

ALL. 3/2 – QUESTIONARIO TECNICO PER SISTEMI DI MONITORAGGIO PAZIENTI, SISTEMI DA ANESTESIA E VENTILATORI PER NIV PER REPARTI VARI DEL NUOVO BLOCCO NORD DELL'OSPEDALE NIGUARDA CA' GRANDA

<p>Impresa:</p> <p>Ragione Sociale</p> <p>Città.....(Provincia).....</p> <p>Indirizzo.....Tel.....</p> <p>email.....</p>

Compilare il presente questionario per i lotti di interesse e consegnarlo, timbrato e firmato, formato elettronico unitamente alla documentazione tecnica di gara.

I dati richiesti devono essere riportati per esteso, senza riferimenti ad altri documenti esterni (schede tecniche od altro); ove ritenuto indispensabile, i riferimenti a dati esterni devono riportare esattamente la posizione del dato (scheda di riferimento, pagina e riga).

La sequenza delle domande segue la sequenza delle richieste riportate nel capitolato tecnico.

QUESTIONARIO TECNICO LOTTO 2 – SISTEMI DA ANESTESIA

CARATTERISTICHE SISTEMI DA ANESTESIA	DA
MODELLO	
PRODUTTORE	
NAZIONE DI PRODUZIONE	
DITTA INCARICATA DELLA MANUTENZIONE	
DATA INIZIO COMMERCIALIZZAZIONE IN ITALIA	
DATA PRODUZIONE APPARECCHIO OFFERTO	
PERIODO GARANZIA ASSICURATO DAL PRODUTTORE	
PERIODO GARANZIA ASSICURATO DAL FORNITORE	
CLASSIFICAZIONE CEI (CLASSE E TIPO)	
TIPOLOGIA PAZIENTI (adulto/pediatrico/neonatale)	
INTEGRAZIONE CON I SISTEMI DI MONITORAGGIO (descrivere)	
DIMENSIONI, PESI e INGOMBRI (del sistema completo di accessori)	
INTERFACCE PRESENTI (indicare formato esportazione, tipo curve e dati e monitoraggi compatibili)	

TIPOLOGIA E DIMENSIONI DISPLAY (indicare anche se touch screen ed i parametri ventilatori visualizzabili)	
TIPOLOGIA SENSORE O2 (specificare)	
TIPOLOGIA MISCELATORE GAS	
FUNZIONAMENTO PER PAZIENTI NEONATALI (descrivere)	
PRESENZA MONITORAGGIO MAC	
SOFTWARE COMPLETAMENTE IN ITALIANO	
SISTEMA DI AUTOTEST (descrivere anche tempo richiesto e test effettuati)	
TIPOLOGIA E AUTONOMIA ACCUMULATORI	
MODALITA' DI FUNZIONAMENTO FORNITE (specificare)	
MODALITA' DI VENTILAZIONE FORNITE (specificare)	
PRESENZA USCITA AUSILIARIA PER VA E VIENI	
EROGAZIONE OSSIGENO A MACCHINA SPENTA PER EMERGENZA (descrivere le modalità)	
PREDISPOSIZIONE PER ALIMENTAZIONE DA BOMBOLE (indicare accessori necessari)	
VOLUME CORRENTE MIN E MAX IMPOSTABILI (ml)	
VALORE MINIMO IMPOSTABILE PER FLUSSO GAS FRESCI (ml/min)	
PRESENZA PEEP IMPOSTABILE (specificare intervallo di regolazione)	
REGOLAZIONE RAPPORTO I:E	
MONTAGGIO DI PIU' VAPORIZZATORI CONTEMPORANEAMENTE (descrivere modalità, tipologia blocco e tipologia vaporizzatori)	
ALLARMI PRESENTI (elencare)	
RUMOROSITA' DEL SISTEMA (dB)	
PROCEDURE DI PULIZIA E STERILIZZAZIONE	
EVACUAZIONE GAS (tipologia, rumorosità (dB), regolazione)	
DATI ED EVENTI MEMORIZZABILI (numero e tipologia)	
SISTEMA DI AGGIORNAMENTO SOFTWARE	
TIPOLOGIA SOFTWARE INSTALLATI	
POSSIBILITA' DI ESPANSIONE (descrivere)	
FISSAGGIO (MODALITA', SUPPORTI,...)	
ULTERIORI INFORMAZIONI RITENUTE IMPORTANTI	

ASSISTENZA TECNICA	
NUMERO DI INSTALLAZIONI DELLO STESSO MODELLO IN ITALIA (indicare il nome del Centro e nominativo di riferimento)	
NUMERO DI INSTALLAZIONI DELLO STESSO MODELLO IN EUROPA (indicare il nome del Centro e nominativo di riferimento)	
DESCRIZIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA TECNICA DELLA ZONA DI PERTINENZA: N° di tecnici dedicati alla tipologia di apparecchiatura e loro sede, sede del magazzino ricambi	
NUMERO DI ORE DI FORMAZIONE MEDIO PER ANNO DEDICATO AI TECNICI DI ASSISTENZA DELLA TIPOLOGIA DI APPARECCHIATURA INTERESSATA	
TIPO DI CORSO E DI ISTRUZIONE PER IL PERSONALE UTILIZZATORE (presenza programma dettagliato, insegnanti, luogo di effettuazione del corso, periodicità degli aggiornamenti, ecc.) E I RIFERIMENTI DEGLI SPECIALISTI DI PRODOTTO DA CONSULTARE PER PROBLEMI DI UTILIZZO	
PROGRAMMA DEL CORSO DI ISTRUZIONE PER INTERVENTI DI PRIMO LIVELLO PER IL PERSONALE DEL SIC (presenza programma dettagliato, insegnanti, luogo di effettuazione del corso, periodicità degli aggiornamenti, ecc.)	
MODALITÀ DI GESTIONE DELLE CHIAMATE DI ASSISTENZA TECNICA (SIA HW E SIA SW) CON DESCRIZIONE DEL WORK-FLOW E INDICAZIONE DEI DATI RELATIVI (Riferimenti, call center, fax, tel., e-mail); descrivere eventuale gestione web delle chiamate	
MODALITÀ DI AGGIORNAMENTO PERIODICO DEL SOFTWARE (come richiesto dal capitolato per il periodo di garanzia)	
N° DI MANUTENZIONI ORDINARIE (PREVENTIVE) ANNUE PREVISTE (INDICARE LA TIPOLOGIA DEI CONTROLLI EFFETTUATI) E LA LORO DURATA IN ORE PREVISTA	



TEMPO DI INTERVENTO MASSIMO PER MANUTENZIONI CORRETTIVE DICHIARATO	
TEMPO MASSIMO PREVISTO DI RISOLUZIONE DEL GUASTO	
TEMPO MASSIMO DI APPROVVIGIONAMENTO RICAMBI	
ORARI E GIORNI DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA	
STRUTTURA DELL'ORGANIZZAZIONE PER QUANTO RIGUARDA IL SUPPORTO TECNICO-SCIENTIFICO AL CLIENTE	
NUMERO DI INTERVENTI TECNICI DI MANUTENZIONE CORRETTIVA EFFETTUATO SU APPARECCHIATURE DELLA STESSA TIPOLOGIA NEGLI ULTIMI 6 MESI DEL 2013 RAPPORTATO AL NUMERO DI APPARECCHI IN FUNZIONE (LOMBARDIA)	
TEMPO MEDIO DI RISOLUZIONE DEL GUASTO EFFETTIVO SUGLI APPARECCHI DI CUI SOPRA (NEGLI ULTIMI 6 MESI DEL 2013)	
TEMPO MEDIO DI INTERVENTO PER MANUTENZIONI CORRETTIVE PER LE APPARECCHIATURE DI CUI SOPRA (NEGLI ULTIMI 6 MESI DEL 2013)	
TABULATO COMPLETO INTERVENTI TECNICI EFFETTUATO SULLE APPARECCHIATURE DI CUI SOPRA (ULTIMI 6 MESI 2013) COMPLETO DI TUTTE LE INFORMAZIONI (RICAMBI UTILIZZATI)	
DISPONIBILITA' APPARECCHIATURE SOSTITUTIVE (elenco disponibilità attuali)	
COMPOSIZIONE KIT RICAMBI FORNITO ALL'INGEGNERIA CLINICA	



ALTRE CARATTERISTICHE	
LAVORI DI INSTALLAZIONE (specificare eventuali criticità, sistemi di aggancio usati,...)	
ALTRO (specificare ciò che caratterizza l'apparecchiatura offerta rispetto alle specifiche inserite nel capitolato tecnico)	
ACCESSORI, CONSUMABILE E MATERIALE DI CONSUMO: INDICARE EVENTUALI INFORMAZIONI RITENUTE UTILI	
ALTRE INFORMAZIONI RITENUTE UTILI	