

**Capitolato Speciale
per l'acquisto di tre tavoli operatori
polifunzionali da destinare alle sale
operatorie del P.O. “Delogu” di
Ghilarza e del P.O. “Mastino di Bosa**

**ALLEGATO 2:
Questionario Tecnico**

Timbro e Firma:

MATERIALE COSTRUTTIVO (descrivere le caratteristiche) _____

_____SISTEMA DI MOVIMENTAZIONE E BLOCCAGGIO (n° ruote, sistema di bloccaggio, ecc.) _____

_____POSIZIONAMENTO DEL PIANO (indicare le modalità di posizionamento) _____

_____SISTEMA DI AZIONAMENTO (descrivere)

PORTATA MASSIMA PAZIENTE (Kg) _____

DISPOSITIVO DI ALLINEAMENTO AUTOMATICO [si, no]

ESECUZIONE IN EMERGENZA DI TUTTI I MOVIMENTI AUTOMATICI [si, no]

CARATTERISTICHE ALIMENTAZIONE ELETTRICA:

- TENSIONE (V) _____
- FREQUENZA (Hz) _____
- POTENZA ASSORBITA _____

ALIMENTAZIONE A BATTERIA [si, no] _____

- TIPO BATTERIE _____
- AUTONOMIA OPERATIVA _____
- TEMPO DI RICARICA _____
- INDICATORE LIVELLO BATTERIE [si, no] _____

Timbro e Firma:

REGOLAZIONE PIANO E SEGMENTI:

- POSIZIONE TRENDELEBURG RISPETTO ALL'ORIZONTALE (°) _____
- POSIZIONE ANTITRENDELEBURG RISPETTO ALL'ORIZONTALE (°) _____
- INCLINAZIONE LATERALE (+° / -°) _____
- MOVIMENTAZIONE IN ALTEZZA DELLA BASE SENZA PIANO (min cm, max cm) _____
- MOVIMENTAZIONE IN DEL PIANO (min cm, max cm) _____
- TRASLAZIONE PIANO (cm) _____
- MOVIMENTO SEGMENTO TESTA RISPETTO ALL'ORIZONTALE (+° / -°) _____
- MOVIMENTO SEGMENTO SHIENA RISPETTO ALL'ORIZONTALE (+° / -°) _____
- MOVIMENTO SEGMENTO GAMBE RISPETTO ALL'ORIZONTALE (+° / -°) _____
- DIVARICAZIONE GAMBE [si,no] _____
- SOLLEVAMENTO ZONA RENALE [si, no] _____

DISPOSITIVO PORTALASTRE INCORPORATO [si, no] _____

CONTROLLO DEI MOVIMENTI DEL PIANO:

- TIPO (manuale, elettrico, idraulico, ...) _____
- COMANDO (pulsantiera, pedaliera, ...) _____
- MEMORIZZAZIONE POSIZIONI _____

SISTEMA DI COMANDO DI EMERGENZA _____

CARRELLO TRASPORTATORE PER IL PIANO

CARATTERISTICHE COSTRUTTIVE DI SICUREZZA, MOVIMENTAZIONE, PRECISIONE, STABILITA', PULIZIA, ERGONOMIA (descrivere) _____

- REGOLABILE IN ALTEZZA [si, no] _____
- PERMETTE LE POSIZIONI DI TRENDELEBURG E ANTITRENDELEBURG [si, no] _____
- LATI DI ACCESSO AL PIANO _____
- RUOTE FRENATE [si, no] _____
- SISTEMA DI CONTENIMENTO PAZIENTE [si, no] _____

Timbro e Firma:

ACCESSORI OPZIONALI (specificare, eventualmente allegare documentazione) _____

ASSISTENZA IN GARANZIA

GARANZIA (Specificare il tipo e la durata) _____

TEMPO DI INTERVENTO MASSIMO (ore solari) _____

TEMPO DI RIPRISTINO MASSIMO (ore solari) _____

DISPONIBILITA' MULETTO [si, no] _____

SEDE DI ASSISTENZA TECNICA PIU' VICINA _____

N° VISITE PROGRAMMATE ANNUE _____

ASSISTENZA TECNICA POST GARANZIA

TEMPO DI INTERVENTO MASSIMO (ore solari) _____

TEMPO DI RIPRISTINO MASSIMO (ore solari) _____

DISPONIBILITA' MULETTO [si, no] _____

SEDE DI ASSISTENZA TECNICA PIU' VICINA _____

N° VISITE PROGRAMMATE ANNUE _____

ALTRO

MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI (Specificare) _____

Timbro e Firma:

--

ALTRE INFORMAZIONI _____

DATA _____

TIMBRO E FIRMA

Timbro e Firma: