

**Allegato 2 al Capitolato Tecnico (Schema Offerta Tecnica\_OT)\_Lotto 8**

---

(inserire l'intestazione del Dichiarante)

Spett.le

**ATS SARDEGNA**  
**DIPARTIMENTO GESTIONE**  
**ACCENTRATA ACQUISTI E LOGISTICA**  
**S.C. INGEGNERIA CLINICA**Via Piero della Francesca, 1  
09047 Selargius (CA)

PROCEDURA APERTA TELEMATICA, AI SENSI DELL'ART. 60, DEL D. LGS. N° 50/2016 E SS.MM.II, PER L'AFFIDAMENTO, IN N° 9 DISTINTI LOTTI DI AGGIUDICAZIONE, DELLA FORNITURA E INSTALLAZIONE DI APPARECCHIATURE ED ATTREZZATURE VARIE PER PEDIATRIA, NEONATOLOGIA E GINECOLOGIA, IN N° 9 DISTINTI LOTTI DI AGGIUDICAZIONE, DA DESTINARE A PRESIDI DIVERSI DI A.T.S. SARDEGNA, CON OPZIONI, EVENTUALI, DI ESTENSIONE DI FORNITURA E DI SERVIZI DI MANUTENZIONE "FULL-RISK", POST-GARANZIA ORDINARIA MINIMA DI MESI 24 .

COD. C.I.G. LOTTO 8: \_\_\_\_\_

La \_\_\_\_\_, con sede in \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_, Capitale sociale \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_, partita IVA n. \_\_\_\_\_ iscritta nel Registro delle Imprese di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_, in persona del \_\_\_\_\_ e Legale Rappresentante \_\_\_\_\_, (in R.T.I. costituito/constituendo e/o GEIE e/o Aggregazione tra Imprese aderenti al contratto di rete e/o Consorzio con le Imprese \_\_\_\_\_) di seguito denominato anche e solo "Operatore economico"

**FORMULA LA SEGUENTE OFFERTA TECNICA,**

DESCRIZIONE Componenti e accessori in configurazione base	MARCA e MODELLO	codice	N° RDM. (se applicabile)	QUANTITA' BASE
<b>Culetta da trasporto</b>				<b>2</b>
<b>Monitor transcutaneo</b>				<b>5</b>
<b>Sistema trattamento ipotermico</b>				<b>1</b>
<b>Ventilatore neonatale</b>				<b>3</b>
<b>Infant Resuscitator</b>				<b>3</b>
<b>Bilirubinometro</b>				<b>3</b>

Di seguito si devono riportare le “Caratteristiche Tecniche dei beni offerti” in cui si risponde sequenzialmente a tutti i punti relativi alle caratteristiche tecniche richieste in **Allegato 1** al Capitolato Tecnico, precisando la rispondenza o l'equivalenza funzionale e ove richiesti, gli esatti parametri di riferimento del bene proposti con indicazione dell'Unità di misura. Al termine della descrizione richiesta la Ditta potrà riportare tutte le caratteristiche migliorative dei propri prodotti indicando chiaramente quanto incluso nella configurazione di base offerta rispetto alle caratteristiche migliorative, come di seguito schematicamente riportato:

**CARATTERISTICHE RICHIESTE/OFFERTE:**

Caratteristica minima richiesta (rif. Allegato 1 al Capitolato Tecnico)	Caratteristica proposta	Aspetti migliorativi
<b>Culetta da trasporto</b>		
<b>Monitor transcutaneo</b>		
<b>Sistema trattamento ipotermico</b>		
<b>Ventilatore neonatale</b>		
<b>Infant Resuscitator</b>		
<b>Bilirubinometro</b>		

**DETTAGLIO PARAMETRI TECNICI RICHIESTI, come indicato in Allegato 1 al Capitolato Tecnico,  
 CULLETTA DA TRASPORTO:**

Dimensioni del materassino	<i>Specificare</i>
Sistemi di sicurezza con particolare riguardo a contenimento del neonato e antiribaltamento	<i>Specificare</i>
Ergonomia con particolare riguardo alla facilità di movimentazione ed alla protezione dagli urti	<i>Specificare</i>
Ergonomia con particolare riguardo alla facilità di ispezione e alle modalità di accesso al neonato	<i>Specificare</i>
Altezza lettino regolabile	<i>Specificare</i>
Durata della garanzia full risk oltre i 24 mesi	<i>Specificare</i>
Tempo di intervento dal momento della richiesta	<i>Specificare</i>
Tempo di risoluzione dal momento della richiesta	<i>Specificare</i>
Disponibilità entro il giorno lavorativo successivo di un' apparecchiatura sostitutiva in caso di malfunzionamento non risolvibile entro il giorno della segnalazione	<i>Specificare</i>
Orario lavorativo	<i>Specificare</i>
Modalità di inoltro delle richieste di intervento (es. fax, telefono, email)	<i>Specificare</i>

**DETTAGLIO PARAMETRI TECNICI RICHIESTI**, come indicato in **Allegato 1** al Capitolato Tecnico,  
**MONITOR TRANSCUTANEO:**

Caratteristiche del sistema sensoriale per il monitoraggio delle varie tipologie di pazienti, con particolare rilevanza per i pazienti neonatali e pediatrici (p.e. peso e dimensioni ridotte modalita' di rimozione del sistema, etc.)	<i>Specificare</i>
Pressione parziale di CO <sub>2</sub> - range di misurazione - risoluzione	<i>Specificare</i>
Saturazione di O <sub>2</sub> - range di misurazione - risoluzione - accuratezza	<i>Specificare</i>
frequenza polso - range di misurazione - risoluzione - accuratezza	<i>Specificare</i>
Tipologia di allarmi	<i>Specificare</i>
Ulteriori parametri monitorati rispetto a quelli richiesti	<i>Specificare</i>
Parametri (fisiologici e operativi) visualizzabili in tempo reale a monitor	<i>Specificare</i>
Calibrazione automatica del sensore	<i>Specificare</i>
Disattivazione automatica del riscaldamento del sensore al raggiungimento della temperatura limite	<i>Specificare</i>
Memoria interna	<i>Specificare</i>
Peso del sistema	<i>Specificare</i>
Dimensioni (lpxh) del sistema	<i>Specificare</i>
Dimensioni del display	<i>Specificare</i>
Durata della batteria	<i>Specificare</i>
Software in lingua italiana	<i>Specificare</i>
Tempo di intervento dal momento della richiesta	<i>Specificare</i>
Tempo di risoluzione dal momento della richiesta	<i>Specificare</i>
Disponibilità entro il giorno lavorativo successivo di un'apparecchiatura sostitutiva in caso di malfunzionamento non risolvibile entro il giorno della segnalazione	<i>Specificare</i>
Orario lavorativo	<i>Specificare</i>
Modalità di inoltro delle richieste di intervento (es. fax, telefono, email)	<i>Specificare</i>

**DETTAGLIO PARAMETRI TECNICI RICHIESTI, come indicato in Allegato 1 al Capitolato Tecnico.  
 SISTEMA TRATTAMENTO IPOTERMICO:**

rumorosità	<i>Specificare</i>
Range impostabile di temperatura di trattamento	<i>Specificare</i>
possibilità di impostare la velocità di riscaldamento durante la fase di ritorno	<i>Specificare</i>
incremento della velocità di riscaldamento	<i>Specificare</i>
visualizzazione durante il trattamento dell'andamento della temperatura	<i>Specificare</i>
visualizzazione durante il trattamento dell'andamento della temperatura su display a colori	<i>Specificare</i>
allarmi del sistema per il trattamento ipotermico - alta e bassa temperatura - disconnessione sonda - malfunzionamento	<i>Specificare</i>
altri allarmi relativi al sistema per il trattamento ipotermico	<i>Specificare</i>
interruzione automatica dell'erogazione della temperatura quando è oltre i limiti prefissati	<i>Specificare</i>
inizio rapido di monitoraggio	<i>Specificare</i>
schermo a colori touch screen	<i>Specificare</i>
software in grado di ridurre gli artefatti del tracciato	<i>Specificare</i>
software dotato di vari strumenti per il calcolo e l'analisi dei tracciati EEG (p.e. analisi spettrale, classificazione automatica dei pattern, dinamica dei burst, trends e mappe, etc.)	<i>Specificare</i>
Possibilità di personalizzare i layout di lavoro durante il trattamento dei dati EEG rilevati	<i>Specificare</i>
allarme disconnessione sensore del sistema di monitoraggio aEEG	<i>Specificare</i>
altri allarmi relativi al sistema per il monitoraggio aEEG	<i>Specificare</i>
Interfacciamento del sistema di monitoraggio aEEG con il sistema informativo aziendale	<i>Specificare</i>
esportazione dei dati in formato non proprietario	<i>Specificare</i>
Durata della garanzia full risk oltre i 24 mesi	<i>Specificare</i>
Tempo di intervento dal momento della richiesta	<i>Specificare</i>
Tempo di risoluzione dal momento della richiesta	<i>Specificare</i>
Disponibilità entro il giorno lavorativo successivo di un' apparecchiatura sostitutiva in caso di malfunzionamento non risolvibile entro il giorno della segnalazione	<i>Specificare</i>
Orario lavorativo	<i>Specificare</i>
Modalità di inoltro delle richieste di intervento (es. fax, telefono, email)	<i>Specificare</i>

**DETTAGLIO PARAMETRI TECNICI RICHIESTI**, come indicato in **Allegato 1** al Capitolato Tecnico.  
**VENTILATORE NEONATALE PEDIATRICO:**

rumorosità	<i>Specificare</i>
sensore di flusso prossimale	<i>Specificare</i>
sensore di flusso a doppiofilo riscaldato	<i>Specificare</i>
dimensioni display	<i>Specificare</i>
durata della batteria	<i>Specificare</i>
trigger sia a flusso che a volume	<i>Specificare</i>
ventilazione di apnea	<i>Specificare</i>
ventilazione di backup	<i>Specificare</i>
in modalità HFO: visualizzazione contemporaneamente dei valori dell'ampiezza e della frequenza dell'oscillazione	<i>Specificare</i>
in modalità HFO: visualizzazione dei valori di pressione di picco	<i>Specificare</i>
durata della visualizzazione continua dei trend grafici e tipolgia (p.e. pressione vie aeree, volume minuto espirato, volume tidal, compliance, DCO <sub>2</sub> etc.)	<i>Specificare</i>
allarmi del sistema per: - volume minuto espirato - pressione di picco - frequenza respiratoria - DCO <sub>2</sub> - %perdite	<i>Specificare</i>
Allarmi del sistema preimpostati per: - pressioni vie aeree (p.e. stenosi, distacco, pressione bassa) - tubo tracheale ostruito - pressioni alimentazione gas basse	<i>Specificare</i>
altri allarmi	<i>Specificare</i>
Durata registrazione eventi	<i>Specificare</i>
funzione di congelamento in tempo reale del/dei tracciati	<i>Specificare</i>
interfacciabile al sistema informativo aziendale	<i>Specificare</i>
modularità ed aggiornabilità del sistema tramite ulteriori integrazioni future (moduli, software, hardware)	<i>Specificare</i>
Durata della garanzia full risk oltre i 24 mesi	<i>Specificare</i>
Tempo di intervento dal momento della richiesta	<i>Specificare</i>
Tempo di risoluzione dal momento della richiesta	<i>Specificare</i>
Disponibilità entro il giorno lavorativo successivo di un' apparecchiatura sostitutiva in caso di malfunzionamento non risolvibile entro il giorno della segnalazione	<i>Specificare</i>
Orario lavorativo	<i>Specificare</i>
Modalità di inoltro delle richieste di intervento (es. fax, telefono, email)	<i>Specificare</i>

**DETTAGLIO PARAMETRI TECNICI RICHIESTI, come indicato in Allegato 1 al Capitolato Tecnico,  
INFANT RESUSCITATOR:**

range di peso dei pazienti	<i>Specificare</i>
facilmente trasportabile (p.e. dotato di maniglia, etc.)	<i>Specificare</i>
utilizzabile con umidificatore riscaldato e con circuiti non riscaldati	<i>Specificare</i>
modalità CPR	<i>Specificare</i>
autonomia batteria interna	<i>Specificare</i>
risoluzione della misura di pressione	<i>Specificare</i>
accuratezza della misura	<i>Specificare</i>
Durata della garanzia full risk oltre i 24 mesi	<i>Specificare</i>
Tempo di intervento dal momento della richiesta	<i>Specificare</i>
Tempo di risoluzione dal momento della richiesta	<i>Specificare</i>
Disponibilità entro il giorno lavorativo successivo di un'apparecchiatura sostitutiva in caso di malfunzionamento non risolvibile entro il giorno della segnalazione	<i>Specificare</i>
Orario lavorativo	<i>Specificare</i>
Modalità di inoltro delle richieste di intervento (es. fax, telefono, email)	<i>Specificare</i>

**DETTAGLIO PARAMETRI TECNICI RICHIESTI, come indicato in Allegato 1 al Capitolato Tecnico,  
BILIRUBINOMETRO:**

Intervallo di età del paziente entro il quale può essere utilizzato	<i>Specificare</i>
dimensioni ridotte (lpxh)	<i>Specificare</i>
peso	<i>Specificare</i>
dimensioni display	<i>Specificare</i>
accuratezza della misura ( $\pm$ )	<i>Specificare</i>
in grado di eliminare le interferenze dell'emoglobina nella misura della bilirubina	<i>Specificare</i>
modalità di calibrazione (p.e. automatico, frequenza di ricalibrazione, etc.)	<i>Specificare</i>
allarmi	<i>Specificare</i>
registrazione dati	<i>Specificare</i>
interfacciamento PC per il trasferimento dei dati	<i>Specificare</i>

interfacciamento al sistema informativo aziendale senza ulteriori oneri	<i>Specificare</i>
facilità di utilizzo	<i>Specificare</i>
Durata della garanzia full risk oltre i 24 mesi	<i>Specificare</i>
Tempo di intervento dal momento della richiesta	<i>Specificare</i>
Tempo di risoluzione dal momento della richiesta	<i>Specificare</i>
Disponibilità entro il giorno lavorativo successivo di un'apparecchiatura sostitutiva in caso di malfunzionamento non risolvibile entro il giorno della segnalazione	<i>Specificare</i>
Orario lavorativo	<i>Specificare</i>
Modalità di inoltro delle richieste di intervento (es. fax, telefono, email)	<i>Specificare</i>

**Destinazione d'uso:** specificare e allegare documento con indicazione della destinazione d'uso per cui l'apparecchiatura è prodotta dal Fabbrikante

- ✓ **Codice CND:** specificare
- ✓ **Codice CIVAB:** specificare

Indicare se l'apparecchiatura prevede la manutenzione periodica e la frequenza della stessa secondo le indicazioni del Produttore:

**MANUTENZIONE:**

Manutenzione Periodica prevista dal costruttore: SI/NO

Frequenza di manutenzione periodica:

**GARANZIA**

Mesi di garanzia offerti (minimo 24 mesi) comprensivi della manutenzione periodica (se prevista dal Costruttore) da espletare presso la sede di destinazione/utilizzo dell'apparecchiatura.:

**Il sottoscritto dichiara, in merito all'apparecchiatura offerta, la corrispondenza della stessa alle specifiche di minima indicate in Allegato 1 al Capitolato Tecnico.**

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Firma

(sottoscrivere con firma digitale)