



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

**PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DELLA FORNITURA IN MODALITA’
“SERVICE” DI SISTEMI ANALITICI PER L’ESECUZIONE DI ESAMI
DIAGNOSTICI RELATIVI AI SETTORI EMATOLOGIA E COAGULAZIONE,
OCCORRENTI PER I LABORATORI DI ANALISI CHIMICO-CLINICHE AZIENDALI**

ALLEGATO B

SCHEDA CONOSCITIVA DEI DISPOSITIVI MEDICI OFFERTI



LOTTO N. 1: SISTEMA ANALITICO PER L'ESECUZIONE DI ESAMI DIAGNOSTICI DI EMATOLOGIA
SCHEMA CONOSCITIVA

DENOMINAZIONE APPARECCHIATURA _____

PRODUTTORE: _____

MODELLO: _____

FORNITORE: _____

ANNO DI INIZIO PRODUZIONE: _____

CODICE CIVAB _____

1. Merito tecnico scientifico

- **POSSIBILITA' DI CONTARE GLI ERITROBLASTI E DI CORREGGERE AUTOMATICAMENTE IL CONTEGGIO DEI GLOBULI BIANCHI E DELLA FORMULA LEUCOCITARIA, QUALORA VENGA EVIDENZIATA LA PRESENZA DI ERITROBLASTI**

.....
.....
.....
.....

- **METODOLOGIA ANALITICA PER LA DETERMINAZIONE DELLA SERIE ROSSA:**

.....
.....
.....
.....

- **METODOLOGIA ANALITICA PER LA DETERMINAZIONE DELLA SERIE BIANCA:**

.....
.....
.....
.....

- **METODOLOGIA ANALITICA PER LA DETERMINAZIONE DELL'EMOGLOBINA:**

.....
.....
.....
.....

- **EVENTUALI PARAMETRI AGGIUNTIVI:**

.....
.....
.....
.....



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

.....
.....
.....

Nota bene:

Ogni caratteristica tecnica, misurabile o rilevabile, dichiarata nel questionario, dovrà essere dimostrata in fase di collaudo.

L'Offerente dovrà fornire le informazioni richieste nella scheda tecnica tenendo ben presente che ogni caratteristica dichiarata nella scheda è da intendersi come esplicitamente prevista ed inclusa nell'offerta. Qualora la caratteristica dichiarata non sia inclusa nell'offerta economica, va esplicitamente espresso, in corrispondenza della relativa voce, che essa è opzionale. In caso di caratteristica opzionale, va contestualmente indicato, con riferimento alla voce relativa, il livello di prestazioni raggiungibile con la configurazione dell'offerta base.

**TIMBRO E FIRMA (a)
(Legale Rappresentante)**

(a) firma per esteso e leggibile.

Ai sensi dell'articolo 45 del D.p.R. 445/2000, in luogo dell'autenticazione della sottoscrizione, allegare copia fotostatica del documento di riconoscimento del dichiarante, in corso di validità.



LOTTO N. 2: SISTEMA ANALITICO PER L'ESECUZIONE DI ESAMI DIAGNOSTICI DI COAGULAZIONE
SCHEDA CONOSCITIVA

DENOMINAZIONE APPARECCHIATURA _____

PRODUTTORE: _____

MODELLO: _____

FORNITORE: _____

ANNO DI INIZIO PRODUZIONE: _____

CODICE CIVAB _____

1. Merito tecnico scientifico

- SISTEMA PRINCIPALE IDENTICO AL SISTEMA SECONDARIO SI NO
- ESECUZIONE IN LINEA DI TUTTI I TEST RICHIESTI SI NO
- MASSIMA AMPIEZZA DEL MENU PER TEST IN LINEA N. TEST _____
- POSSIBILITA' DI EFFETTUARE TEST AGGIUNTIVI SI NO
- POSSIBILITA' DI EFFETTUARE OMOCISTEINA SI NO

2. Caratteristiche funzionali dell'apparecchiatura e dei reagenti

- CADENZA ANALITICA PT TEST /ORA _____
- CAPACITA' WALK AWAY CAMPIONI _____
- CAMPIONATORE SUPERIORE A 100 CAMPIONI CAPACITA' AREA DI CARICO _____
- TFR (TIME OF FIRST RESULT) RIFERITO A 1 REFERTO STANDARD PT/PTT/FBG MINUTI _____
- TFR COME SOPRA PER L'ESECUZIONE DELLE URGENZE IN CORSO DI ROUTINE MINUTI _____
- CONFEZIONAMENTO DI TUTTI I REAGENTI (TAGLIO DELLE CONFEZIONI E PRONTI ALL'USO)

TAGLIO DELLE CONFEZIONI IDONEO A GARANTIRE IL MINOR SPRECO POSSIBILE IN RELAZIONE AL NUMERO DELLE DETERMINAZIONI RICHIESTE PER CIASCUN TEST, TENENDO CONTO DELLA DISTRIBUZIONE PER MESE E SETTIMANA DEI CARICHI DI LAVORO ED IN FUNZIONE DELLE SCADENZE E DELLA STABILITA' DOPO L'APERTURA DEI FLACONI:

DESCRIZIONE:

DETERMINAZIONI ANALITICHE	TAGLIO = N. FLAC. /CONF	N. TEST/FLAC.	SCADENZA CONFEZIONE	STABILITA' FLACONE
PT				
PTT				
FIBRINOGENO				

