

ALLEGATO F4 - BIS

**Indizione di gara a procedura aperta, ai sensi dell'art. 55 D.Lgs. n. 163/2006, per l'acquisizione in service di sistemi infusionali occorrenti per le necessità delle AA.SS.LL., EE.OO. e IRCCS della Regione Liguria per un periodo di mesi 72, con opzione di rinnovo per ulteriori mesi 12.
Lotti n. 5. Numero gara: 5355464.**

**DICHIARAZIONE DELLA PRESENZA DELLE CARATTERISTICHE
TECNICHE RICHIESTE AI PRODOTTI OFFERTI**

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ cap (_____) il _____
residente a _____ cap (_____)
in Via _____ n. _____
C.F. _____

1 - in qualità di _____ e legale rappresentante
oppure (barrare le casella corrispondente)

2 - in qualità di procuratore speciale, giusta procura speciale autenticata nella firma in data
_____ dal Notaio in _____ Dott.
_____, repertorio n. _____, e legale rappresentante
dell'impresa _____
con sede legale in _____ cap (_____)
via _____ n. _____
sede operativa in _____ cap (_____)
via _____ n. _____
C.F. _____ e P. IVA _____
di seguito "Impresa",

sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci e/o formazione di atti falsi e/o uso degli stessi

DICHIARA:

che nei prodotti offerti nella presente procedura sono assenti/presenti i seguenti requisiti tecnici, come previsto nel Capitolato tecnico - Sezione A allegato al Disciplinare di gara (compilare la tabella sottostante per i soli lotti per cui si presenta offerta):

LOTTO 1
SISTEMI PER NUTRIZIONE ENTERALE
(CND: Z12030303) – (CIG: 5494863863)

Requisiti minimi richiesti a pena di esclusione

	<u>1. POMPE PER NUTRIZIONE ENTERALE</u> <u>Requisiti minimi richiesti (pena esclusione)</u>	Presenza requisito richiesto		Note di dettaglio (eventuali)
1	Destinazione d'uso enterale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2	Modalità di infusione continua	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3	Dotata di meccanismo volumetrico e/o peristaltico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4	Volume da infondere programmabile fino a 3000 ml	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
5	Velocità di flusso programmabile da 1 a 300 ml/ora	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
6	Accuratezza dell'infusione $\leq \pm 10\%$ dell'impostato	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
7	Sistema antiriflusso libero	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
8	Interruzione momentanea dell'erogazione	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
9	Verifica volume somministrato	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
10	Elevato grado IP di protezione alla penetrazione dei liquidi, pulsantiera compresa, almeno IPX1	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
11	Utilizzabile in appoggio o ancorata a stativi o piantane porta flebo tramite sistema di ancoraggio incluso nella fornitura	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
12	Doppia alimentazione a rete (specificare se con trasformatore interno o esterno) e a batteria	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
13	Segnalazione visiva del tipo di alimentazione attivo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
14	Possibilità di commutazione automatica alimentazione rete/batteria	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
15	Autonomia con funzionamento a batterie non inferiore a 6 ore alla velocità di 125 ml/h a pieno carico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
16	Segnale di batteria residua	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
17	Ridotto tempo di ricarica delle batterie (specificare tempi per ricarica completa con apparecchiatura spenta e accesa)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
18	Dotata di sistemi di rilevazione di occlusione nel sistema, di batteria in esaurimento, e di fine infusione	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
19	Dimensioni contenute	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
20	Peso contenuto : specificare peso della pompa completa di ogni accessorio	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

	2. DEFLUSSORI PER ENTERALE Requisiti minimi richiesti (pena esclusione)	Presenza requisito richiesto	
1	Monouso	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
2	Dotato di filtro antibatterico.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
3	Munito di sistema antiriflusso libero.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
4	Deve essere destinato alla somministrazione di miscele per nutrizione enterale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
5	Deve essere costituito da un attacco universale per flaconi/sacche, una camera di gocciolamento trasparente, ovvero altri sistemi di rilevazione del flusso , un punto di iniezione ad Y in materiale plastico rigido e un raccordo universale per sonda alimentazione con connessione conica universale e connessioni specifiche (digiunostomia, gastrostomia, ecc.)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
6	Sterile, apirogeno, privo di lattice ed incapace di cedere sostanze ai liquidi che scorrono nel lume	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
7	La lunghezza totale dell'apparato deve essere ≥ 2000 mm	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
8	Attacco universale compatibile con qualsiasi tipo di flacone/sacche disponibile in commercio, compreso il tipo con attacco perforabile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
9	Durata di almeno 24 ore	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
10	Marchio CE.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
11	Certificazione di compatibilità con il modello di pompa offerto, rilasciata dalla Ditta produttrice della pompa.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

	3. DEFLUSSORE CON SACCA PER ENTERALE Requisiti minimi richiesti (pena esclusione)	Presenza requisito richiesto	
1	Deve essere destinato alla somministrazione di miscele per nutrizione enterale.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
2	Il deflussore deve essere dotato di filtro antibatterico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
3	Deve essere costituito da una sacca con capacità non inferiore a 1000 ml graduata in modo preciso, una camera di gocciolamento trasparente, un punto di iniezione ad Y in materiale plastico rigido e un raccordo universale per sonda alimentazione con connessione conica universale e connessioni specifiche (digiunostomia, gastrostomia, ecc.)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
4	Sterile, apirogeno, privo di lattice ed incapace di cedere sostanze ai liquidi che scorrono nel lume	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
5	Materiali di fabbricazione idonei, chimicamente stabili.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

6	La lunghezza totale dell'apparato deve essere ≥ 2000 mm	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
7	Durata di almeno 24 ore	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
8	Il set deve essere monouso e sterile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
9	Marchio CE.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
10	Certificazione di compatibilità con il modello di pompa offerto, rilasciata dalla Ditta produttrice della pompa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

	4. DEFLUSSORI A CADUTA Requisiti minimi richiesti (pena esclusione)	Presenza requisito richiesto		
1	Monouso, sterili.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2	Dotati di filtro antibatterico.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3	Munito di sistema antiriflusso libero.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4	Dotato di un "raccordo universale" che lo renda compatibile sia con contenitori a collo largo (con tappo a vite) che a cono stretto (flaconi con tappo a corona).	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
5	Dotato di connettore terminale universale con cappuccio di protezione non forato.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
6	Fabbricato in materiale plastico che non ceda plastificanti.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
7	Marchio CE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

LOTTO 2
POMPE VOLUMETRICHE PER REPARTI DI DEGENZA
NON INTENSIVA (CND: Z12030301) – (CIG: 549492076D)

Requisiti minimi richiesti a pena di esclusione

	1. POMPE VOLUMETRICHE Requisiti minimi richiesti (pena esclusione)	Presenza requisito richiesto		Note di dettaglio (eventuali)
1	Velocità di infusione programmabile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2	velocità minima non superiore a 0,1 ml/h	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3	incremento minimo non superiore a 0,1 ml/h nel range [0,1-99,9]	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4	incremento minimo non superiore a 1 ml/h sopra i 99,9 ml/h	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
5	errore di infusione non superiore a $\pm 5\%$ della velocità impostata	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
6	Volume di infusione impostabile tra 1 ml e 9999 ml	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

7	Flusso per via pervia KVO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
8	Funzione di bolo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
9	Funzione stand-by	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
10	Controllo della quantità infusa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
11	Dispositivo antiriflusso libero	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
12	Doppia alimentazione a rete (specificare se con trasformatore interno o esterno) e a batteria ricaricabile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
13	Commutazione automatica da un'alimentazione all'altra	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
14	Segnalazione visiva del tipo di alimentazione attivo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
15	Indicatore dello stato di carica e ricarica della batteria.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
16	Ogni pompa deve essere utilizzabile in appoggio o ancorata a stativi o piantane porta flebo tramite sistema di ancoraggio incluso nella fornitura	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
17	Aggiornabilità software	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
18	Display:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
19	in lingua italiana	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
20	visualizzazione dei parametri di funzionamento impostati: velocità di infusione, volume infuso dall'inizio del trattamento, stato di carica della batteria, allarmi, tempi di infusione	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
21	facilmente sanificabile : specificare prodotti e modalità)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
22	Auto-test iniziale per la verifica del corretto funzionamento della pompa.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
23	Blocco tastiera per evitare manipolazioni accidentali	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

Elementi tecnici soggetti a valutazione e ad attribuzione di punteggio

	Elementi soggetti a valutazione	Parametro da valutare	
A	Velocità massima	velocità massima non inferiore a 999 ml/h	V=_____
B	Soglia di occlusione	Soglia di occlusione regolabile su diversi livelli	N liv= _____
C1	Allarme visivo e sonoro	Adeguate allarme visivo e sonoro per volume limite infuso	Specificare: _____
C2	Allarmi visivi e sonori, per il malfunzionamento della pompa	Adeguate allarmi visivi e sonori, con guida, per il malfunzionamento della pompa	Specificare: _____
C3	Allarmi visivi e sonori per il malfunzionamento di apparato, cannula, occlusione, presenza aria,	Adeguate allarmi visivi e sonori per il malfunzionamento di apparato, cannula,	Specificare: _____

	batteria in esaurimento, fine infusione, ecc.	occlusione, presenza aria, batteria in esaurimento, fine infusione, ecc.	
C4	Allarmi non disattivabili automaticamente (necessità intervento dell'operatore)	Adeguati allarmi non disattivabili automaticamente (necessità intervento dell'operatore)	Specificare: _____
C5	Allarmi riconoscibili a distanza	Adeguati allarmi riconoscibili a distanza	Specificare: _____
D	Autonomia con funzionamento a batteria	Autonomia con funzionamento a batteria non inferiore a 3 ore per infusione di circa 120 ml/h	Tempo autonomia: _____
E	Ridotto tempo di ricarica delle batterie	Ridotto tempo di ricarica delle batterie (specificare tempi per ricarica completa con apparecchiatura spenta e accesa)	Tempo ricarica: _____
F	Display LCD di ampie dimensioni	preferibilmente LCD di ampie dimensioni (specificare pollici)	Pollici = _____
G	Grado IP di protezione alla penetrazione dei liquidi	Elevato grado IP di protezione alla penetrazione dei liquidi, pulsantiera compresa, almeno IPX1	Grado IP Y = _____
G.2	Peso contenuto	specificare peso della pompa completa di ogni accessorio	Grammi: _____
H	Caratteristiche informatiche e di interfacciabilità:		
H1	gestione libreria farmaci	gestione libreria farmaci, eventualmente aggiornabile da remoto	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
H2	numero farmaci gestiti	specificare numero farmaci gestiti	N° farmaci gestiti: _____
H3	possibilità di interfacciamento a sistemi informativi e/o cartelle cliniche informatizzate	specificare possibilità di interfacciamento a sistemi informativi e/o cartelle cliniche informatizzate, indicando con quali prodotti/sistemi è già stata implementata	Specificare: _____
H4	possibilità di interfacciamento a sistemi di monitoraggio	specificare possibilità di interfacciamento a sistemi di monitoraggio, indicando con quali prodotti/sistemi è già stata implementata	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
H5	possibilità di gestione delle pompe da remoto	specificare possibilità di gestione (censimento, utilizzo, allarmi, guasti, etc.) delle pompe da remoto	Specificare: _____

H6	altre caratteristiche migliorative incluse in fornitura	Eventuali altre caratteristiche migliorative incluse in fornitura	Specificare: _____
H7	caratteristiche migliorative disponibili ma non incluse in fornitura	Eventuali caratteristiche migliorative disponibili ma non incluse in fornitura	

	2. DEFLUSSORE STANDARD Requisiti minimi richiesti (pena esclusione)	Presenza requisito richiesto		
1	Deve essere destinato alla somministrazione dei liquidi perfusionali tramite pompa volumetrica.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2	Costituito da un perforatore, una camera di gocciolamento, uno stringitubo, un punto di iniezione ad Y e un raccordo maschio terminale luer-lock	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3	Sterile, apirogeno, atossico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4	Privo di lattice	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
5	Incapace di cedere sostanze ai liquidi che scorrono nel lume	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
6	La lunghezza totale dell'apparato deve essere ≥ 2000 mm	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
7	Perforatore in materiale rigido adatto a forare i tappi, tale che la perforazione non provochi il distacco dei frammenti del tappo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
8	Camera di gocciolamento trasparente, non rigida, ma facilmente comprimibile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
9	Filtro idrofobico-antibatterico per l'entrata dell'aria per l'utilizzo con flaconi e sacche	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
10	Stringitubo che permetta di arrestare completamente la caduta del liquido	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
11	ANNULLATO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
12	Tubo sufficientemente trasparente da poter consentire il rilevamento di eventuali bolle d'aria	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
13	Dispositivo di sicurezza antiriflusso libero automatico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
14	Durata di almeno 48 ore o superiore (da scheda tecnica o idonea dichiarazione)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
15	Certificazione di compatibilità con il modello di pompa offerto, rilasciata dalla Ditta produttrice della pompa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
16	validità residua al momento della fornitura non inferiore ai 2/3 di quella totale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

	3. <u>DEFLUSSORE DESTINATO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI INCOMPATIBILI CON IL PVC</u> Requisiti minimi richiesti (pena esclusione)	Presenza requisito richiesto		
1	Deve essere destinato alla somministrazione di farmaci incompatibili con il PVC.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2	Materiale idoneo alla somministrazione di farmaci incompatibili con il PVC	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3	Costituito da un perforatore, una camera di gocciolamento, uno stringitubo e un raccordo maschio terminale luer-lock	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4	Sterile, apirogeno, atossico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
5	Privo di lattice	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
6	Incapace di cedere sostanze ai liquidi che scorrono nel lume	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
7	La lunghezza totale dell'apparato deve essere ≥ 2000 mm	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
8	Perforatore in materiale rigido adatto a forare i tappi, tale che la perforazione non provochi il distacco dei frammenti del tappo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
9	Camera di gocciolamento trasparente, non rigida, ma facilmente comprimibile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
10	Filtro idrofobico-antibatterico per l'entrata dell'aria per l'utilizzo con flaconi e sacche	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
11	Stringitubo che permetta di arrestare completamente la caduta del liquido	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
12	ANNULLATO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
13	Tubo sufficientemente trasparente da poter consentire il rilevamento di eventuali bolle d'aria	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
14	Dispositivo di sicurezza antiriflusso libero automatico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
15	Durata di almeno 24 ore o superiore (da scheda tecnica o idonea dichiarazione)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
16	Certificazione di compatibilità con il modello di pompa offerto, rilasciata dalla Ditta produttrice della pompa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
17	validità residua al momento della fornitura non inferiore ai 2/3 di quella totale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

	4. <u>DEFLUSSORE PER FARMACI FOTOSENSIBILI</u> Requisiti minimi richiesti (pena esclusione)	Presenza requisito richiesto		
1	Deve essere destinato alla somministrazione di farmaci fotosensibili.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2	Il tubo deve possedere capacità schermante nei confronti di fonti luminose	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3	Costituito da un perforatore, una camera di gocciolamento, uno stringitubo, e un raccordo maschio terminale luer-lock	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

4	Sterile, apirogeno, atossico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
5	Privo di lattice	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
6	Incapace di cedere sostanze ai liquidi che scorrono nel lume	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
7	La lunghezza totale dell'apparato deve essere ≥ 2000 mm	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
8	Perforatore in materiale rigido adatto a forare i tappi, tale che la perforazione non provochi il distacco dei frammenti del tappo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
9	Camera di gocciolamento trasparente, non rigida, ma facilmente comprimibile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
10	Filtro idrofobico-antibatterico per l'entrata dell'aria per l'utilizzo con flaconi e sacche	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
11	Stringitubo che permetta di arrestare completamente la caduta del liquido	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
12	Dispositivo di sicurezza antiriflusso libero automatico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
13	Durata di almeno 24 ore o superiore (da scheda tecnica o idonea dichiarazione)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
14	Certificazione di compatibilità con il modello di pompa offerto, rilasciata dalla Ditta produttrice della pompa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
15	validità residua al momento della fornitura non inferiore ai 2/3 di quella totale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

	5. DEFLUSSORE A CIRCUITO CHIUSO A DUE VIE PER FARMACI CHEMIOTERAPICI Requisiti minimi richiesti (pena esclusione)	Presenza requisito richiesto		
1	Deve essere destinato alla somministrazione dei farmaci chemioterapici antiblastici	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2	Deve essere costituito da un perforatore, uno stringitubo, due valvole a circuito chiuso, una camera di gocciolamento, un punto di iniezione a Y, un raccordo maschio terminale luer-lock	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3	La linea di infusione deve essere in materiale idoneo che non rilasci ftalati	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4	Sterile, apirogeno, atossico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
5	Privo di lattice	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
6	Incapace di cedere sostanze ai liquidi che scorrono nel lume	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
7	La lunghezza totale dell'apparato deve essere ≥ 2000 mm	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
8	Perforatore in materiale rigido adatto a forare i tappi, tale che la perforazione non provochi il distacco dei frammenti del tappo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
9	Camera di gocciolamento trasparente, non rigida, ma facilmente comprimibile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

10	Filtro idrofobico-antibatterico per l'entrata dell'aria per l'utilizzo con flaconi e sacche	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
11	Presenza di due valvole a circuito chiuso posizionate tra il perforatore e la camera di gocciolamento	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
12	Stringitubo che permetta di arrestare completamente la caduta del liquido	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
13	Punto di iniezione supplementare a Y in materiale plastico rigido con valvola a circuito chiuso	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
14	ANNULLATO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
15	Dispositivo di sicurezza antiriflusso libero automatico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
16	Durata di almeno 24 ore o superiore	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
17	Certificazione di compatibilità con il modello di pompa offerto, rilasciata dalla Ditta produttrice della pompa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
18	validità residua al momento della fornitura non inferiore ai 2/3 di quella totale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

	6. DEFLUSSORE A CIRCUITO CHIUSO A QUATTRO VIE PER FARMACI CHEMIOTERAPICI Requisiti minimi richiesti (pena esclusione)	Presenza requisito richiesto		
1	Deve essere destinato alla somministrazione dei farmaci chemioterapici antiblastici.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2	Deve essere costituito da un perforatore, uno stringitubo, quattro valvole a circuito chiuso, una camera di gocciolamento, un punto di iniezione a Y, un raccordo maschio terminale luer-lock	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3	La linea di infusione deve essere in materiale idoneo che non rilasci ftalati	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4	Sterile, apirogeno, atossico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
5	Privo di lattice	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
6	Incapace di cedere sostanze ai liquidi che scorrono nel lume	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
7	La lunghezza totale dell'apparato deve essere ≥ 2000 mm	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
8	Perforatore in materiale rigido adatto a forare i tappi, tale che la perforazione non provochi il distacco dei frammenti del tappo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
9	Camera di gocciolamento trasparente, non rigida, ma facilmente comprimibile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
10	Filtro idrofobico-antibatterico per l'entrata dell'aria per l'utilizzo con flaconi e sacche	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
11	Presenza di quattro valvole a circuito chiuso posizionate tra il perforatore e la camera di gocciolamento	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

12	Stringitubo che permetta di arrestare completamente la caduta del liquido	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
13	Punto di iniezione supplementare a Y in materiale plastico rigido con valvola a circuito chiuso	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
14	ANNULLATO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
15	Dispositivo di sicurezza antiriflusso libero automatico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
16	Durata di almeno 24 ore o superiore	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
17	Certificazione di compatibilità con il modello di pompa offerto, rilasciata dalla Ditta produttrice della pompa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
18	validità residua al momento della fornitura non inferiore ai 2/3 di quella totale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

	<u>7. DEFLUSSORE A CIRCUITO CHIUSO A DUE VIE PER FARMACI CHEMIOTERAPICI FOTOSENSIBILI</u> Requisiti minimi richiesti (pena esclusione)	Presenza requisito richiesto		
1	Deve essere destinato alla somministrazione dei farmaci chemioterapici antiblastici fotosensibili.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2	Deve essere costituito da un perforatore, uno stringitubo, almeno due valvole a circuito chiuso, una camera di gocciolamento, un punto di iniezione a Y, un raccordo maschio terminale luer-lock	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3	Il tubo deve possedere capacità schermante nei confronti di fonti luminose	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4	La linea di infusione deve essere in materiale idoneo che non rilasci ftalati	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
5	Sterile, apirogeno, atossico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
6	Privo di lattice	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
7	Incapace di cedere sostanze ai liquidi che scorrono nel lume	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
8	La lunghezza totale dell'apparato deve essere ≥ 2000 mm	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
9	Perforatore in materiale rigido adatto a forare i tappi, tale che la perforazione non provochi il distacco dei frammenti del tappo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
10	Camera di gocciolamento, non rigida, ma facilmente comprimibile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
11	Filtro idrofobico-antibatterico per l'entrata dell'aria per l'utilizzo con flaconi e sacche	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
12	Presenza di due valvole a circuito chiuso posizionate tra il perforatore e la camera di gocciolamento	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

13	Stringitubo che permetta di arrestare completamente la caduta del liquido	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
14	Punto di iniezione supplementare a Y in materiale plastico rigido con valvola a circuito chiuso	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
15	Dispositivo di sicurezza antiriflusso libero automatico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
16	Durata di almeno 24 ore o superiore	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
17	Certificazione di compatibilità con il modello di pompa offerto, rilasciata dalla Ditta produttrice della pompa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
18	validità residua al momento della fornitura non inferiore ai 2/3 di quella totale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

	8. DEFLUSSORE A CIRCUITO CHIUSO A QUATTRO VIE PER FARMACI CHEMIOTERAPICI FOTOSENSIBILI Requisiti minimi richiesti (pena esclusione)	Presenza requisito richiesto		
1	Deve essere destinato alla somministrazione dei farmaci chemioterapici antiproliferativi fotosensibili.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2	Deve essere costituito da un perforatore, uno stringitubo, quattro valvole a circuito chiuso, una camera di gocciolamento, un punto di iniezione a Y, un raccordo maschio terminale luer-lock	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3	Il tubo deve possedere capacità schermante nei confronti di fonti luminose	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4	La linea di infusione deve essere in materiale idoneo che non rilasci ftalati	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
5	Sterile, apirogeno, atossico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
6	Privo di lattice	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
7	Incapace di cedere sostanze ai liquidi che scorrono nel lume	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
8	La lunghezza totale dell'apparato deve essere ≥ 2000 mm	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
9	Perforatore in materiale rigido adatto a forare i tappi, tale che la perforazione non provochi il distacco dei frammenti del tappo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
10	Camera di gocciolamento trasparente, non rigida, ma facilmente comprimibile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
11	Filtro idrofobico-antibatterico per l'entrata dell'aria per l'utilizzo con flaconi e sacche	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
12	Presenza di quattro valvole a circuito chiuso posizionate tra il perforatore e la camera di gocciolamento	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

13	Stringitubo che permetta di arrestare completamente la caduta del liquido	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
14	Punto di iniezione supplementare a Y in materiale plastico rigido con valvola a circuito chiuso	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
15	Dispositivo di sicurezza antiriflusso libero automatico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
16	Durata di almeno 24 ore o superiore	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
17	Certificazione di compatibilità con il modello di pompa offerto, rilasciata dalla Ditta produttrice della pompa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
18	validità residua al momento della fornitura non inferiore ai 2/3 di quella totale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

	9. DEFLUSSORE PER LIPIDI Requisiti minimi richiesti (pena esclusione)	Presenza requisito richiesto		
1	Deve essere destinato alla somministrazione di lipidi.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2	In materiale idoneo alla somministrazione di lipidi	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3	Costituito da un perforatore, una camera di gocciolamento, uno stringitubo, un punto di iniezione ad Y e un raccordo maschio terminale luer-lock	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4	Sterile, apirogeno, atossico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
5	Privo di lattice	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
6	Incapace di cedere sostanze ai liquidi che scorrono nel lume	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
7	La lunghezza totale dell'apparato deve essere ≥ 2000 mm	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
8	Perforatore in materiale rigido adatto a forare i tappi, tale che la perforazione non provochi il distacco dei frammenti del tappo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
9	Camera di gocciolamento trasparente, non rigida, ma facilmente comprimibile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
10	Filtro idrofobico-antibatterico per l'entrata dell'aria per l'utilizzo con flaconi e sacche	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
11	Stringitubo che permetta di arrestare completamente la caduta del liquido	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
12	ANNULLATO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
13	Tubo sufficientemente trasparente da poter consentire il rilevamento di eventuali bolle d'aria	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
14	Dispositivo di sicurezza antiriflusso libero automatico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
15	Durata di almeno 24 ore o superiore (da scheda tecnica o idonea dichiarazione)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
16	Certificazione di compatibilità con il modello di pompa offerto, rilasciata dalla Ditta produttrice della pompa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
17	validità residua al momento della fornitura non inferiore ai 2/3 di quella totale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

LOTTO 3
TERAPIA DEL DOLORE CON METODICA PCA
(CND: Z12030301) – (CIG: 5494944B3A)

Requisiti minimi richiesti a pena di esclusione

	<u>1. POMPA PERISTALTICA CON MODALITA' DI INFUSIONE CONTINUA PER PCA</u> Requisiti minimi richiesti (pena esclusione)	Presenza requisito richiesto		Note di dettaglio (eventuali)
1	Pompe infusionali di dimensioni contenute per essere facilmente trasportabili	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2	Peso non superiore a 700 g	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3	Display in italiano con segnalazione stato operativo dell'apparecchiatura	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4	Alimentazione a rete, a batteria ricaricabile e batteria monouso.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
5	Ampia autonomia della batteria (indicare espressamente le ore di autonomia e tipologia della batteria) con sistema di ricarica integrato. Almeno 72 ore a 4 ml/h.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
6	Presenza di sistemi di aggancio e posizionamento delle apparecchiature su stativi mobili e sistema di trasporto (borsetta/marsupio per utenti deambulanti) per i pazienti.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
7	Regolazione velocità di infusione almeno da 0,1 a 50 ml/h con step di variazione di 0,1 ml/h	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
8	Accuratezza dell'infusione calcolata secondo norma IEC 60601-2-24 (con una portata di 1 ml/h visualizzata tramite curva a tromba realizzata dopo 72 ore di funzionamento del deflusso) $\leq \pm 6\%$	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

	dell'impostato dal quinto minuto di osservazione utilizzando il deflussore "standard".			
9	Impostazione dose limite di infusione	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
10	Infusione solo continua, bolo controllato dal paziente, continua + bolo, con possibilità di dose aggiuntiva o di carico.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
11	Inserimento della concentrazione del farmaco in mg/ml e mcg/ml.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
12	Intervallo tra le dosi a domanda programmabili da un minimo di 5 minuti.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
13	Dose attivabile dal paziente da 0,1 a 9,9 ml.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
14	Livello di blocco tastiera nullo, parziale, totale.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
15	Autotest all'accensione.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
16	Archivio elettronico degli eventi.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
17	Utilizzo intravenoso, sottocutaneo, epidurale.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
18	Allarmi acustici e/o visivi di fine infusione, di occlusione della linea infusoriale, di insufficienza stato di carica batteria, di posizionamento scorretto del set infusoriale, di -segnalazione guasto all'apparecchiatura, di dose limite raggiunta.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
19	Sensore di presenza aria nel deflussore.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
20	Display con segnalazione stato operativo dell'apparecchiatura ed indicazioni almeno delle impostazioni: velocità di infusione, volume infuso dall'inizio del trattamento, dose massima, stato di carica della batteria, allarmi vari.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

	2. SET PER POMPA PCA Requisiti minimi richiesti (pena esclusione)	Presenza requisito richiesto		Note di dettaglio (eventuali)
1	Deve essere destinato alla somministrazione di farmaci tramite pompa PCA.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2	Costituito da: un perforatore o un serbatoio, uno stringitubo e raccordo maschio terminale luer-lock	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3	Sterile, apirogeno, privo di lattice ed incapace di cedere sostanze ai liquidi che scorrono nel lume	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4	Tubo sufficientemente trasparente da poter consentire il rilevamento di eventuali bolle d'aria	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
5	Dispositivo di sicurezza antiriflusso libero automatico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
6	Quantitativo di riempimento non superiore a 10 ml	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
7	Certificazione di compatibilità con il modello di pompa offerto, rilasciata dalla Ditta produttrice della pompa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
8	validità residua al momento della fornitura non inferiore ai 2/3 di quella totale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

LOTTO 4

POMPE A SIRINGA PER ANESTESIA / S.O. CON METODICA TCI - (CND: Z12030302) – (CIG: 54949765A4)

Requisiti minimi richiesti a pena di esclusione

	1. <u>POMPE A SIRINGA PER ANESTESIA / S.O. CON METODICA TCI</u> Requisiti minimi richiesti (pena esclusione)	Presenza requisito richiesto		Note di dettaglio (eventuali)
1	Velocità di infusione programmabile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2	Range velocità di infusione non inferiore a [0,1-999] ml/h con incremento minimo non superiore a 0,1 ml/h nel range [0,1-99,9] e non superiore a 1ml/h nel range [99,9-999]	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3	Errore di infusione non superiore a $\pm 2\%$ della velocità impostata	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4	ANNULLATO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
5	Funzione KVO di mantenimento della pervietà della linea venosa al termine dell'infusione.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
6	Funzione di bolo con velocità e volume programmabili	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
7	Bolo manuale senza fermare l'infusione con riavvio automatico dell'infusione a fine bolo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
8	Soglia di occlusione regolabile su diversi livelli senza interrompere l'infusione	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
9	Funzione stand-by senza allarmi o con allarmi tacitabili anche a parametri impostati	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
10	Controllo della quantità infusa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
11	Impostazione peso corporeo.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
12	Variazione del flusso orario senza interrompere l'infusione.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
13	Programmi di utilizzo:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
13.1	in modalità ml/h	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
13.2	in modalità TIVA, incluso display grafico predittivo concentrazione plasmatici (Cp) e quella del sito effettore (Ce)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
13.3	in modalità TCI concentrazione plasmatici	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
13.4	in modalità TCI concentrazione sito effettore.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
14	Visualizzazione sul display: dose induzione, volume totale induzione.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

15	Induzione in periodo programmato e successivo passaggio automatico alla velocità di mantenimento.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
16	Controllo delle operazioni della pompa in modo che i parametri di infusione si modifichino automaticamente per mantenere la concentrazione desiderata.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
17	Infusione in modalità TCI con diversi farmaci (almeno Propofol e Remifentanil) e relativi modelli con marchio CE con calcolo della dose al sito effetore ed in concentrazione plasmatici:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
18	possibilità di aggiornamento anche futuro con altri farmaci	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
19	Funzionamento in modalità TCI anche con siringhe non preriempite	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
20	Certificazione CE in tutti i profili TCI	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
21	Infusione in modalità TIVA visualizzando a display il nome del farmaco da una lista preimpostata con possibilità di aggiornamento dei farmaci memorizzati.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
22	Doppia alimentazione a rete (specificare se con trasformatore interno o esterno) e a batteria ricaricabile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
23	Commutazione automatica da un'alimentazione all'altra	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
24	Segnalazione visiva del tipo di alimentazione attivo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
25	Indicatore dello stato di carica e ricarica della batteria.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
26	Ogni pompa deve poter funzionare autonomamente con proprio cavo di alimentazione, con spina conforme alle prese in uso presso i diversi Presidi Ospedalieri	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
27	Le singole pompe devono essere impilabili con sistema di centralizzazione elettrica con alimentazione a cavo singolo.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
28	Ogni pompa deve essere utilizzabile in appoggio o ancorata a stativi o piantane porta flebo tramite sistema di ancoraggio incluso nella fornitura	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
29	Il fissaggio dovrà permettere il posizionamento di almeno due pompe sul medesimo supporto.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
30	Aggiornabilità software: tutti gli aggiornamenti software rilasciati durante il periodo contrattuale sono inclusi in fornitura	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
31	Registrazione e lettura contemporanea sul display dei seguenti parametri: nome farmaco, velocità/dosaggio e concentrazione, volume totale in ml, volume infuso, stato di carica della batteria.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

32	Interfaccia software e allarmistica in lingua italiana	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
33	ANNULLATO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
34	Compatibile con maggior numero di siringhe e prolunghe in commercio	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
35	Riconoscimento automatico del volume della siringa utilizzata	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
36	Dimensioni contenute	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

Elementi tecnici soggetti a valutazione e ad attribuzione di punteggio

	Elementi soggetti a valutazione	Parametro da valutare	Specifiche
A	numero di farmaci	specificare numero di farmaci	N° = _____
B	Allarmi sonori e visivi, con guida, per il malfunzionamento della pompa	Allarmi sonori e visivi, con guida, per il malfunzionamento della pompa	Specificare:
C	Allarmi sonori e visivi per: occlusione (diversi livelli), siringa quasi vuota, mal posizionamento siringa, dose limite e fine dose, fine infusione e preallarme di fine infusione, allarme di flusso non corrispondente all'impostato, allarme di interruzione di tensione all'alimentazione o di insufficiente stato di carica della batteria,	Allarmi sonori e visivi per: occlusione (diversi livelli), siringa quasi vuota, mal posizionamento siringa, dose limite e fine dose, fine infusione e preallarme di fine infusione, allarme di flusso non corrispondente all'impostato, allarme di interruzione di tensione all'alimentazione o di insufficiente stato di carica della batteria, eventuali altri	Specificare:
D	Allarmi non disattivabili automaticamente (necessità intervento dell'operatore)	Allarmi non disattivabili automaticamente (necessità intervento dell'operatore)	Specificare:
E	Autonomia con funzionamento a batteria non inferiore a 3 ore per infusione di circa 120 ml/h	Autonomia con funzionamento a batteria non inferiore a 3 ore per infusione di circa 120 ml/h	Tempo autonomia: _____
F	Ridotto tempo di ricarica delle batterie	Ridotto tempo di ricarica delle batterie (specificare tempi per ricarica completa con apparecchiatura spenta e accesa)	Tempo ricarica: _____
G	Display preferibilmente LCD di dimensioni adeguate alla visualizzazione dei parametri di funzionamento impostati.	Display preferibilmente LCD di dimensioni adeguate alla visualizzazione dei parametri di funzionamento	Pollici = _____

		impostati. Specificare dimensione in pollici.	
H	Elevato grado IP di protezione alla penetrazione dei liquidi, pulsantiera compresa	Elevato grado IP di protezione alla penetrazione dei liquidi, pulsantiera compresa, almeno IPX1	Grado IP Y = _____
I	gestione libreria farmaci	gestione libreria farmaci, eventualmente aggiornabile da remoto	Specificare:
L	possibilità di interfacciamento a sistemi informativi e/o cartelle cliniche informatizzate, indicando con quali prodotti/sistemi è già stata implementata	specificare possibilità di interfacciamento a sistemi informativi e/o cartelle cliniche informatizzate, indicando con quali prodotti/sistemi è già stata implementata	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
M	possibilità di interfacciamento a sistemi di monitoraggio, indicando con quali prodotti/sistemi è già stata implementata	specificare possibilità di interfacciamento a sistemi di monitoraggio, indicando con quali prodotti/sistemi è già stata implementata	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
N	Peso contenuto	Peso contenuto : specificare peso della pompa completa di ogni accessorio	Grammi = _____
O	numero modelli/programmi infusionali (con marchio CE) disponibili	numero modelli/programmi infusionali	Specificare: _____

LOTTO 5

SISTEMI PER INFUSIONE PER REPARTI DI TERAPIA INTENSIVA (CND: Z12030301) – (CIG: 5495007F36)

Requisiti minimi richiesti a pena di esclusione

1. SISTEMA MODULARE		Presenza requisito richiesto		Note di dettaglio (eventuali)
	Requisiti minimi richiesti (pena esclusione)			
1	Sistema modulare integrato con possibilità di montaggio contemporaneo di pompe volumetriche e a siringa per ogni stazione di lavoro	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2	Possibilità di gestione centralizzata contemporanea di almeno 4 dispositivi infusionali:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3	Il sistema deve consentire il montaggio su barre di ancoraggio e/o stativi	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4	Modalità rapida di aggancio e sgancio dei dispositivi di infusione dal sistema modulare, possibilmente senza utilizzo di attrezzi esterni	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
5	Ogni modulo deve avere un solo cavo di alimentazione con spina conforme alle prese in uso presso i vari Presidi Ospedalieri	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
6	Dimensioni contenute	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

2. POMPE VOLUMETRICHE		Presenza requisito richiesto		Note di dettaglio (eventuali)
	Requisiti minimi richiesti (pena esclusione)			
1	Integrabili nel sistema modulare con possibilità di funzionamento anche indipendente	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2	Velocità di infusione programmabile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3	Velocità di infusione:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4	velocità minima non superiore a 0,1 ml/h	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
5	incremento minimo non superiore a 0,1 ml/h nel range [0,1-99,9]	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
6	incremento minimo non superiore a 1 ml/h sopra i 99,9 ml/h	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
7	errore di infusione non superiore a $\pm 5\%$ della velocità impostata	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
8	Volume di infusione impostabile tra 1 ml e 9999 ml	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
9	Flusso per via pervia KVO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
10	Funzione di bolo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
11	Funzione stand-by	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
12	Controllo della quantità infusa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
13	Dispositivo antiriflusso libero	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

14	Doppia alimentazione a rete (specificare se con trasformatore interno o esterno) e a batteria ricaricabile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
15	Commutazione automatica da un'alimentazione all'altra	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
16	Segnalazione visiva del tipo di alimentazione attivo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
17	Indicatore dello stato di carica e ricarica della batteria.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
18	Ogni pompa deve essere utilizzabile in appoggio o ancorata a stativi o piantane porta flebo tramite sistema di ancoraggio incluso nella fornitura	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
19	Aggiornabilità software	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
20	Display in lingua italiana	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
21	visualizzazione dei parametri di funzionamento impostati: velocità di infusione, volume infuso dall'inizio del trattamento, stato di carica della batteria, allarmi, tempi di infusione	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
22	facilmente sanificabile : specificare prodotti e modalità)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
23	Auto-test iniziale per la verifica del corretto funzionamento della pompa.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
24	Blocco tastiera per evitare manipolazioni accidentali	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
25	Dimensioni contenute	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
26	Caratteristiche informatiche e di interfacciabilità:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
27	gestione libreria farmaci, eventualmente aggiornabile da remoto	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

	<u>3. POMPE A SIRINGA</u>	Presenza requisito richiesto		Note di dettaglio (eventuali)
	Requisiti minimi richiesti (pena esclusione)			
1	Integrabili nel sistema modulare con possibilità di funzionamento anche indipendente	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2	Velocità di infusione programmabile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3	Range velocità di infusione non inferiore a [0,1-999] ml/h con incremento minimo non superiore a 0,1 ml/h nel range [0,1-99,9] e non superiore a 1ml/h nel range [99,9-999]	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4	Errore di infusione non superiore a $\pm 2\%$ della velocità impostata	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
5	Flusso per via pervia KVO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
6	Funzione di bolo con velocità e volume programmabili	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
7	Riduzione automatica del volume di bolo dopo l'allarme di occlusione	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
8	Soglia di occlusione regolabile su diversi livelli	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
9	Funzione stand-by	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
10	Controllo della quantità infusa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

11	Doppia alimentazione a rete (specificare se con trasformatore interno o esterno) e a batteria ricaricabile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
12	Commutazione automatica da un'alimentazione all'altra	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
13	Segnalazione visiva del tipo di alimentazione attivo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
14	Indicatore dello stato di carica e ricarica della batteria.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
15	Ogni pompa deve poter funzionare autonomamente con proprio cavo di alimentazione, con spina conforme alle prese in uso presso i diversi Presidi Ospedalieri	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
16	Ogni pompa deve essere utilizzabile in appoggio o ancorata a stativi o piantane porta flebo tramite sistema di ancoraggio incluso nella fornitura	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
17	Aggiornabilità software	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
18	Interfaccia software, allarmistica in lingua italiana	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
19	In grado di utilizzare siringhe luer-lock, da 10, 20, 30, 50 ml	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
20	Compatibile con maggior numero siringhe e prolunghe in commercio	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
21	riconoscimento automatico volume siringa utilizzata	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
22	Dimensioni contenute	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
23	gestione libreria farmaci, eventualmente aggiornabile da remoto	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

Elementi tecnici soggetti a valutazione e ad attribuzione di punteggio

	Elementi soggetti a valutazione	Parametro da valutare	Specifiche
A1	SISTEMA MODULARE		
B1	posizioni per pompe volumetriche e siringa differenziate	specificare se le posizioni per pompe volumetriche e siringa sono differenziate	Specificare: _____
C1	centralizzazione e remotizzazione degli allarmi	Eventuale centralizzazione e remotizzazione degli allarmi	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
D1	Peso contenuto	Peso contenuto	Grammi: _____
E1	Caratteristiche informatiche e di interfacciabilità:	Caratteristiche informatiche e di interfacciabilità:	
F1	gestione libreria farmaci con almeno 10 farmaci,	gestione libreria farmaci con almeno 10 farmaci,	

	eventualmente aggiornabile da remoto	eventualmente aggiornabile da remoto	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
G1	possibilità di interfacciamento a sistemi informativi e/o cartelle cliniche informatizzate, indicando con quali prodotti/sistemi è già stata implementata	specificare possibilità di interfacciamento a sistemi informativi e/o cartelle cliniche informatizzate, indicando con quali prodotti/sistemi è già stata implementata	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
H1	possibilità di interfacciamento a sistemi di monitoraggio, indicando con quali prodotti/sistemi è già stata implementata	specificare possibilità di interfacciamento a sistemi di monitoraggio, indicando con quali prodotti/sistemi è già stata implementata	SI <input type="checkbox"/> specificare NO <input type="checkbox"/>
I1	possibilità di gestione (censimento, utilizzo, allarmi, guasti, ecc.) delle pompe da remoto	specificare possibilità di gestione (censimento, utilizzo, allarmi, guasti, ecc.) delle pompe da remoto	Specificare _____
L1	altre funzioni migliorative incluse in fornitura	Eventuali altre funzioni migliorative incluse in fornitura	Valutazione commissione
A2	POMPE VOLUMETRICHE	POMPE VOLUMETRICHE	
B2	Velocità di infusione:	Velocità di infusione:	
C2	velocità massima	velocità massima non inferiore a 999 ml/h	V= _____
D2	Soglia di occlusione regolabile su diversi livelli	Soglia di occlusione regolabile su diversi livelli	N° LIVELLI: _____
E2	allarmistica visiva e sonora:	Adeguate allarmistica visiva e sonora:	Valutazione Commissione
F2	allarme visivo e sonoro per volume limite infuso	allarme visivo e sonoro per volume limite infuso	Valutazione Commissione
G2	allarmi visivi e sonori, con guida, per il malfunzionamento della pompa	allarmi visivi e sonori, con guida, per il malfunzionamento della pompa	Valutazione Commissione
H2	allarmi visivi e sonori per il malfunzionamento di apparato, cannula, occlusione, presenza aria, batteria in esaurimento, fine infusione, ecc.	allarmi visivi e sonori per il malfunzionamento di apparato, cannula, occlusione, presenza aria, batteria in esaurimento, fine infusione, ecc.	Valutazione Commissione
I2	allarmi non disattivabili automaticamente	allarmi non disattivabili automaticamente (necessità intervento dell'operatore)	Valutazione Commissione
L2	allarmi riconoscibili a distanza	allarmi riconoscibili a distanza	Valutazione Commissione

M2	Autonomia con funzionamento a batteria non inferiore a 3 ore per infusione di circa 120 ml/h	Autonomia con funzionamento a batteria non inferiore a 3 ore per infusione di circa 120 ml/h	Tempo autonomia = _____
N2	Ridotto tempo di ricarica delle batterie	Ridotto tempo di ricarica delle batterie (specificare tempi per ricarica completa con apparecchiatura spenta e accesa)	Tempo ricarica = _____
O2	Display LCD di ampie dimensioni	preferibilmente LCD di ampie dimensioni (specificare pollici)	Display (pollici) = _____
P2	Elevato grado IP di protezione alla penetrazione dei liquidi, pulsantiera compresa, almeno IPX1	Elevato grado IP di protezione alla penetrazione dei liquidi, pulsantiera compresa, almeno IPX1	Grado IP(x) Y= _____
Q2	Peso contenuto	Peso contenuto : specificare peso della pompa completa di ogni accessorio	Grammi= _____
R2	numero farmaci gestiti	specificare numero farmaci gestiti	numero farmaci gestiti = _____
S2	possibilità di interfacciamento a sistemi informativi e/o cartelle cliniche informatizzate, indicando con quali prodotti/sistemi è già stata implementata	specificare possibilità di interfacciamento a sistemi informativi e/o cartelle cliniche informatizzate, indicando con quali prodotti/sistemi è già stata implementata	Specificare _____
T2	possibilità di interfacciamento a sistemi di monitoraggio, indicando con quali prodotti/sistemi è già stata implementata	specificare possibilità di interfacciamento a sistemi di monitoraggio, indicando con quali prodotti/sistemi è già stata implementata	SI <input type="checkbox"/> Specificare _____ NO <input type="checkbox"/>
T2.1	possibilità di gestione delle pompe da remoto	possibilità di gestione (censimento, utilizzo, allarmi, guasti, etc.) delle pompe da remoto	specificare
U2	caratteristiche migliorative incluse in fornitura	Eventuali caratteristiche migliorative incluse in fornitura	specificare
V2	caratteristiche migliorative disponibili ma non incluse in fornitura	Eventuali caratteristiche migliorative disponibili ma non incluse in fornitura	specificare

A3	POMPE A SIRINGA	POMPE A SIRINGA	
B3	Allarmi sonori e visivi, con guida, per il malfunzionamento della pompa	Allarmi sonori e visivi, con guida, per il malfunzionamento della pompa	specificare
C3	Allarmi per: occlusione siringa, siringa quasi vuota, mal posizionamento siringa, batteria scarica, ecc.	Allarmi per: occlusione siringa, siringa quasi vuota, mal posizionamento siringa, batteria scarica, ecc.	specificare
D3	Allarmi non disattivabili automaticamente (necessità intervento dell'operatore)	Allarmi non disattivabili automaticamente (necessità intervento dell'operatore)	specificare
E3	Autonomia con funzionamento a batteria non inferiore a 3 ore per infusione di circa 120 ml/h	Autonomia con funzionamento a batteria non inferiore a 3 ore per infusione di circa 120 ml/h	Tempo autonomia = _____
F3	Ridotto tempo di ricarica delle batterie (specificare tempi per ricarica completa con apparecchiatura spenta e accesa)	Ridotto tempo di ricarica delle batterie (specificare tempi per ricarica completa con apparecchiatura spenta e accesa)	Tempo ricarica = _____
G3	Display	Display preferibilmente LCD per la visualizzazione dei parametri di funzionamento impostati	Display (pollici) = _____
H3	Elevato grado IP di protezione alla penetrazione dei liquidi, pulsantiera compresa, almeno IPX1	Elevato grado IP di protezione alla penetrazione dei liquidi, pulsantiera compresa, almeno IPX1	Grado IP(x) Y= _____
I3	Peso contenuto	Peso contenuto : specificare peso della pompa completa di ogni accessorio	Grammi= _____
L3	numero farmaci gestiti	specificare numero farmaci gestiti	numero farmaci gestiti = _____
M3	interfacciamento a sistemi informativi e/o cartelle cliniche informatizzate, indicando con quali prodotti/sistemi è già stata implementata	specificare possibilità di interfacciamento a sistemi informativi e/o cartelle cliniche informatizzate, indicando con quali prodotti/sistemi è già stata implementata	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

N3	possibilità di interfacciamento a sistemi di monitoraggio, indicando con quali prodotti/sistemi è già stata implementata	specificare possibilità di interfacciamento a sistemi di monitoraggio, indicando con quali prodotti/sistemi è già stata implementata	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
O3	possibilità di gestione (censimento, utilizzo, allarmi, guasti, ecc.) delle pompe da remoto	specificare possibilità di gestione (censimento, utilizzo, allarmi, guasti, ecc.) delle pompe da remoto	SI <input type="checkbox"/> Specificare _____ NO <input type="checkbox"/>
P3	caratteristiche migliorative incluse in fornitura	Eventuali caratteristiche migliorative incluse in fornitura	specificare
Q3	caratteristiche migliorative disponibili ma non incluse in fornitura	Eventuali caratteristiche migliorative disponibili ma non incluse in fornitura	specificare

	<u>DEFLUSSORE STANDARD</u>	Presenza requisito richiesto		Note di dettaglio (eventuali)
	Requisiti minimi richiesti (pena esclusione)			
1	Deve essere destinato alla somministrazione dei liquidi perfusionali tramite pompa volumetrica.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2	Costituito da un perforatore, una camera di gocciolamento, uno stringitubo, un punto di iniezione ad Y e un raccordo maschio terminale luer-lock	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3	Sterile, apirogeno, atossico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4	Privo di lattice	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
5	Incapace di cedere sostanze ai liquidi che scorrono nel lume	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
6	La lunghezza totale dell'apparato deve essere ≥ 2000 mm	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
7	Perforatore in materiale rigido adatto a forare i tappi, tale che la perforazione non provochi il distacco dei frammenti del tappo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
8	Camera di gocciolamento trasparente, non rigida, ma facilmente comprimibile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
9	Filtro idrofobico-antibatterico per l'entrata dell'aria per l'utilizzo con flaconi e sacche	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
10	Stringitubo che permetta di arrestare completamente la caduta del liquido	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
11	ANNULLATO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
12	Tubo sufficientemente trasparente da poter consentire il rilevamento di eventuali bolle d'aria	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
13	Dispositivo di sicurezza antiriflusso libero automatico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
14	Durata di almeno 48 ore o superiore (da scheda tecnica o idonea dichiarazione)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

15	Certificazione di compatibilità con il modello di pompa offerto, rilasciata dalla Ditta produttrice della pompa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
16	validità residua al momento della fornitura non inferiore ai 2/3 di quella totale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

	<u>DEFLUSSORE DESTINATO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI INCOMPATIBILI CON IL PVC</u> Requisiti minimi richiesti (pena esclusione)	Presenza requisito richiesto		Note di dettaglio (eventuali)
1	Deve essere destinato alla somministrazione di farmaci incompatibili con il PVC.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2	Materiale idoneo alla somministrazione di farmaci incompatibili con il PVC	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3	Costituito da un perforatore, una camera di gocciolamento, uno stringitubo e un raccordo maschio terminale luer-lock	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4	Sterile, apirogeno, atossico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
5	Privo di lattice	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
6	Incapace di cedere sostanze ai liquidi che scorrono nel lume	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
7	La lunghezza totale dell'apparato deve essere _ 2000 mm	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
8	Perforatore in materiale rigido adatto a forare i tappi, tale che la perforazione non provochi il distacco dei frammenti del tappo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
9	Camera di gocciolamento trasparente, non rigida, ma facilmente comprimibile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
10	Filtro idrofobico-antibatterico per l'entrata dell'aria per l'utilizzo con flaconi e sacche	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
11	Stringitubo che permetta di arrestare completamente la caduta del liquido	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
12	Punto di iniezione supplementare a Y in materiale plastico rigido	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
13	Tubo sufficientemente trasparente da poter consentire il rilevamento di eventuali bolle d'aria	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
14	Dispositivo di sicurezza antiriflusso libero automatico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
15	Durata di almeno 24 ore o superiore (da scheda tecnica o idonea dichiarazione)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
16	Certificazione di compatibilità con il modello di pompa offerto, rilasciata dalla Ditta produttrice della pompa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
17	validità residua al momento della fornitura non inferiore ai 2/3 di quella totale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

	<u>DEFLUSSORE PER FARMACI FOTONSENSIBILI</u>	Presenza requisito richiesto		Note di dettaglio (eventuali)
	Requisiti minimi richiesti (pena esclusione)			
1	Deve essere destinato alla somministrazione di farmaci fotosensibili.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2	Il tubo deve possedere capacità schermante nei confronti di fonti luminose	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3	Costituito da un perforatore, una camera di gocciolamento, uno stringitubo, e un raccordo maschio terminale luer-lock	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4	Sterile, apirogeno, atossico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
5	Privo di lattice	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
6	Incapace di cedere sostanze ai liquidi che scorrono nel lume	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
7	La lunghezza totale dell'apparato deve essere ≥ 2000 mm	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
8	Perforatore in materiale rigido adatto a forare i tappi, tale che la perforazione non provochi il distacco dei frammenti del tappo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
9	Camera di gocciolamento trasparente, non rigida, ma facilmente comprimibile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
10	Filtro idrofobico-antibatterico per l'entrata dell'aria per l'utilizzo con flaconi e sacche	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
11	Stringitubo che permetta di arrestare completamente la caduta del liquido	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
12	Dispositivo di sicurezza antiriflusso libero automatico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
13	Durata di almeno 24 ore o superiore (da scheda tecnica o idonea dichiarazione)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
14	Certificazione di compatibilità con il modello di pompa offerto, rilasciata dalla Ditta produttrice della pompa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
15	validità residua al momento della fornitura non inferiore ai 2/3 di quella totale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

	<u>DEFLUSSORE PER LIPIDI</u>	Presenza requisito richiesto		Note di dettaglio (eventuali)
	Requisiti minimi richiesti (pena esclusione)			
1	Deve essere destinato alla somministrazione di lipidi.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2	In materiale idoneo alla somministrazione di lipidi	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3	Costituito da un perforatore, una camera di gocciolamento, uno stringitubo, un punto di iniezione ad Y e un raccordo maschio terminale luer-lock	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

4	Sterile, apirogeno, atossico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
5	Privo di lattice	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
6	Incapace di cedere sostanze ai liquidi che scorrono nel lume	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
7	La lunghezza totale dell'apparato deve essere ≥ 2000 mm	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
8	Perforatore in materiale rigido adatto a forare i tappi, tale che la perforazione non provochi il distacco dei frammenti del tappo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
9	Camera di gocciolamento trasparente, non rigida, ma facilmente comprimibile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
10	Filtro idrofobico-antibatterico per l'entrata dell'aria per l'utilizzo con flaconi e sacche	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
11	Stringitubo che permetta di arrestare completamente la caduta del liquido	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
12	ANNULLATO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
13	Tubo sufficientemente trasparente da poter consentire il rilevamento di eventuali bolle d'aria	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
14	Dispositivo di sicurezza antiriflusso libero automatico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
15	Durata di almeno 24 ore o superiore (da scheda tecnica o idonea dichiarazione)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
16	Certificazione di compatibilità con il modello di pompa offerto, rilasciata dalla Ditta produttrice della pompa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
17	validità residua al momento della fornitura non inferiore ai 2/3 di quella totale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

TUTTI I LOTTI

	<u>ALTRI REQUISITI OBBLIGATORI PER TUTTI I LOTTI</u> Requisiti minimi richiesti (pena esclusione)	Presenza requisito richiesto	Note di dettaglio (eventuali)
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------	------------------------------------------

1	Tutte le componenti dell'apparecchiatura e gli accessori e strumenti in fornitura devono essere nuovi	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2	Tutto il necessario (attività, servizi, materiali, ecc.) a consegnare ed installare in sicurezza quanto fornito è a carico del fornitore	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3	Tutto il necessario (compresi eventuali materiali di consumo) alla messa in uso di ogni sistema deve essere compreso in fornitura	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4	Tutti gli imballaggi utilizzati per il trasporto delle apparecchiature dovranno essere rimossi e allontanati dal fornitore subito dopo la consegna	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
5	Ogni sistema deve essere corredato già alla presentazione dell'offerta di gara di tutte le certificazioni di conformità alle normative vigenti e alle direttive CEE (in particolare Direttiva 93/42/CEE e s.m.i. e certificato di marcatura CE che dovrà essere prodotto all'interno dell'offerta tecnica)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
6	Conformità alla normativa UE vigente	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
7	Il fornitore dovrà consegnare ad ogni reparto oggetto di fornitura n.2 copie dei manuali d'uso in lingua italiana (di cui una in formato elettronico CD/DVD)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
8	Il fornitore dovrà consegnare all'Ingegneria Clinica dell'Azienda (o all'Ufficio Tecnico) n.1 copia del manuale di manutenzione in formato elettronico completo di schemi elettrici/pneumatici/vapore/ idraulici/meccanici	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
9	Per tutta la durata contrattuale è compreso in fornitura quanto specificato nell'allegato contratto "full risk", che contiene i requisiti minimi del servizio e dovrà essere sottoscritto, pena esclusione, alla presentazione dell'offerta.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
10	Descrivere tempi e modalità dell'attività di formazione inclusa in fornitura che dovrà comprendere almeno:			
11	Formazione del personale utente: training operativo per consentire l'esecuzione di tutte le attività connesse al processo e gestione delle apparecchiature (da effettuarsi in due sessioni successive presso le strutture di ogni singola Azienda: all'atto del collaudo e dopo tre mesi dall'installazione (durata minima 3 ore per sessione)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
12	Formazione del personale manutentore: training tecnico/manutentivo per consentire l'esecuzione di	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

	interventi diagnostici e correttivi di primo livello a tecnici interni di ogni singola Azienda.			
13	Le pompe e i dispositivi connessi dovranno essere idonei all'uso neonatale, pediatrico e su soggetti adulti.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

Luogo e data _____, _____

IL DICHIARANTE (firma del dichiarante e timbro dell'impresa)

Modalità di compilazione della domanda:

1. La firma non è soggetta ad autenticazione.
2. La presente dichiarazione deve essere prodotta unitamente a **copia fotostatica non autenticata** di un documento di identità del sottoscrittore, ai sensi dell'art. 38 comma 3) del D.P. R. n. 445/2000.
3. È ammesso barrare più di una casella nei casi di cui ai punti "c" del lotto n. 3.
4. I campi del presente modulo devono essere compilati tutti obbligatoriamente.
5. Il presente modulo dovrà essere compilato in ogni parte, esclusivamente tramite computer o macchina per scrivere, firmato e timbrato in originale su supporto cartaceo.
6. Una copia digitale, in formato word compatibile ed editabile (.doc oppure .Docx), compilata in ogni parte ed identica al modulo cartaceo, dovrà essere allegata su supporto ottico CD-ROM non riscrivibile, insieme alla copia digitale in formato .pdf di un valido documento di identità del sottoscrittore, da inserire nel CD-ROM sopra indicato.