MAX DI FUOCHI ATTIVABILI SIMULTANEAMENTE _____

TIPO E NUMERO DI CONTROLLI DI COMPENSAZIONE DEL GUADAGNO: _____

POTENZA DI USCITA VARIABILE:

- ☐ NO
- ☐ SI (indicare range in dB e tipo controllo): _____

LOTTO 3.2

FRAME RATE MASSIMO in B/N e COLOR-DOPPLER (immagini/s, Specificare con quanti fuochi e a quale profondità impostata): _____

FUNZIONI UTENTE DI PREPROCESSING (Specificare per le modalità di funzionamento disponibili (B-Mode, Doppler, CFM, ecc)): _____

FUNZIONI UTENTE DI POSTPROCESSING (Specificare per le modalità di funzionamento disponibili (B-Mode, Doppler, CFM, ecc)): _____

DISPONIBILITA' DI PRESET SPECIFICI PER LE VARIE APPLICAZIONI CLINICHE (Specificare):

- ☐ ADDOMINALE _____
- ☐ CARDIOLOGICO _____
- ☐ VASCOLARE _____
- ☐ MUSCOLO-SCHELETRICO _____
- ☐ NEONATALE-PEDIATRICO _____
- ☐ OSTETRICO _____
- ☐ PARTI MOLLI _____
- ☐ GINECOLOGICO _____
- ☐ ALTRO (SPECIFICARE) _____

CARATTERISTICHE DOPPLER CW

- ☐ ASSENTE
- ☐ INTEGRATO
- ☐ INTEGRABILE SUCCESSIVAMENTE

LOTTO 3.2

CARATTERISTICHE FILTRO DI PARETE _____

MINIMA VELOCITÀ MISURABILE _____

MASSIMA VELOCITÀ MISURABILE _____

CARATTERISTICHE ANALISI FFT (specificare n° punti e velocità di calcolo) _____

CARATTERISTICHE DOPPLER PW

☐ ASSENTE ☐ INTEGRATO ☐ INTEGRABILE SUCCESSIVAMENTE

CARATTERISTICHE FILTRO DI PARETE _____

PRF DISPONIBILI _____

MINIMA VELOCITÀ MISURABILE _____

MASSIMA VELOCITÀ MISURABILE _____

DIMENSIONE VOLUME CAMPIONE _____

ANGOLO DI STEERING _____

ANGOLO DI CORREZIONE _____

CARATTERISTICHE ANALISI FFT (specificare n° punti e velocità di calcolo) _____

CARATTERISTICHE HPRF _____

BEAM FORMER DEDICATO ☐ NO ☐ SI

CARATTERISTICHE DOPPLER COLORE

☐ ASSENTE ☐ INTEGRATO ☐ INTEGRABILE SUCCESSIVAMENTE

LOTTO 3.2

CARATTERISTICHE (Specificare range PRF, dimensioni ROI, mappe colore, range velocità misurabili, ecc.):

TRASDUTTORI CHE POSSONO ESEGUIRE IL DOPPLER COLORE: _____

CARATTERISTICHE POWER DOPPLER

- ☐ ASSENTE ☐ INTEGRATO ☐ INTEGRABILE SUCCESSIVAMENTE
☐ CON CODIFICA DIREZIONALE ☐ SENZA CODIFICA DIREZIONALE

CARATTERISTICHE (Specificare dimensioni ROI, mappe colore, ecc.): _____

TRASDUTTORI CHE POSSONO ESEGUIRE IL POWER DOPPLER: _____

MODI DI PRESENTAZIONE E COMBINAZIONE DELLE IMMAGINI B-MODE, M-MODE, DOPPLER E COLORE: _____

ANALISI REAL TIME DELLO SPETTRO DOPPLER

- ☐ SI
☐ NO

SOFTWARE DI MISURA ED ANALISI DI IMMAGINE (specificare se è possibile effettuare misure e calcoli da immagini memorizzate e se è necessario effettuare calibrazioni) : _____

- ☐ SOFTWARE MISURE DI BASE (es. misure lineari, aree, ellissi, ecc. SPECIFICARE:)

- ☐ SOFTWARE SPECIALISTICO (barrare le opzioni disponibili e specificare:)

☐ ADDOMINALE _____

LOTTO 3.2

- ☐ CARDIOLOGICO _____
- ☐ VASCOLARE _____
- ☐ MUSCOLO-SCHELETRICO _____
 - ☐ STUDIO DELL'ANCA (ANGOLI α E β)
 - ☐ ALTRO _____
- ☐ NEONATALE-PEDIATRICO _____
- ☐ OSTETRICO _____
- ☐ PARTI MOLLI _____
- ☐ GINECOLOGICO _____
- ☐ ALTRO (SPECIFICARE) _____

DATABASE ESAMI E PAZIENTI

- ☐ ASSENTE
- ☐ PRESENTE (descrivere)

MODULI SOFTWARE ED HARDWARE AVANZATI (es. modulo echo-stress, modulo per ricostruzioni 3D, modulo per ricostruzioni panoramiche, ecc) :

☐ MODULI SOFTWARE INCLUSI IN OFFERTA(specificare)

☐ MODULI HARDWARE INCLUSI IN OFFERTA (specificare)

☐ MODULI OPZIONALI INSERIBILI SUCCESSIVAMENTE

LOTTO 3.2

DIMENSIONI E TIPO DEL MONITOR DI VISUALIZZAZIONE (pollici): _____

☐ CRT ☐ TFT ☐ ALTRO _____

USCITE VIDEO DI SERIE

☐ VIDEO COMPOSITO B/N ☐ PAL
☐ Y/C ☐ NTSC
☐ RGB ☐ ALTRO (specificare): _____

USCITE DIGITALI (Specificare il numero ed il tipo):

☐ DI SERIE: _____
☐ OPZIONALI: _____

INTERFACCIA DICOM 3

☐ OPZIONALE: _____
☐ DI SERIE (specificare service class): _____

MEMORIA ACQUISIZIONE IMMAGINI IN DOTAZIONE DI SERIE

☐ VOLATILE (RAM): _____
☐ NON VOLATILE (floppy, hard disk, ecc.): _____
☐ OPZIONALE (Specificare): _____

POSSIBILITA' DI ARCHIVIAZIONE DELLE IMMAGINI SU SUPPORTO DIGITALE

☐ NO ☐ SI - DI SERIE ☐ SI - IN OPZIONE

SUPPORTO UTILIZZATO (Specificare capacità in Mbyte ed in n° fotogrammi e cicli di fotogrammi evidenziando l'eventuale utilizzo di algoritmi di compressione):

☐ FLOPPY DISK _____
☐ HARD DISK _____
☐ DISCO OTTICO _____
☐ CD _____
☐ DVD _____
☐ ALTRO (Specificare): _____

LOTTO 3.2

SOFTWARE PER LA VISUALIZZAZIONE DELLE IMMAGINI SU PC: ☐ NO ☐ SI

STAMPANTE

B/N INTEGRATA ☐ NO ☐ SI (Specificare Produttore e modello): _____

COLORI INTEGRATA ☐ NO ☐ SI (Specificare Produttore e modello): _____

modello): _____

MODULO INTEGRATO PER SEGNALI FISIOLGICI

☐ NO ☐ SI (Specificare quali): _____

POSSIBILITA' DI VISUALIZZAZIONE SEGNALI FISIOLGICI SUL MONITOR

☐ NO ☐ SI (Specificare quali): _____

CARATTERISTICHE PARTICOLARI (Con particolare riferimento alle applicazioni cliniche per cui l'apparecchio è dedicato): _____

DIMENSIONI (Larghezza – Altezza - Profondità in cm): _____

ALTEZZA DA TERRA DELLA TASTIERA (cm): _____

PESO (Kg): _____

FARETRA PORTA SONDE

NUMERO SONDE: _____

DIMENSIONI (Larghezza – Altezza - Profondità in cm): _____

PROTEZIONE MECCANICA DA URTI (Descrivere brevemente il livello di protezione delle sonde in funzione della conformazione, del posizionamento e della tipologia della faretra): _____

LOTTO 3.2

CARRELLO

DIMENSIONI (Larghezza – Altezza - Profondità in cm): _____

PESO (Kg): _____

NUMERO RUOTE: _____

DIAMETRO E LARGHEZZA RUOTE (mm): _____

RUOTE PIROETTANTI

☐ NO ☐ SI

PRESENZA SISTEMA DI FERMO RUOTE

☐ NO ☐ SI

CARATTERISTICHE ALIMENTAZIONE

TENSIONE (V): _____

CORRENTE (A): _____

POTENZA TIPICA ASSORBITA DI PICCO (kVA): _____

SPECIFICHE AMBIENTALI

TEMPERATURA (Specificare range operativo °C): _____

UMIDITA' RELATIVA (Specificare valore% max.): _____

DISSIPAZIONE TERMICA (BTU): _____

SISTEMA RAFFREDDAMENTO HARDWARE (Specificare tipo): _____

PRESENZA FILTRI ANTIPOLVERE ☐ NO ☐ SI

CONFORMITÀ ALLE NORME DI SICUREZZA:

☐ CEI 62-5 (IEC 601-1)

☐ ALTRE (Specificare): _____

CLASSE E TIPO (con riferimento alle CEI 62-5): _____

CONFORMITÀ al D.Lgs. 46/97 di recepimento della DIRETTIVA 93/42/CEE

☐ NO ☐ SI

MARCHI DI QUALITÀ RILASCIATI DA ORGANISMI CERTIFICATORI EUROPEI

☐ IMQ ☐ TUV

LOTTO 3.2

☐ ALTRI (Specificare): _____

ACCESSORI IN DOTAZIONE DI SERIE: _____

ACCESSORI OPZIONALI: _____

GARANZIA – minimo 12 mesi - (Macchina e sonde, specificare il tipo, la durata e le esclusioni):

TERMINI DI CONSEGNA _____

NUMERO COMPLESSIVO APPARECCHIATURE INSTALLATE:

(Fornire lista di referenze in Italia ed all'estero) _____

ADDESTRAMENTO DEL PERSONALE MEDICO E TECNICO SANITARIO

(Specificare modalità e durata del corso): _____

ADDESTRAMENTO DEL PERSONALE TECNICO INCARICATO DALL'AZIENDA SANITARIA DELLA MANUTENZIONE (Specificare modalità e durata del corso): _____

LOTTO 3.2

NUMERO DI TECNICI CON ESPERIENZA SPECIFICA SULL'APPARECCHIATURA

IN SARDEGNA _____

IN ITALIA _____

SEDE DI PARTENZA DEI TECNICI _____

TEMPO MASSIMO DI INTERVENTO GARANTITO (Ore lavorative): _____

DISPONIBILITA' PARTI DI RICAMBIO (in anni): _____

Luogo e data _____

Timbro e Firma del Legale Rappresentante

Ripetere ove l'offerta debba essere sottoscritta da più offerenti

LOTTO 3.2

Si dichiara inoltre che:

- ci si impegna a fornire parti di ricambio dell'apparecchiatura per almeno dieci anni dalla fornitura;
- si è disponibili ad attivare uno specifico corso di formazione per il personale sanitario inerente le modalità di utilizzo e manutenzione ordinaria dell'apparecchiatura e per il personale tecnico indicato dall'Asl circa le modalità di manutenzione preventiva periodica e correttiva di primo livello.

Luogo e data_____

Timbro e Firma del Legale Rappresentante

Ripetere ove l'offerta debba essere sottoscritta da più offerenti