

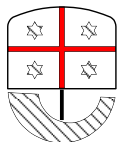
REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

QUESTIONARIO TECNICO

M5 BIS

Procedura aperta, ai sensi dell'art.60 del D.Lgs. n. 50/2016, per l'affidamento della Fornitura in Accordo quadro di "Dispositivi e presidi per pazienti colo-uro-ileo stomizzati - III edizione (Accessori)" occorrenti alle AA.SS.LL., EE.OO. e I.R.C.C.S. della Regione Liguria per un periodo di 36 mesi con possibilità di proroga contrattuale per ulteriori 12 mesi.

Lotti n. 15 - Numero gara: 9141980



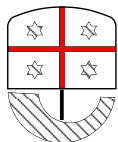
REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

Completare le schede sotto per i lotti di interesse, indicando sì/no o i dati relativi ai prodotti offerti:

Ditta _____

LOTTO 1
PASTA IDROCOLLOIDALE o POMATA PROTETTIVA

<u>CARATTERISTICHE OBBLIGATORIE</u>	Presenza requisito richiesto		Note di dettaglio (specificare dove reperire nella documentazione tecnica quanto affermato)
CODICE ISO		
Pasta protettiva, o pomata,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
a base idrocolloidale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CON alcool	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
da applicare sulla cute peristomale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Tubo tra 50 e 60 gr	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

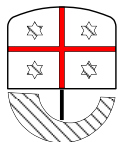


REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

Ditta _____

LOTTO 2
PASTA IDROCOLLOIDALE o POMATA PROTETTIVA

<u>CARATTERISTICHE OBBLIGATORIE</u>	Presenza requisito richiesto		Note di dettaglio (specificare dove reperire nella documentazione tecnica quanto affermato)
CODICE ISO		
Pasta protettiva, o pomata,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
a base idrocolloidale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
SENZA alcool	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
da applicare sulla cute peristomale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Tubo tra 50 e 60 gr	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

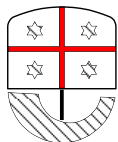


REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

Ditta _____

LOTTO 3
POLVERE AD AZIONE ASSORBENTE

<u>CARATTERISTICHE OBBLIGATORIE</u>	Presenza requisito richiesto		Note di dettaglio (specificare dove reperire nella documentazione tecnica quanto affermato)
CODICE ISO		
polvere ad azione assorbente e protettiva	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
da applicare sulla cute peristomale.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Flacone tra 25 e 30 gr	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

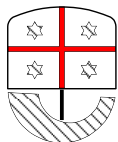


REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

Ditta _____

LOTTO 4
FILM PROTETTIVO

<u>CARATTERISTICHE OBBLIGATORIE</u>	Presenza requisito richiesto		Note di dettaglio (specificare dove reperire nella documentazione tecnica quanto affermato)
CODICE ISO		
FILM PROTETTIVO cutaneo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
in salviette	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CON alcool	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

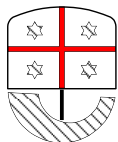


REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

Ditta _____

LOTTO 5
FILM PROTETTIVO

<u>CARATTERISTICHE OBBLIGATORIE</u>	Presenza requisito richiesto		Note di dettaglio (specificare dove reperire nella documentazione tecnica quanto affermato)
CODICE ISO		
FILM PROTETTIVO cutaneo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
in salviette	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
SENZA alcool	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

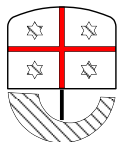


REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

Ditta _____

LOTTO 6
FILM PROTETTIVO in spray

<u>CARATTERISTICHE OBBLIGATORIE</u>	Presenza requisito richiesto		Note di dettaglio (specificare dove reperire nella documentazione tecnica quanto affermato)
CODICE ISO		
FILM PROTETTIVO cutaneo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
in spray	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Bomboletta max 50 ml	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

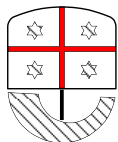


REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

Ditta _____

LOTTO 7
RIMUOVI ADESIVO in salviette CON alcool

<u>CARATTERISTICHE OBBLIGATORIE</u>	Presenza requisito richiesto		Note di dettaglio (specificare dove reperire nella documentazione tecnica quanto affermato)
CODICE ISO		
RIMUOVI ADESIVO in salviette CON alcool .	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
permette una rimozione atraumatica del dispositivo (dalla cute del paziente)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Permette la rimozione di eventuali residui di idrocolloide,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
permette la rimozione di eventuali residui anche su cute non integra	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

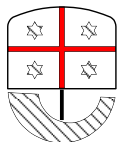


REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

Ditta _____

LOTTO 8
RIMUOVI ADESIVO in salviette SENZA alcool

<u>CARATTERISTICHE OBBLIGATORIE</u>	Presenza requisito richiesto		Note di dettaglio (specificare dove reperire nella documentazione tecnica quanto affermato)
CODICE ISO		
RIMUOVI ADESIVO in salviette SENZA alcool .	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
permette una rimozione atraumatica del dispositivo (dalla cute del paziente)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Permette la rimozione di eventuali residui di idrocolloide,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
permette la rimozione di eventuali residui anche su cute non integra	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

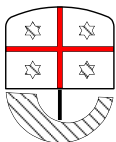


REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

Ditta _____

LOTTO 9
RIMUOVI ADESIVO in spray

<u>CARATTERISTICHE OBBLIGATORIE</u>	Presenza requisito richiesto		Note di dettaglio (specificare dove reperire nella documentazione tecnica quanto affermato)
CODICE ISO		
RIMUOVI ADESIVO in spray (bomboletta ax 50 ml)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
permette una rimozione atraumatica del dispositivo (dalla cute del paziente)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Permette la rimozione di eventuali residui di idrocolloide,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
permette la rimozione di eventuali residui anche su cute non integra	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

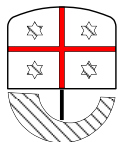


REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

Ditta _____

LOTTO 10
PASTA SOLIDIFICATA in strisce

<u>CARATTERISTICHE OBBLIGATORIE</u>	Presenza requisito richiesto		Note di dettaglio (specificare dove reperire nella documentazione tecnica quanto affermato)
CODICE ISO		
PASTA SOLIDIFICATA in strisce,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
modellabili e/o ritagliabili	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
per realizzare un'azione livellatrice e/o riempitiva sull' addome degli assistiti che presentano una superficie peristomale irregolare	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Senza alcool	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

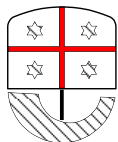


REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

Ditta _____

LOTTO 11
PASTA SOLIDIFICATA in anelli

<u>CARATTERISTICHE OBBLIGATORIE</u>	Presenza requisito richiesto		Note di dettaglio (specificare dove reperire nella documentazione tecnica quanto affermato)
CODICE ISO		
PASTA SOLIDIFICATA in anelli	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
modellabili e/o ritagliabili	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
per realizzare un'azione livellatrice e/o riempitiva sull' addome degli assistiti che presentano una superficie peristomale irregolare	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Senza alcool	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

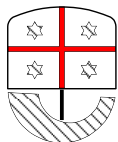


REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

Ditta _____

LOTTO 12
PASTA SOLIDIFICATA in anelli convessi

<u>CARATTERISTICHE OBBLIGATORIE</u>	Presenza requisito richiesto		Note di dettaglio (specificare dove reperire nella documentazione tecnica quanto affermato)
CODICE ISO		
PASTA SOLIDIFICATA in anelli convessi	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
modellabili e/o ritagliabili	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
per realizzare un'azione livellatrice e/o riempitiva sull' addome degli assistiti che presentano una superficie peristomale irregolare	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Senza alcool	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

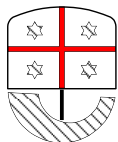


REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

Ditta _____

LOTTO 13
CEROTTO IDROCOLLOIDALE

<u>CARATTERISTICHE OBBLIGATORIE</u>	Presenza requisito richiesto		Note di dettaglio (specificare dove reperire nella documentazione tecnica quanto affermato)
CODICE ISO		
varie forme e misure,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
per aumentare la superficie di ancoraggi	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
per prevenire il sollevamento dei bordi (addomi irregolari o con cicatrici pregresse)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

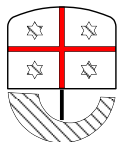


REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

Ditta _____

LOTTO 14
SET PER IRRIGAZIONE A TENUTA

<u>CARATTERISTICHE OBBLIGATORIE</u>	Presenza requisito richiesto		Note di dettaglio (specificare dove reperire nella documentazione tecnica quanto affermato)
CODICE ISO SET CODCIE ISO SONDA		
Per l'irrigazione del colon in modo autonomo o parzialmente assistito (nei casi di alterata funzione intestinale che ordinariamente richiedono l'utilizzo di farmaci)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
borsa graduata	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
sistema di controllo di tenuta dell'acqua (formato da - pompa manuale, - tappo, - sistema di fissaggio, - cateteri).	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Il catetere rettale disponibile in due diverse misure	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	



REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

Ditta _____

LOTTO 15
TAPPO ANALE

<u>CARATTERISTICHE OBBLIGATORIE</u>	Presenza requisito richiesto		Note di dettaglio (specificare dove reperire nella documentazione tecnica quanto affermato)
CODICE ISO		
dispositivo per l'incontinenza fecale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
In schiuma di poliuretano,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
compressa in un piccolo formato (delle dimensioni di una supposta)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
rivestita con uno strato idrosolubile, che a contatto con l'umidità e il calore , si espande e si adatta alla cavità rettale, impedendo la perdita incontrollata di feci solide e quindi dei cattivi odori.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	