**QUESTIONARIO TECNICO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **DESCRIZIONE** | | **RISPONDENZA AI REQUISITI RICHIESTI (*indicare SI / NO per ogni singola voce)*** | | **MODELLO / CODICE OFFERTO** | | **RIFERIMENTO (*indicare Documento e numero di pagina di riferimento / rimando del requisito)*** | |
|  | **FORNITURA RESPIRATORE AUTOMATICO DA TRASPORTO COMPRENSIVA DEL SERVIZIO DI MANUTENZIONE FULL RISK PER L’U.O.S.D. NEURORIANIMAZIONE DELL’AZIENDA OSPEDALIERA “OSPEDALI RIUNITI VILLA SOFIA CERVELLO”** | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | ***Rispondente ai seguenti requisiti tecnico-operativi:*** | | | | | | | |
|  | ***Caratteristiche essenziali*** | | | | | | | |
|  | Attrezzatura / Apparecchiatura nuova di fabbrica | | | | | | | |
|  | Attrezzatura / Apparecchiatura di ultima generazione | | | | | | | |
| **N. 1 RESPIRATORE AUTOMATICO DA TRASPORTO** | | | | | | | | |
| **Caratteristiche Generali** | | | | | | | | |
| Dimensioni contenute con peso < 6 kg | | |  | |  | |  | |
| Alimentazione di gas: da sistema centralizzato o bombola di O2; | | |  | |  | |  | |
| Modalità di ventilazione: modalità volumetriche e pressometriche controllate ed assistite (VC-CMV; VC AC; SIMV; BIPAP/PS); | | |  | |  | |  | |
| Possibilità di eseguire una ventilazione non invasiva (NIV) | | |  | |  | |  | |
| Procedure: pausa inspiratoria | | |  | |  | |  | |
| Tidal Volume: Vt minimo di almeno 50 ml | | |  | |  | |  | |
| PEEP: a partire da 3 cm/H2O | | |  | |  | |  | |
| Pressione assistita da 0 a 35 cm/H2O | | |  | |  | |  | |
| Possibilità di inserire una rampa con differenti velocità pressurizzazione | | |  | |  | |  | |
| Valori misurati che possono essere visualizzati: | | |  | |  | |  | |
| * Volume espirato; | | |  | |  | |  | |
| * Fio2; | | |  | |  | |  | |
| * RR; | | |  | |  | |  | |
| * PEEP; | | |  | |  | |  | |
| * pressione di picco inspiratorio; | | |  | |  | |  | |
| * RR spont; | | |  | |  | |  | |
| Batteria al litio | | |  | |  | |  | |
| Tempo di esercizio non inferiore a 5 ore | | |  | |  | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **DESCRIZIONE** | | **RISPONDENZA AI REQUISITI RICHIESTI (*indicare SI / NO per ogni singola voce)*** | | **MODELLO / CODICE OFFERTO** | | **RIFERIMENTO (*indicare Documento e numero di pagina di riferimento / rimando del requisito)*** | |
|  | **FORNITURA RESPIRATORE AUTOMATICO DA TRASPORTO COMPRENSIVA DEL SERVIZIO DI MANUTENZIONE FULL RISK PER L’U.O.S.D. NEURORIANIMAZIONE DELL’AZIENDA OSPEDALIERA “OSPEDALI RIUNITI VILLA SOFIA CERVELLO”** | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Allarmi: | | |  | |  | |  | |
| * Pressione delle vie aeree regolabile fino a 60 cm/H2O; | | |  | |  | |  | |
| * pressione vie aeree basse quando la differenza di pressione inspirazione-espirazione < 5 cm/H2O o quando non viene raggiunto il livello preimpostato di pressione; | | |  | |  | |  | |
| * in caso di apnea, quando non viene rilevata attività respiratoria; | | |  | |  | |  | |
| * Volume espirato basso; | | |  | |  | |  | |
| * di esaurimento batteria (acustico e luminoso). | | |  | |  | |  | |