**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 DI APPARECCHIO PER ACT** | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | |
|  | ***Rispondente ai seguenti requisiti tecnico-operativi:*** | | | | | |  | |
|  | ***Caratteristiche essenziali*** | | | | | |  | |
|  | Attrezzatura / Apparecchiatura nuova di fabbrica | |  | |  | |  | |
|  | Attrezzatura / Apparecchiatura di ultima generazione | |  | |  | |  | |
| **Caratteristiche Generali** | | |  | |  | |  | |
| **Uso Diagnostico In Vitro** | | |  | |  | |  | |
| **Portatile a batteria** | | |  | |  | |  | |
| **Consente di eseguire test coagulazione su sangue intero fresco** | | |  | |  | |  | |
| **TEST ESEGUIBILI:** | | |  | |  | |  | |
| **Tempo di coagulazione attivata (ACT +ACT-LR)** | | |  | |  | |  | |
| **Tempo di tromboplastina parziale attivata (APTT e APTT Citrate)** | | |  | |  | |  | |
| **Tempo di protrombina (PT e PT Citrate)** | | |  | |  | |  | |