

ALLEGATO N.6

1. Questionario tecnico di valutazione

QUESTIONARIO TECNICO

(Marcare nei check-box le voci corrispondenti a caratteristiche presenti nella versione proposta)

1. DITTA PRODUTTRICE: _____

2. DITTA DISTRIBUTRICE: _____

3. MODELLO: _____

4. ANNO DI IMMISSIONE SUL MERCATO DEL MODELLO PROPOSTO: _____

5. **VENTILATORE POLMONARE:**

5.1. CIRCUITO PAZIENTE - SISTEMA DI VENTILAZIONE (Descrivere le principali caratteristiche):

☐ APERTO: _____

☐ CHIUSO: _____

☐ ALTRO (Specificare): _____

5.2. TIPOLOGIA APPARECCHIO:

☐ VOLUMETRICO

☐ PRESSOMETRICO

☐ CONTROLLATO A TEMPO

☐ CONTROLLATO A FLUSSO

☐ ALTRO (Specificare): _____

5.3. PARAMETRI FUNZIONALI (Specificare, modalità di regolazione [touch screen, manopola, pulsante, ecc.], minimo incremento e, per le tre tipologie di paziente, i livelli min. e max impostabili):

	<i>MODALITA' REGOLAZIONE PARAMETRO</i>	CONTINUA	A PASSI	MIN. INCREMENTO SELEZIONABILE	<i>ADULTO</i> <i>Livello max - min.</i>	<i>PEDIATRICO</i> <i>Livello max - min.</i>	<i>NEONATALE</i> <i>Livello max - min.</i>
CONCENTRAZIONE O ₂ [%]		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		___ - ___	___ - ___	___ - ___
VOLUME CORRENTE [mL]		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		___ - ___	___ - ___	___ - ___
VOLUME MINUTO [L/min]		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		___ - ___	___ - ___	___ - ___
PRESSIONE INSPIRATORIA [cm H ₂ O]		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		___ - ___	___ - ___	___ - ___
FREQUENZA RESPIRATORIA [atti/min]		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		___ - ___	___ - ___	___ - ___
FLUSSO INSPIRATORIO [L/min]		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		___ - ___	___ - ___	___ - ___
TEMPO INSPIRATORIO [sec]		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		___ - ___	___ - ___	___ - ___
RAPPORTO I/E		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		___ - ___	___ - ___	___ - ___
PAUSA INSPIRATORIA [%]		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		___ - ___	___ - ___	___ - ___
PRESSIONE PEEP ELETTRONICA [cm H ₂ O]		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		___ - ___	___ - ___	___ - ___
SENSIBILITA' TRIGGER A PRESSIONE [cm H ₂ O]		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		___ - ___	___ - ___	___ - ___
SENSIBILITA' TRIGGER A FLUSSO [L/min]		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		___ - ___	___ - ___	___ - ___
MISCELAZIONE O ₂ / ARIA [% O ₂]		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		___ - ___	___ - ___	___ - ___
ALTRO (Specificare):		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		___ - ___	___ - ___	___ - ___
ALTRO (Specificare):		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		___ - ___	___ - ___	___ - ___

5.4. MODALITA' DI VENTILAZIONE (Per ogni modalit  specificare se presente di base o disponibile come opzione):

☐ SPONTANEA: _____

☐ MANUALE: _____

☐ CMV: _____

☐ VCV: _____

- ☐ PCV: _____
- ☐ IPPV: _____
- ☐ IMV (Forzata Intermittente): _____
- ☐ SIMV (Forzata Intermittente Sincronizzata): _____
- ☐ PEEP (Pressione Positiva di Fine Espirazione): _____
- ☐ CPAP (Pressione Positiva Continua): _____
- ☐ ALTRO (Specificare): _____

5.4.1. COMANDO UNICO PER COMMUTAZIONE DA MODALITA' AUTOMATICA A MANUALE:

- ☐ ASSENTE
- ☐ PRESENTE (Specificare): _____

5.5. CURVE DI FLUSSO SELEZIONABILI:

- ☐ COSTANTE
- ☐ SINUSOIDALE
- ☐ CRESCENTE
- ☐ ALTRO (Specificare): _____

6. CARRELLO PER ANESTESIA:

6.1. DISPOSITIVI DI MISCELAZIONE – FLUSSOMETRI:

6.1.1. TIPOLOGIA MISCELATORI:

- ☐ ANALOGICI
- ☐ A CONTROLLO ELETTRONICO
- ☐ ALTRO (Specificare): _____

6.1.2. NUMERO DI FLUSSOMETRI: _____

6.1.3. NUMERO DI MANOMETRI: _____

6.1.4. MISCELATORE A TRE GAS: _____

- ☐ ASSENTE
- ☐ PRESENTE (Specificare tipo di miscelazione): _____

6.1.5. FLUSSOMETRI A DOPPIA SCALA PER BASSI FLUSSI:

☐ ASSENTI

☐ PRESENTI (Specificare, per ogni gas medicale, range e risoluzione delle scale - L/min):

- O₂: _____
- N₂O: _____
- ARIA MEDICALE: _____

6.2. VAPORIZZATORI:

6.2.1. NUMERO DI UNITA' INSTALLABILI CONTEMPORANEAMENTE: _____

6.2.2. TIPO VAPORIZZATORI COMPATIBILI: _____

☐ A BOLLE

☐ CALIBRATO (Temperatura, Flusso, Pressione)

☐ RISCALDATO (Temperatura costante, calibrato in flusso e pressione)

☐ ALTRO (Specificare): _____

6.2.3. SISTEMA DI CONTROLLO (INTERLOCK):

☐ MECCANICO (Specificare): _____

☐ ELETTRONICO (Specificare): _____

6.2.4. GAS ALOGENATI UTILIZZABILI:

☐ ALOTANO

☐ ISOFLUORANO

☐ SEVOFLUORANO

☐ DESFLUORANO

☐ ALTRO (Specificare): _____

6.3. SISTEMI DI SICUREZZA:

6.3.1. AUTOTEST GENERALE ALL'ACCENZIONE:

☐ ASSENTE

☐ PRESENTE (Specificare): _____

6.3.1.1. DURATA AUTOTEST [sec]: _____

6.3.2. BLOCCO EROGAZIONE N₂O PER INSUFFICIENTE ALIMENTAZIONE O₂ (CUT OFF):

- ☐ ASSENTE
- ☐ PRESENTE (Specificare tipologia ed allarmi eventualmente presenti): _____

6.3.3. BLOCCO EROGAZIONE MISCELE CON PERCENTUALI DI O₂ INFERIORI AL 25%:

- ☐ ASSENTE
- ☐ PRESENTE (Specificare tipologia ed allarmi eventualmente presenti): _____

6.3.4. SISTEMA ATTIVO DI EVACUAZIONE DEI GAS ESPIRATI:

- ☐ ASSENTE
- ☐ PRESENTE (Specificare tipologia e se integrato o esterno all'apparecchio): _____

6.3.5. DEVIATORE AUTOMATICO O₂ / ARIA:

- ☐ ASSENTE
- ☐ PRESENTE (Specificare tipologia e se integrato o esterno all'apparecchio): _____

6.3.6. ALTRI SISTEMI DI SICUREZZA (Specificare): _____

CIRCUITO ASSORBITORE CO₂ (Specificare le dimensioni dell'assorbitore in cm e la composizione della miscela assorbente):

6.4. SENSORISTICA (Specificare, per ogni tipologia di sensore, il numero, la dislocazione, i parametri rilevati e la tecnologia costruttiva):

- O₂: _____
- FLUSSO: _____
- PRESSIONE: _____
- ALTRI SENSORI (Specificare): _____

7. SISTEMA DI VISUALIZZAZIONE PARAMETRI:

7.1. MODALITA' DI SELEZIONE PARAMETRI:

☐ TOUCH - SCREEN (Specificare parametri): _____

☐ PULSANTE (Specificare parametri): _____

☐ MANOPOLA (Specificare parametri): _____

7.2. NUMERO SCHERMI: _____

7.3. TIPOLOGIA SCHERMI (Specificare): _____

7.4. DIMENSIONE [Pollici sulla diagonale]: _____

7.5. NUMERO TRACCE VISUALIZZABILI CONTEMPORANEAMENTE: _____

7.6. NUMERO DI PARAMETRI VISUALIZZABILI CONTEMPORANEAMENTE: _____

7.7. SCHERMI A COLORI:

☐ ASSENTI

☐ PRESENTI

☐ OPZIONALI

7.8. PARAMETRI VENTILATORI MISURATI (Specificare accuratezza, risoluzione e range di misura - Per ogni parametro specificare inoltre se presente di base o disponibile come opzione):

☐ FLUSSO ESP. [L/min]: _____

☐ FLUSSO INSP. [L/min]: _____

☐ VOLUME ESP. [L/min]: _____

☐ VOLUME INSP. [L/min]: _____

☐ CONC. O₂ [%]: _____

☐ CONC. CO₂ [%]: _____

☐ GAS ALOGENATI [%]: _____

☐ TEMPERATURA [°C]: _____

☐ ALTRO (Specificare): _____

7.9. PARAMETRI VENTILATORI VISUALIZZATI (Specificare tipologia di visualizzazione [grafica e/o numerica]):

☐ CONC. O₂ (Specificare se inspirato e/o espirato): _____

☐ CONC. CO₂ (Specificare se inspirato e/o espirato): _____

☐ CONC. N₂O (Specificare se inspirato e/o espirato): _____

☐ CONCENTRAZIONE GAS ALOGENATI (Elencare gli agenti anestetici monitorizzati): _____

☐ VOLUME CORRENTE: _____

☐ VOLUME MINUTO: _____

☐ PRESSIONE INSPIRATORIA MASSIMA: _____

☐ PRESSIONE MEDIA: _____

☐ PRESSIONE DI PICCO: _____

☐ PRESSIONE DI PLATEAU: _____

☐ FLUSSO INSPIRATORIO: _____

☐ FREQUENZA RESPIRATORIA: _____

☐ RAPPORTO I / E: _____

☐ RESISTENZA VIE AEREE: _____

☐ COMPLIANCE: _____

☐ TEMPERATURA: _____

☐ PULSOSSIMETRIA: _____

☐ CAPNOGRAFIA: _____

☐ ALTRI PARAMETRI (Specificare): _____

7.10. MODULO MONITORAGGIO PARAMETRI VITALI:

☐ ASSENTE

☐ PRESENTE

☐ OPZIONALE

7.10.1. PARAMETRI MISURATI (Per ogni parametro specificare se presente di base o disponibile come opzione):

☐ ECG (Specificare n° di derivazioni monitorate): _____

☐ ANALISI DEL TRATTO "ST": _____

☐ FREQUENZA CARDIACA: _____

☐ NIBP (Specificare n° canali): _____

☐ IBP (Specificare n° canali): _____

☐ TEMPERATURA CORPOREA (Specificare n° canali): _____

☐ SpO₂: _____

☐ ALTRO (Specificare): _____

7.10.2. PARAMETRI VISUALIZZATI (Specificare tipologia di visualizzazione [grafica e/o numerica]):

☐ ECG: _____

☐ FREQUENZA CARDIACA: _____

☐ NIBP: _____

☐ IBP: _____

☐ TEMPERATURA CORPOREA: _____

☐ SpO₂: _____

☐ ALTRO (Specificare): _____

7.11. INTERFACCIA PER SISTEMA CENTRALIZZATO:

☐ ASSENTE

☐ PRESENTE (Specificare tipologia): _____

7.12. MEMORIA:

☐ ASSENTE

☐ PRESENTE (Specificare parametri memorizzabili): _____

7.13. VISUALIZZAZIONE TREND GRAFICI E TABELLARI:

☐ ASSENTE

☐ PRESENTE (Specificare parametri): _____

[illegible]

8. SISTEMI DI ALLARME:

TIPOLOGIA	REGOLAZIONE
-----------	-------------

	VISIVO	ACUSTICO	AUTOMATICO	MANUALE	LIVELLO MAX - MIN.	CONTINUA	A PASSI	MIN. INCREMENTO SELEZIONABILE
ASSENZA ALIMENTAZIONE ELETTRICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ - ___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ASSENZA ALIMENTAZIONE GAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ - ___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BASSA / ALTA CONCENTRAZIONE O ₂	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ - ___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BASSA / ALTA CONCENTRAZIONE CO ₂	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ - ___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BASSA / ALTA CONCENTRAZIONE GAS S ANESTETICI:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ - ___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BASSO / ALTO VOLUME CORRENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ - ___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BASSO / ALTO VOLUME MINUTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ - ___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PRESSIONE LIMITE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ - ___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BASSA / ALTA PRESSIONE INSPIRATORIA:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ - ___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CADUTA DI PRESSIONE INSPIRATORIA:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ - ___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BASSA / ALTA PRESSIONE PEEP / CPAP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ - ___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BASSA / ALTA FREQUENZA RESPIRATORIA RESPIRATORIA:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ - ___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BASSA / ALTA FREQUENZA CARDIACA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ - ___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BASSA SpO ₂	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ - ___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BASSA / ALTA NIBP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ - ___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BASSA / ALTA IBP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ - ___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ALTA TEMPERATURA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ - ___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
APNEA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ - ___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BATTERIA SCARICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ - ___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ALTRO (Specificare):_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ - ___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ALTRO (Specificare):_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ - ___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ALTRO (Specificare):_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ - ___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

9. GESTIONE DATI:

9.1. GENERATORE DI REPORT SU DISPLAY:

☐ ASSENTE

☐ PRESENTE

☐ OPZIONALE

9.2. GENERATORE DI REPORT SU FILE:

☐ ASSENTE

☐ PRESENTE

☐ OPZIONALE

9.3. GENERATORE DI REPORT SU STAMPANTE:

☐ ASSENTE

☐ PRESENTE

☐ OPZIONALE

9.3.1. STAMPANTE SU CARTA:

☐ ESTERNA ☐ INTEGRATA

9.3.1.1. NUMERO CANALI: _____

9.3.1.2. TRACCE STAMPABILI: _____

9.3.1.3. PARAMETRI STAMPABILI: _____

9.3.1.4. DATI E MESSAGGI STAMPABILI: _____

9.3.1.5. SISTEMA DI SCRITTURA: _____

9.3.1.6. VELOCITA' DI TRASCINAMENTO CARTA [mm/sec]: _____

9.3.1.7. SPESSORE E FORMATO CARTA [mm]: _____

10. CARATTERISTICHE DI ALIMENTAZIONE:

10.1. ALIMENTAZIONE PNEUMATICA (Specificare pressione di alimentazione e relativa tolleranza in bar):

☐ O₂ : _____

☐ N₂O: _____

☐ ARIA MEDICALE: _____

10.1.1. INGRESSO GAS MEDICALI DA IMPIANTO:

☐ O₂

☐ N₂O

☐ ARIA MEDICALE

10.1.2. INGRESSO GAS MEDICALI DA BOMBOLE FISSATE SULL'APPARECCHIO:

☐ O₂

☐ N₂O

☐ ARIA MEDICALE

10.1.3. COMPRESSORE DI RISERVA:

☐ ASSENTE

☐ PRESENTE

☐ OPZIONALE

10.1.3.1. PESO COMPRESSORE [Kg]: _____

10.2. ALIMENTAZIONE ELETTRICA A RETE:

10.2.1. TENSIONE [V]: _____

10.2.2. FREQUENZA [Hz]: _____

10.2.3. POTENZA [VA]: _____

10.3. ALIMENTAZIONE ELETTRICA A BATTERIA TAMPONE:

☐ ASSENTE

☐ PRESENTE

☐ OPZIONALE

10.3.1. TIPOLOGIA BATTERIA: _____

10.3.2. AUTONOMIA [min o h]: _____

10.3.3. TEMPO DI RICARICA [min o h]: _____

10.3.4. INDICATORE CARICA INSUFFICIENTE:

☐ ASSENTE

☐ PRESENTE

10.4. TRASFORMATORE D'ISOLAMENTO:

☐ ASSENTE

☐ PRESENTE (Specificare): _____

10.5. PRESE MULTIPLE DI ALIMENTAZIONE:

☐ ASSENTE

☐ PRESENTE (Specificare numero e tipologia): _____

11. CARATTERISTICHE FISICHE E CARRELLO:

11.1. DIMENSIONI [Larghezza x Altezza x Profondità - cm]: _____

11.2. PESO [Peso complessivo nella configurazione proposta - Kg]: _____

11.3. NUMERO E DIAMETRO RUOTE [cm]: _____

11.3.1. RUOTE ANTISTATICHE:

☐ ASSENTI

☐ PRESENTI

11.3.2. RUOTE PIROETTANTI CON SISTEMA DI BLOCCAGGIO:

☐ ASSENTI

☐ PRESENTI (Specificare dispositivo di bloccaggio): _____

11.4. SUPPORTI E/O RIPIANI PER APPARECCHIATURE ACCESSORIE (Specificare numero e dimensioni - cm):

11.5. CASSETTI PER ACCESSORI (Specificare numero e dimensioni - cm): _____

11.6. SISTEMA DI ANCORAGGIO:

☐ ASSENTE

☐ PRESENTE (Specificare): _____

12. CONDIZIONI DI ESERCIZIO:

12.1. LIMITI TEMPERATURA AMBIENTE [min / max - °C]: _____

12.2. LIMITI UMIDITA' AMBIENTE [min / max - %]: _____

13. CONFORMITA' ALLE NORME DI SICUREZZA:

☐ CEI 62-5 (IEC 601-1) "Sicurezza sistemi elettromedicali"

- ☐ EN 60601-1-4 "Sicurezza sistemi elettromedicali programmabili"
- ☐ UNI EN 740 "Sistemi di anestesia"
- ☐ ALTRE (Specificare): _____

13.1. CLASSE DI ISOLAMENTO (Per la sicurezza elettrica): _____

13.2. TIPO DI PARTE APPLICATA: _____

13.3. GRADO PROTEZIONE CONTRO PENETRAZIONE LIQUIDI: _____

13.4. GRADO SICUREZZA IN PRESENZA DI MISCELE ANESTETICHE EPLOSIVE: _____

13.5. PROTEZIONE DA SCARICA DEFIBRILLATORE:

☐ ASSENTE

☐ PRESENTE

13.6. MORSETTO NODO EQUIPOTENZIALE:

☐ ASSENTE

PRESENTE



13.6.1. UBICAZIONE: _____

14. CERTIFICAZIONE DI CONFORMITA' DEL PRODOTTO:

☐ MARCATURA CE (Direttiva CEE 93/42 recepita dal D. Lgs. 46/97)

14.1. CLASSE DI APPARTENENZA SECONDO DIRETTIVA 93/42/ CEE:

☐ I

☐ II a

☐ II b

☐ III

14.2. ENTE NOTIFICATO COINVOLTO (Specificare Nome e Numero): _____

14.3. DATA CONSEGUIMENTO DELLA MARCATURA CE: _____

14.4. DESTINAZIONE D'USO (Specificare): _____

14.5. EVENTUALI LIMITAZIONI D'USO (Specificare): _____

15. FORMAZIONE DEL PERSONALE:

15.1. ADDESTRAMENTO DEL PERSONALE MEDICO E TECNICO SANITARIO (Specificare modalità e durata del corso):

15.2. ADDESTRAMENTO DEL PERSONALE TECNICO INCARICATO DALL'AZIENDA U.S.L. DELLA MANUTENZIONE
(Specificare modalità e durata del corso): _____

16. SOFTWARE E MANUALI:

16.1. SOFTWARE DI GESTIONE IN LINGUA ITALIANA

☐

SI

☐

NO

16.1.1. DATA DELLA VERSIONE DEL SW INSTALLATO: _____

16.1.2. POSSIBILITA' DI AGGIORNAMENTO SOFTWARE:

☐

OPZIONALE

☐

ASSENTE

☐

PRESENTE

16.2. MANUALI D'USO IN LINGUA ITALIANA

☐

SI

☐

NO

16.2.1. DATA DELLA VERSIONE DEI MANUALI D'USO (In lingua Italiana): _____

16.3. MANUALI DI SERVICE IN LINGUA ITALIANA

☐

SI

☐

NO

16.3.1. DATA DELLA VERSIONE DEI MANUALI DI SERVICE (In lingua Italiana): _____

17. GARANZIA:

17.1. TIPO, DURATA ED ESCUSIONI DELLA GARANZIA (Specificare): _____

17.2. TEMPO DI INTERVENTO MAX NEL CORSO DELLA GARANZIA [ore lavorative]: _____

17.3. TEMPO DI RISOLUZIONE MAX NEL CORSO DELLA GARANZIA [ore lavorative]: _____

17.4. PARTI DI RICAMBIO GARANTITE PER ANNI: _____

18. CARATTERISTICHE DEL SERVIZIO TECNICO POST VENDITA:

18.1. NUMERO DI TECNICI CON ESPERIENZA SPECIFICA SULL'APPARECCHIATURA: _____

18.2. SEDE DI PARTENZA DEI TECNICI: _____

18.3. TEMPO DI INTERVENTO MAX GARANTITO [ore lavorative]: _____

18.4. TEMPO DI RISOLUZIONE MAX GARANTITO [ore lavorative]: _____

18.5. POSSIBILITA' DI SOSTITUZIONE CON APPARECCHIO DI SCORTA IN CASO DI AVARIA:

☐ ASSENTE

☐ PRESENTE

☐ OPZIONALE

18.6. CONTRATTO DI MANUTENZIONE FULL RISK (Specificare caratteristiche e importo % su costo di acquisto apparecchiatura): _____

19. INFORMAZIONI AGGIUNTIVE SUL PRODOTTO:

19.1. LUOGO DI PRODUZIONE: _____

19.2. ALTRI MARCHI VOLONTARI:

☐ IMQ
☐ TUV

☐ VDE

☐ ALTRO (Specificare): _____

19.3. CERTIFICAZIONE DEL PRODUTTORE: _____

19.4. CERTIFICAZIONE DEL FORNITORE: _____

19.5. APPARECCHIATURE DELLO STESSO MODELLO PROPOSTO INSTALLATE IN ITALIA (Specificare n° app. installate e Presidio Operatorio di installazione): _____

19.6. TEMPI DI CONSEGNA [GG]: _____

20. MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI (Specificare i singoli componenti monouso del circuito respiratorio e dei circuiti interni): _____

21. METODO DI SANIFICAZIONE E STERILIZZAZIONE DELLE PARTI (Specificare, per ogni singola componente del circuito respiratorio e dei circuiti interni, la procedura di sterilizzazione raccomandata): _____

22. MANUTENZIONE GIORNALIERA E PERIODICA (Specificare): _____

23. ACCESSORI IN DOTAZIONE DI SERIE (Specificare): _____

24. ALTRI ACCESSORI (Specificare): _____
