

LOTTO 1

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 1

Ecotomografo carrellato di ultima generazione, di fascia alta dedicato all'Ambulatorio di Ostetricia e Ginecologia Distretto di Sanluri.

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

DITTA PRODUTTRICE: _____

DITTA DISTRIBUTTRICE: _____

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 1

- ☐ 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 1

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:

LOTTO 1

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

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) _____
- _____
- _____
- _____
- _____

LOTTO 1

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

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

TRASDUTTORI CHE POSSONO ESEGUIRE IL DOPPLER COLORE: _____

LOTTO 1

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

LOTTO 1

- ☐ 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

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

- ☐ CRT ☐ TFT ☐ ALTRO _____

USCITE VIDEO DI SERIE

- ☐ VIDEO COMPOSITO B/N ☐ PAL

LOTTO 1

☐ 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): _____

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

STAMPANTE

LOTTO 1

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

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

CARATTERISTICHE ALIMENTAZIONE

TENSIONE (V): _____

CORRENTE (A): _____

POTENZA TIPICA ASSORBITA DI PICCO (kVA): _____

LOTTO 1

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

☐ ALTRI (Specificare): _____

ACCESSORI IN DOTAZIONE DI SERIE: _____

ACCESSORI OPZIONALI: _____

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

LOTTO 1

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): _____

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 _____

LOTTO 1

Timbro e Firma del Legale Rappresentante

Ripetere ove l'offerta debba essere sottoscritta da più offerenti

LOTTO 1

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