

Caratteristiche tecniche

Codice: C.01.01

N. 7 Apparecchi per elettroterapia riabilitativa

da destinare:

2 Centro di Riabilitazione di Oristano P.O. "San Martino" di Oristano Nuovo Corpo M

2 Centro di Riabilitazione Ales

1 Centro di Riabilitazione di Ghilarza

1 Centro di Riabilitazione di Bosa

1 Centro di Riabilitazione di Samugheo

Caratteristiche tecniche apparecchi per elettroterapia:

- Conforme alla normativa 93/42CE (**specificare allegare dichiarazione di conformità**)
- apparecchiatura per elettroterapia carrellata; (**specificare**)
- n.4 uscite indipendenti; (**specificare**)
- n. 32 programmi; (**specificare**)
- parametri regolabili: frequenza, t.azione/pausa, intensità; (**specificare**)
- almeno 20 forme d'onda disponibili tra cui:
 - corrente continua rettangolare, triangolare; (**specificare**)
 - corrente diadynamica (lp, cp, nf, bf e sincopate); (**specificare**)
 - tens (burst, random, modulata); (**specificare**)
 - correnti alternate a media frequenza per stimolazione; (**specificare**)
- possibilità inversione polarità. (**specificare**)

Completo di:

- cavi di alimentazione; (**specificare**)
- 8 elettrodi in gomma 6x8 cm (**specificare**)
- 4 fasce elastiche da 60 cm (**specificare**)
- 4 fasce elastiche da 100 cm (**specificare**)
- 4 cavi di uscita. (**specificare**)
- Ogni altro accessorio necessario al corretto funzionamento. (**specificare**)

Per ognuna delle specifiche sopra riportate la ditta deve relazionare in merito alle caratteristiche del sistema offerto riportando gli esatti parametri di riferimento dell'apparecchiatura proposta con chiara indicazione dei range di valori e delle unità di misura al fine di dimostrare come l'apparecchiatura proposta risponda ai bisogni rappresentati nel presente documento.

DESTINAZIONE D'USO (specificare)

CODIFICA CIVAB (specificare):

CODIFICA CND (specificare):

Data:	Timbro e Firma
-------	----------------

Codice: C.01.02**N. 6 Apparecchi per ultrasuonoterapia riabilitativa**

da destinare:

2 Centro di Riabilitazione di Oristano P.O. "San Martino" di Oristano Nuovo Corpo M

1 Centro di Riabilitazione di Ales

1 Centro di Riabilitazione di Ghilarza

1 Centro di Riabilitazione di Bosa

1 Centro di Riabilitazione di Samugheo

- Conforme alla normativa 93/42CE (**specificare allegare dichiarazione di conformità**)
- Apparecchio per ultrasuonoterapia multifrequenza 1, 2, 3MHz(**specificare**)
- funzionamento singolo e combinato delle frequenze disponibili, dispositivo IUT, fonoforesi, calcolo energia efficace (**specificare**)
- potenza regolabile da 0 a 3 W sia in modalità continua che pulsata (**specificare**)
- dispositivo visivo ed acustico attestante il mancato contatto testina - cute (**specificare**)
- display grafico (**specificare**)
- programmi predefiniti e impostabili (**specificare**)
- Completo di:
 - cavo di alimentazione (**specificare**)
 - tutti i trasduttori necessari per lavorare a tutte le frequenze possibili con l'apparecchiatura offerta (**specificare**)
 - Ogni altro accessorio necessario al corretto funzionamento (**specificare**)

Per ognuna delle specifiche sopra riportate la ditta deve relazionare in merito alle caratteristiche del sistema offerto riportando gli esatti parametri di riferimento dell'apparecchiatura proposta con chiara indicazione dei range di valori e delle unità di misura al fine di dimostrare come l'apparecchiatura proposta risponda ai bisogni rappresentati nel presente documento.

DESTINAZIONE D'USO (specificare)

CODIFICA CIVAB (specificare):

CODIFICA CND (specificare):

Data:	Timbro e Firma
-------	----------------

Codice: C.01.03**N. 5 ELETTROSTIMOLATORE PROFESSIONALE DI GRADO MEDICALE per trattamenti riabilitativi domiciliari.**

1 Centro di Riabilitazione di Ales

1 Centro di Riabilitazione di Oristano P.O. "San Martino" di Oristano Nuovo Corpo M

1 Centro di Riabilitazione di Ghilarza

1 Centro di Riabilitazione di Bosa

1 Centro di Riabilitazione di Samugheo

- Conforme alla normativa 93/42CE (**specificare allegare dichiarazione di conformità**)
- portatile a batteria (**specificare**)
- canali di erogazione: 2 canali; (**specificare**)
- potenza di erogazione: almeno 80 mA su carico minimo di 1500 Ohm; (**specificare**)
- dotazione di diverse tipologie di programmi a diverse fasi; (**specificare**)
programmi: antalgico – dolore, sport, riabilitazione; (**specificare**)
- L'elettrostimolatore deve essere comprensivo di tutti gli elettrodi e cavi necessari al suo funzionamento. (**specificare**)

Per ognuna delle specifiche sopra riportate la ditta deve relazionare in merito alle caratteristiche del sistema offerto riportando gli esatti parametri di riferimento dell'apparecchiatura proposta con chiara indicazione dei range di valori e delle unità di misura al fine di dimostrare come l'apparecchiatura proposta risponda ai bisogni rappresentati nel presente documento.

DESTINAZIONE D'USO (specificare)

CODIFICA CIVAB (specificare):

CODIFICA CND (specificare):

Data:	Timbro e Firma
-------	----------------

Codice: C.01.04**N. 3 APPARECCHI PER MAGNETOTERAPIA PORTATILI destinati alla terapia riabilitativa**

1 Centro di Riabilitazione di Oristano P.O. "San Martino" di Oristano Nuovo Corpo M

1 Centro di Riabilitazione di Ghilarza

1 Centro di Riabilitazione di Bosa

- Conforme alla normativa 93/42CE (**specificare allegare dichiarazione di conformità**)
- apparecchiatura carrellata;(**specificare**)
- n.4 uscite indipendenti;(**specificare**)
- oltre 30 programmi preimpostati e possibilità di personalizzazione;(**specificare**)
- modulazione da 10 a 200 Hz.;(**specificare**)
- intensità del campo magnetico variabile;(**specificare**)
- display per la visualizzazione parametri.(**specificare**)
- Completo di:
 - cavo di alimentazione (**specificare**)
 - Ogni altro accessorio necessario al corretto funzionamento.(**specificare**)

Per ognuna delle specifiche sopra riportate la ditta deve relazionare in merito alle caratteristiche del sistema offerto riportando gli esatti parametri di riferimento dell'apparecchiatura proposta con chiara indicazione dei range di valori e delle unità di misura al fine di dimostrare come l'apparecchiatura proposta risponda ai bisogni rappresentati nel presente documento.

DESTINAZIONE D'USO (specificare)

CODIFICA CIVAB (specificare):

CODIFICA CND (specificare):

Data:	Timbro e Firma
-------	----------------

Codice: C.01.05**N. 4 Apparecchi laser terapia riabilitativa**

da destinare:

1 Centro di Riabilitazione di Ghilarza

1 Centro di Riabilitazione di Bosa

1 Centro di Riabilitazione di Oristano P.O. "San Martino" di Oristano Nuovo Corpo M

1 Centro di Riabilitazione di Samugheo

- Conforme alla normativa 93/42CE; **(specificare allegare dichiarazione di conformità)**
- Conforme alla normativa CEI EN 60825; **(specificare allegare dichiarazione di conformità)**
- Classelaser IIIb o superiore **(specificare allegare dichiarazione di conformità)**
- lunghezza d'onda di c.ca 900 nm; **(specificare)**
- angolo di emissione di c.ca 9°; **(specificare)**
- duty-cycle controllabile nel range 10-100%; **(specificare)**
- programmi preimpostati e possibilità di personalizzazione; **(specificare)**
- dotato di braccio articolato per trattamenti fissi; **(specificare)**
- Completo di:
 - cavo di alimentazione **(specificare)**
 - 1 paio di occhiali di protezione **(specificare)**
 - 2 manipoli da c.ca 17 Watt **(specificare)**
 - Ogni altro accessorio necessario al corretto funzionamento. **(specificare)**

Per ognuna delle specifiche sopra riportate la ditta deve relazionare in merito alle caratteristiche del sistema offerto riportando gli esatti parametri di riferimento dell'apparecchiatura proposta con chiara indicazione dei range di valori e delle unità di misura al fine di dimostrare come l'apparecchiatura proposta risponda ai bisogni rappresentati nel presente documento.

DESTINAZIONE D'USO (specificare)

CODIFICA CIVAB (specificare):

CODIFICA CND (specificare):

Data:	Timbro e Firma
-------	----------------

Valutazione Qualità (60 punti)

40 Punti relativi ai singoli articoli così suddivisi:

<p>Apparecchiature l'apparecchiatura per elettroterapia (Punti Max 10)</p> <p>Apparecchiature l'apparecchiatura per ultrasuonoterapia (Punti Max 8)</p> <p>Elettrostimolatori professionali (Punti Max 2)</p> <p>Apparecchiature per magnetoterapia (Punti Max 5)</p> <p>Apparecchiatura laser (Punti Max 15)</p>

Il punteggio di ogni articolo sarà valutato scomponendolo nei seguenti sub criteri ad ognuno dei quali verranno associati i seguenti pesi:

- **Subcriterio E₁= Caratteristiche tecniche generali e potenzialità funzionali**
(range di valutazione minimo 0 massimo P_{MAX}) (Peso 0,6)
- **Subcriterio E₂= Caratteristiche di sicurezza ed ergonomia**
(range di valutazione minimo 0 massimo P_{MAX}) (Peso 0,3)
- **Subcriterio E₃= quantità e qualità degli accessori forniti in serie**
(range di valutazione minimo 0 massimo P_{MAX}) (peso 0,1)

Punteggio Qualità Articolo X = 0,6 · [P_{E1}(x)] + 0,3 · [P_{E2}(x)] + 0,1 · [P_{E3}(x)]

P_{E1}(x) è il punteggio del sub criterio E₁ relativo all articolo x

P_{E2}(x) è il punteggio del sub criterio E₂ relativo all articolo x

P_{E3}(x) è il punteggio del sub criterio E₃ relativo all articolo x

20 Punti relativi associati ad aspetti organizzativi e gestionali proposti per l'intero lotto così suddivisi:

<p>Formazione del Personale all'uso proposta per l'intero lotto (Punti 7)</p> <p>Durata della garanzia e qualità assistenza tecnica in garanzia proposta per l'intero lotto (punti 3)</p> <p>Contratto di assistenza tecnica Full Risk proposto per l'intero lotto (punti 10)</p>

Data:	Timbro e Firma
-------	----------------