

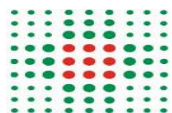
Allegato A.1 - Questionario Tecnico

REQUISITI TECNICI E FUNZIONALI

GARA EUROPEA A PROCEDURA APERTA PER LA FORNITURA TRIENNALE DI SISTEMI DI LOCALIZZAZIONE DELLE LESIONI NON PALPABILI DELLA MAMMELLA CON RILASCIO DI REPERI SENZA FILO GUIDA (CLIP) PER LE ESIGENZE DELLE AZIENDE SANITARIE AREA VASTA.

SISTEMA DI LOCALIZZAZIONE DELLE LESIONI - Caratteristiche di minima richieste

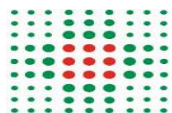
ID	Requisito	Risposta Ditta		Indicare obbligatoriamente la pagina e il paragrafo della documentazione tecnica dove è possibile recepire tale informazione
A.1	Agevole posizionamento del repere sotto guida ecografica e stereotassica con visibilità della punta dell'ago introduttore	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
A.2	Repere chiaramente evidente in ecografia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
A.3	Utilizzabile anche per localizzare linfonodi ascellari patologici	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
A.4	Repere chiaramente e agevolmente identificabile intraoperatoriamente	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
A.5	Ago guida e repere di dimensioni ridotte	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
A.6	Possibilità di valutare la distanza tra repere e margine chirurgico di resezione	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
A.7	Lettore con indicazione numerica della distanza dal target	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	



Allegato A.1 - Questionario Tecnico

ASSISTENZA TECNICA – Caratteristiche di minima richieste

ID	Requisito	Risposta Ditta Indicare obbligatoriamente la pagina e il paragrafo della documentazione tecnica dove è possibile recepire tale informazione
B.1	Illimitati interventi su chiamata.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
B.2	Parti di ricambio/consumo incluse.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
B.3	Intervento entro max <b>8 ore lavorative dalla chiamata (orario standard da lunedì a venerdì)</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
B.4	Ripristino funzionalità (risoluzione guasto o disponibilità apparecchiatura sostitutiva) entro max <b>24 ore lavorative dalla chiamata (orario standard da lunedì a venerdì)</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
B.5	Manutenzioni preventive incluse secondo la frequenza e la modalità previste dal fabbricante. Sono incluse la sostituzione di tutte le parti di ricambio e altro materiale necessario alla manutenzione. In particolare sono inclusi i filtri	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
B.6	Aggiornamenti che si dovessero rendere necessari in seguito ad avvisi di sicurezza	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
B.7	Ripristino dell'operatività completa in caso di trasferimento dei dispositivi presso altra sede in tempi non superiori a 5gg lavorativi senza interruzione dell'attività.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
B.8	Eventuale trasferimento e riavvio della strumentazione qualora la collocazione individuata dovesse variare a seguito di riorganizzazioni interne.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
B.9	Operare attraverso ditta specializzata con personale autorizzato e addestrato dal fabbricante	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO



**Allegato A.1 - Questionario Tecnico**

**CARATTERISTICHE SOGGETTE A VALUTAZIONE QUALITATIVA**

<b>ID</b>	<b>Requisito</b>	<b>Risposta Ditta</b> <b>Indicare obbligatoriamente la pagina e il paragrafo della documentazione tecnica dove è possibile recepire tale informazione</b>
C.1	Repere posizionabile in fase preliminare alle terapie neoadiuvanti oncologiche con la possibilità di mantenere il repere per tutto il trattamento sistemico fino all'intervento chirurgico	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
C.2	Calibro del dispositivo di rilascio del repere (saranno premiati dispositivi con dimensioni minori)	
C.3	Qualità delle immagini RM mammaria (migliore visibilità del repere, minore interferenza)	
C.4	Metodo di valutazione della distanza tra repere e margine chirurgico intraoperatorio di resezione	
C.5	Capacità di localizzazione di macromastia, specificare la profondità massima	
C.6	Modalità di collimazione della sonda	
C.7	Tempo di avvio del sistema (sarà premiato il minor tempo di avvio)	
C.8	Possibilità di utilizzo in concomitanza di strumenti chirurgici metallici	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
C.9	Tempo di intervento dalla chiamata (espresso in ore lavorative)	
C.10	Tempi di ripristino (anche con fornitura apparecchio sostitutivo) della funzionalità (espresso in ore lavorative)	